

## **Het dilemma van het existentieel getraumatiseerd zijn.**

Door Dr. Blijham H., psychiater te Ootmarsuin (NI).

In de loop der naoorlogse jaren is het duidelijk geworden dat de gedachtenvorming over het in de oorlogsjaren existentieel getraumatiseerd zijn en de diverse implicaties daarvan bijzonder moeilijk is en in hoge mate wordt beïnvloed, bepaald en beperkt door persoonlijke ervaringen en inzichten van de onderzoekers. Verschillende nare en betreuenswaardige meningsverschillen en misverstanden van maatschappelijke, wetenschappelijke en persoonlijke aard waren en zijn daarvan helaas het gevolg. Niet alleen veel existentieel getraumatiseerde mensen worstelen met hun problemen, maar ook degenen aan wie zij hulp en steun vragen, hun behandelaars, hun medeburgers, alsmede vele beleidsmakers en trendsetters worstelen op hun wijze met deze zaken.

Een leder die schrijft of spreekt over deze materie doet dit nagenoeg onontkoombaar mede en soms vooral vanuit de eigen geschiedenis en vanuit de eigen levenssituatie, de eigen existentie. Daarom zou iedere onderzoeker, spreker of schrijver ter zake, naast een aanduiding en verantwoording van zijn methode en optiek, aan zijn beschouwingen een korte persoonlijke preambule moeten laten voorafgaan. Ikzelf maakte de Tweede Wereldoorlog mee van mijn tweeëntwintigste tot mijn zevenentwintigste jaar. Enerzijds was ik oud genoeg en er persoonlijk voldoende bij betrokken om veel van het gebeurde diep gevoelsmatig en levensecht te kennen, en anderzijds kon ik voldoende distantie bewaren om niet al te zeer te hoeven afweren. Voorts maakte ik, in zeven praktijkjaren als huisarts en 35 praktijkjaren als psychiater, velen intensief en van nabij mede die door oorlog en verzet, als vervolgd en gevangene, existentieel getraumatiseerd waren. Bovendien zag ik vele andere mensen die in andere situaties existentieel getroffen waren. Na frequent en op diverse wijzen te zijn geconfronteerd met existentieel getraumatiseerde mensen, kwam ik tot het inzicht dat ik voor een juiste visie mijn denken en mijn wetenschappelijke opvattingen behoorde te herschikken en herzien. Ik kreeg de stellige indruk dat de gebruikelijke en gevestigde psychiatrische theorieën en denkkaders essentieel te kort schoten en ik kreeg ook de indruk dat vele collega-psychiaters dit niet zagen of het daarbij lieten. Hierdoor bleken zij onvoldoende in staat tot een bevredigende gedachtegang hieromtrent te komen. Dit heeft mijns inziens veel toegevoegd leed voor de betrokkenen teweeggebracht. Te velen van hen voelden zich niet begrepen en in de steek gelaten. Velen moesten ervaren er kennelijk ook in de behandelkamer niet echt bij te horen.

Mijn eigen pogingen tot begrijpen en zo mogelijk helpen voerden mij tot overwegingen en tot voorzichtige conclusies waarvan het kader in essentie niet is gelegen binnen de gangbare medische of psychiatrische wetenschap. Een excursie naar andere wetenschapsgebieden leek en bleek mij als aanvulling onontbeerlijk. Om verder te komen leek het onontkoombaar intensief kennis te nemen van bepaalde twintigeeuwse wijsgerige stromingen. Bovenal leek het mij gewenst consequent gebruik te maken van de existentieel-fenomenologische methode en benaderingswijze. Ik kom op deze begrippen terug. Het komt mij voor dat er kansen zijn op het verkrijgen van inzicht in het vraagstuk dat aan de orde is indien de volgende twee gezichtspunten centraal gesteld worden.

In de eerste plaats dienen we in te zien dat al het psychosociale onheil dat de mens kan treffen of dat mensen elkaar kunnen aandoen, in principe kan worden verdeeld in twee wezenlijk van elkaar te onderscheiden psychotraumatische situaties. Voorlopig noem ik de door mij bedoelde categorieën enerzijds de emotionele traumata en anderzijds de existentiële traumata. Tussen deze twee categorieën bestaat naast een evident en essentieel onderscheid ook in verscheidene opzichten een relatie. De studie van deze boeiende relatie is een hoofdstuk apart.

In de tweede plaats dienen we in te zien dat het voor een werkelijk doorschouwen van het existentieel getraumatiseerd zijn en van het daardoor veroorzaakte 'existentieel emotioneel stressyndroom' (EES-syndroom) nodig is dat we met ons denken het medisch-psychiatrisch denken aanvullen en het een bredere en diepere basis geven. Mogelijk kunnen we zo de onaanvaardbare achterstand die er inzake het doorschouwend begrijpen van het existentieel getraumatiseerd zijn bestaat, enigszins inhalen.

### **Emotioneel trauma**

Wat betreft het eerste item, het onderscheid tussen emotionele en existentiële traumata, het volgende:

Bij emotionele traumata is er sprake van aangrijpende emotionele gebeurtenissen, van life events, van dingen die kunnen gebeuren in iemands leven omdat zij bij het leven en bij het mens-zijn horen. Men kan denken aan ziek zijn, pijn hebben, aan gehandicapt zijn, ontlusterd zijn en stervend zijn. Een spontane abortus of een immature partus kan een trauma zijn. Het doelwit zijn van geweldpleging, het verlies van een dierbare, teleurstellingen in beroep of carrière, diverse justitiële problemen, zijn andere voorbeelden. Allerlei problemen die samenhangen met neurotische manoeuvres en met neurotische existentiële vormen kunnen ook worden genoemd. Voorts ook oorlog, als een politiek-collectief gebeuren. Hoe dramatisch en ingrijpend dergelijke gebeurtenissen soms ook zijn, ze vallen alle binnen de natuurlijke orde van het bestaan van de mens en binnen de zingeving daarvan, hoe men deze zingeving ook wil formuleren. Inzicht in en begrip voor het gebeuren zijn in principe voorhanden. Als er relationele aspecten zijn, dan zijn deze te begrijpen als menselijk, als behorend bij het bestaan van de mens. Het in de wereld zijn van de mens blijft zichtbaar en in principe zinvol. Er valt over emotionele traumata te communiceren. Daarom is hulp mogelijk, zowel doorschouwend-diagnostisch als ook psychotherapeutisch-begeleidend. Diverse denkkaders en wetenschappelijke modellen zijn van toepassing. Onder meer de stresstheorie en de diverse neurosetheorieën.

Diagnosesystemen zijn bruikbaar. De wetenschappelijke psychiatrie is toepasbaar. Geen wonder, de psychiatrische theorievorming heeft immers zijn origine in het lijden van de mens. Hoewel het emotionele trauma een bedreiging kan zijn voor het Ik en het Zelf, blijven de identiteit en het zelfgevoel in hoofdzaak en in principe intact. Verwond of gekwetst zelfgevoel blijft zelfgevoel. Bij emotionele traumata is de kans groot dat een eventuele alarmfase wordt gevolgd door een min of meer geslaagde - al dan niet neurotisch getinte - adaptatie. Het gaat om in principe reparabele laesies. Aanvaarding is mogelijk. Verwerking is mogelijk. Er is een relationeel kader voorhanden waarbinnen een en ander zich afspeelt. De ander wordt daarbij gekend als persoon. Er is in principe sprake van een doorleefde co-existentie van het slachtoffer met de ander. Dit houdt in: het ook zelf gekend worden en blijven, als medemens. De getroffen blijft erbij horen. Ieder mens wordt een aantal keren in zijn leven emotioneel getraumatiseerd. Velen lijden een daaraan aangepast leven. We zien in deze gevallen vrijwel nooit een ernstig EES-syndroom als gevolgtoestand.

## Existentieel trauma

Bij existentiële traumata liggen de zaken fundamenteel anders. Er is nu sprake van een bestaansbedreiging, in plaats van een uitsluitend of in hoofdzaak emotioneel probleem.

Langdurig of hevig en kort, steeds is er een bestaansbedreiging van zodanige aard dat deze dreiging niet intrinsiek behoort bij het leven, de bestaansmodus en de bestaanszin van de mens. We mogen nu eigenlijk niet spreken van 'life events'.

Het gaat om wat ik zou willen noemen 'existential events'. Er is sprake van een dreiging die niet alleen in geen enkel opzicht verenigbaar is met de natuurlijke persoonlijke menselijke zijnswijze, maar daarmee zelfs fundamenteel strijdig is.

Verwerkingspsychisme van intrinsiek menselijke aard passen dan ook niet in de aanwezige, niet-menselijke situatie. Daarom alleen al is verwerking of aanvaarding nauwelijks of niet mogelijk. Het effect dat na existentiële traumata ontstaan is in principe het EES-syndroom, in enigerlei graad of nuance.

Er zijn verschillende existentiële traumata waaraan we kunnen denken. Elk van deze 'existential events' geeft, naast de algemene kenmerken, aan het EES-syndroom bovendien een speciaal coloriet, samenhangend met de specifieke aard van het trauma. Uiteraard denken we hier in de eerste plaats aan het existentieel getraumatiseerd zijn door een verblijf in een concentratiekamp of door oorlogservaringen die verband houden met vervolging en verzet. Een EES-syndroom kan echter ook ontstaan bijvoorbeeld na een gijzeling, na een ontvoering, in bepaalde chantagesituaties, na hersenspoeling, na bepaalde vormen van sensitivity training, na bepaalde vormen van repressieve justitiële bejegening en na het ondergaan van abortus provocatus. In al deze en vergelijkbare situaties en gebeurtenissen schuilt in meerdere of mindere mate een element van existentieel getraumatiseerd worden, van beschadigd worden in bestaansessenties.

Bij existentiële traumata gaat het om gebeurtenissen die zó onnatuurlijk zijn en zó onbegrijpelijk, zó onvoorstelbaar, dat ze in wezen niet na te voelen zijn. Het kan niet waar zijn, zeggen we. We hebben er geen woorden voor. Er valt nauwelijks over te communiceren. Een patiënt zei me letterlijk: 'Ik ben kapotgemaakt, de dokters hebben er misschien mooie woorden voor bedacht, maar ik schiet daar niets mee op.'

Om de existentieel getraumatiseerde mens toch zo goed mogelijk te begrijpen, is een korte nadere beschouwing van het EES-syndroom nodig. Dan wordt bovendien het actuele en potentiële belang van het werk van Centrum '45 zichtbaar. Daarbij wordt tevens de bijzondere betekenis van het belangrijke werk van professor Bastiaans onderstreept en in een juist daglicht gesteld.

Wijlen A. Hustinx introduceerde in 1973 de aanduiding existentieel emotioneel stresssyndroom. Daarmee plaatste hij het probleem van het existentieel gelaedeerd zijn in een wat breder en meer syndromaal kader dan voorheen het geval was.

Voor de klinische kenmerken van het EES-syndroom moet ik verwijzen naar de literatuur, onder meer naar mijn boek 'Bedreigd leven, bedreigd bestaan' (1984). Bij een EES-syndroom is er sprake van een, vaak diepe, uitputtingstoestand, na een niet met menselijke, al dan niet neurotische psychismen oplosbare of reguleerbare alarmfase. Adaptatiemechanismen en -psychismen schieten te kort.

Omdat er voor existentiële traumata vaak geen oplossing of verwerking mogelijk is, ontstaat er een, door Hugenholtz (1970) zo genoemd, 'onvoltooid verleden'. Een gevolg daarvan is dat latere, soms zeer veel latere omstandigheden activerend kunnen werken op latent aanwezige en niet verwerkte problemen, in het bijzonder en specifiek bij existentieel gelaedeerden. Neurotische

adaptatieproblemen verdwijnen nogal eens bij het ouder worden. Bij het EES-syndroom daarentegen ontstaan bij het ouder worden vaak meer lasten. Ten dele door verminderde spankracht, ten dele ook door existentiële vereenzaming. Dit is een typisch verschil tussen neurotische beelden en het EES-syndroom. Het verleden blijft het leven bepalen, beperken en beheersen. Een werkelijke aansluiting op de volle actualiteit van het leven is vaak niet goed mogelijk. Er is daarbij vaak een element van vervreemding en soms van een defecte modus van het leven en bestaan.

De angst dat het weer zou kunnen gebeuren en de wetenschap dat elders alles ook nu nog gebeurt, blijven een rol spelen. Dit heeft naast de individuele problematiek ook vaak moeilijk hanteerbare psychosociale implicaties, van een soort dat we niet kennen na emotionele traumata. Men denke aan de deining rond publieke discussies over bijvoorbeeld de Twee van Breda of vormen van neofascisme. Er is daarbij sprake van een gereactiveerd worden van existentiële nood.

Het gaat bij het EES-syndroom om het kapotgemaakt zijn, om het geen mens meer zijn, omdat het zijn-van-een-zinvol-geheel beschadigd is. De zinsamenhang is verstoord in die zin dat zowel het één-zijn van het lichaam-subject (Merleau-Ponty) alsook het existerend-zijn in een pathische wereld is aangetast. Daarmee zijn de grondfeiten van het menselijk bestaan in het geding. De zingevende en zinnemende dialoog met de wereld is fundamenteel gestoord. Het zich kunnen situeren in de wereld is niet meer voldoende mogelijk. De logica van de wereld en van het zijn in-de-wereld is aangetast. In het levensechte bestaansveld, waarin alles met alles is verweven, is het weefsel gescheurd, op een onuitsprekelijke en niet communiceerbare wijze. Het subject kan geen centrum van zin meer zijn, kan de wereld niet meer tot omgeving maken, kan de wereld niet meer maken tot zin-voor-zichzelf. Dit onvermogen tot zingeving houdt onder meer in dat iemand teruggeworpen wordt op zijn toevalligheid, hetgeen eenzaamheid en angst oplevert. Het subject kan het zijn niet meer opnemen naar een toekomst toe, onder meer door zichzelf vooruit te zijn. Vermoedelijk vormt dit zichzelf-niet-vooruit-kunnen-zijn de kern van de neiging tot ontstemming en tot depressief zijn van de mens met een EES-syndroom. De wereld kan niet meer voldoende worden ervaren als bestaansvervulling. Men kan in de wereld geen mens meer zijn. Men hoort nergens meer echt bij, men is waardeloos geworden, men leeft niet meer ingevoegd. Men ervaart zich als een buitengesloten object. Dat blijft men voelen in de blik van de ander. Men blijft zich schamen. Schaamte is de erkenning een object te zijn geworden, dat door de ander wordt bekeken, beoordeeld en veroordeeld. De blik van de ander vernietigt nu de mens als subject en maakt de mens min of meer tot object, tot ding. Men is geen zijnde meer, men existeert niet meer vanzelfsprekend als subject. Aldus lijdt de mens met een EES-syndroom onder de blik van de ander, in plaats van in de blik van de ander zijn mens-zijn bevestigd te zien.

Een aantal van de hier gebruikte formuleringen is ontleend aan of geïnspireerd door inzichten uit de existentieel-fenomenologische literatuur. Ik probeer op deze wijze enkele aspecten zichtbaar te maken van het fundamenteel aangetast zijn, waar het bij het EES-syndroom om gaat. Het moge daarbij enigszins duidelijk zijn geworden hoe evident men zich niet existentiële traumata en de gevolgen daarvan bevindt buiten de sfeer van de gewone, alledaagse, intrinsiek bij het leven behorende problemen en buiten de sfeer van 'gewoon' verdriet hebben of 'gewoon' depressief zijn. En buiten de sfeer van de gebruikelijke psychopathologie. Van belang is nog, in te zien dat existentieel traumatiserende gebeurtenissen vaak actiekenmerken hebben, bijvoorbeeld van politieke of criminele aard. In het actieperspectief telt het individu niet. Daar wordt het individu heel concreet tot object, tot ding gemaakt. Men is geen individu meer, er is de-identificatie, de identiteit wordt gesloopt. Er is geen authenticiteit meer, de eigen zijnswijze is aangetast. De fight-flight-

formule past niet meer. Een object kan niet vechten en niet vluchten. Men is 'danseres zonder benen' geworden, een aanduiding ons gegeven door Clara Ascher-Pinkhof.

Datgene wat de mens wordt aangedaan bij existentiële traumata, wordt hem aangedaan door wezens met wie geen menselijke relatie bestaat. Ja, door wezens die voor hem geen mensen zijn en voor wie hij geen mens is. Dit ook weer in tegenstelling tot de situatie bij emotionele traumata. De ander wordt niet gekend als medemens, maar fungeert als uitvoerende instantie op onpersoonlijk niveau, als onderdeel van een systeem of organisatie. Als onderdeel van een geprogrammeerd kaderwerk doet elk der anderen zijn deel, zijn werk. Geen der anderen voelt zich verantwoordelijk voor de technisch getinte keiharde uitvoeringsformule waaraan het slachtoffer kapot gaat.

Befehl ist Befehl. Met systeem is levensvijandig, bestaansvijandig. Er is sprake van vernietiging. Vernietigen is iets anders en ergers dan doden of moorden, omdat elk relationeel aspect ontbreekt. Het gaat niet meer over personen, maar om tot nummers en aantallen teruggebrachte verzamelingen. Zelfs bij moord kan het slachtoffer in principe nog in zijn waarde worden gelaten. Bij existentiële traumata gaat het, zelfs als er niet gedood wordt, om vernietiging, om weinig meer dan vuilverbranding. Ten aanzien van de concentratiekampslachtoffers kan men deze term vrijwel letterlijk nemen.

### **Fenomenologische methoden**

Het intrinsieke waarheidsgehalte en de praktische waarde van het aangegeven onderscheid tussen emotionele en existentiële traumata blijken pas duidelijk als men de getroffen onbevange, authentiek en onbevooroordeeld weet en durft te ontmoeten in de levenspraktijk en in de hulpverleningspraktijk. Met onbevange en onbevooroordeeld bedoel ik in het bijzonder, dat men de ontmoeting niet voortijdig structureert. De moderne, technologisch getinte geneeskunde, waarin het systeemdenken en het structuurdenken zo domineren, vormt in dezen een te weinig herkende barrière. Het vertrekpunt dient niet te zijn onze eigen praat- en denkwereld, maar de concrete werkelijkheid die de ander ons aanbiedt. Deze conclusie verwijst rechtstreeks naar de fenomenologische methode.

Kennelijk kost dit alles velen van ons bijzonder veel moeite, door diverse persoonlijke factoren en door een eenzijdig natuurwetenschappelijk-analytische attitude. Velen treden daardoor de voorhanden werkelijkheid de-totaliserend en desintegrerend tegemoet, vaak niet op tijd gewaarschuwd, onder meer door onvoldoende methodologische en filosofische scholing. Wij blijven dan gevangen in het parole parlée van het denken in geconstitueerde structuren, systemen en kaders. Men blijft in zijn eigen praat- en denkwereld, zijn eigen Univers de Discours (Merleau-Ponty). Het Ik en het Zelf van de ander blijven verborgen. Door dit alles missen we, met name bij de gevolgen van existentiële traumata, gemakkelijk de essentie. Anders gezegd: men zal de fenomenologische methode niet kunnen missen. Men zal verzinkend en ondergaand moeten observeren, men zal zich invoelend present moeten stellen voor de ander en bij de ander de verbale en non-verbale expressie moeten volgen. Men realiseert zich dat de fenomenologische methode extreem concreet is en bovendien in de meest extreme vorm een empirische methode is.

Bij de existentieel getroffen stuit men nogal eens op ondoordringbare lagen. De ander is of lijkt onbereikbaar. Hij vertoeft elders. Zijn verbale en non-verbale uitingen geven de onderzoeker een gevoel dat, niet naar inhoud maar naar aard, enigszins vergelijkbaar is met het praecox-gevoel dat we kunnen ervaren in het bezig zijn met sommige psychotische mensen. De ander kan ons niet goed

meedelen en laten meevoelen 'waarom hij huilt'. De onderzoeker kan aldus bij zichzelf een EES-gevoel signaleren.

Op het belangwekkende vraagstuk van de vulnerabiliteit kan ik hier niet nader ingaan. Ik merk op dat men met betrekking tot existentiële traumata vermoedelijk beter niet kan spreken van psychogenie, maar beter van zoiets als existentiogenie. Vermoedelijk spelen bij het EES-syndroom andere vulnerabiliteitsaspecten een rol dan bij de emotionele 'life events'. Vermoedelijk zijn ook andersoortige en mogelijk specifieke homeostatische soma-psyche-mechanismen van belang. Soma-psyche-mechanismen die inherent zijn aan de geheel eigen zijnswijze van de mens in existentieel-fenomenologisch opzicht. Wellicht is het begrip Corps-Sujet van Merleau-Ponty (zie hieronder) hier van groot belang. Het zoeken naar onder meer daarop gebaseerde weerbaarheidsconcepties lijkt gewenst.

Reacties op existentiële traumata zijn in hoge mate mede sociaal en cultureel bepaald. Een van de mogelijke aspecten daarvan kan kort als volgt worden aangeduid: hoe primitiever de existentiële modus, des te minder kwetsbaar in existentieel opzicht. Soms is er sprake van socio-cultureel bepaalde vormen van existentieel kwetsbaar zijn. Het zou wel eens kunnen zijn dat de betrekkelijke existentiële armetierigheid die samenhangt met het technocratische leefklimaat dat we hebben laten ontstaan, de existentiële kwetsbaarheid verhoogt. Er is ten aanzien van dit alles nog veel onderzoek nodig, er is in dit opzicht een achterstand.

Daarbij lijkt bezinning op onze medisch-psychiatrische denkwereld, alsmede een medisch-psychiatrische heropening van een aantal existentieel-fenomenologische en wijsgerig-antropologische gezichtspunten wenselijk, zo niet noodzakelijk. Helaas wenden velen zich in dit opzicht af, deels door de tamelijk extreme technologische attitude die de moderne gedragswetenschapper en de geneeskundige kenmerkt, deels ook door een onzeker afwijzen of een lichtzinnig negeren van wijsgerige bezinning.

De gangbare psychiatrische modellen en theorieën, bijvoorbeeld de verschillende neurosetheorieën en de theorieën omtrent de emotionele stresssituaties en de stress-psychismen, passen niet goed of zijn essentieel onvoldoende als het gaat om existentiële traumata. Genoemde theorieën en modellen zijn afgeleid van zijnswijzen die de mens eigen zijn. Kennelijk sluiten existentiële traumata niet zonder meer aan op liet mens-eigene.

Het communicatief omgaan met mensen die lijden aan de gevolgen van existential events verschilt mede daardoor fundamenteel van het omgaan met mensen die lijden aan de gewone life events. Velen brengen helaas dit fundamenteel-anders-omgaan-met niet op. Bij existentiële traumata gaat het om zodanig wezensvreemde ervaringen dat wij als medemensen en als onderzoekers de feiten en de gevolgen moeilijk herkennen, vaak ook moeilijk erkennen en geneigd zijn tot lange tijd ontkennen. Hoelang en door hoeveel is niet het zogenoemde KZ-syndroom miskend en ontkend, ondanks indringende en steekhoudende mededelingen en publicaties, onder meer van H. A. Cohen (1952), J. Bastiaans (1957), maar ook van vele anderen? Voor de velen die bij voortdurend niet begrepen, resteerde slechts het dilemma en een ondermaats omgaan daarmee.

Voor de getroffen en bleef het bestaansdilemma daardoor voortduren. Onze gebruikelijke diagnosecategorieën passen niet of onvoldoende op de existentieel getroffen en. Mede daardoor worden ze vaak niet herkend en nogal eens miskend. We stuiten hier op een structurele wetenschappelijke crisis in het psychiatrisch denken, liet antwoord op een hulpvraag uit geestelijke

nood is te vaak meteen ondergebracht en ingepast in geconstitueerde denksystemen, die doctor-centred zijn bedacht en opgezet. De hulp-vragende wordt meteen geëtiketteerd overeenkomstig de wijze waarop hulp-vragende voelen en lijden.

Diagnosesystemen zijn er voor de hulpverleners. Vanuit de patiënt gezien is er niet zelden reden diagnose-eenheden te wantrouwen. A fortiori geldt dit voor existentieel gelaedeerde mensen. De extreme fenomenale concreetheid in de kern van elk geestelijk lijden en de eenmaligheid daarvan ontgaan de psychiater nogal eens, door het onmiddellijk abstraherend invoegen van de hulpvraag in de eigen psychiatrische denk- en praatwereld. Dat lijkt solide, het klinkt geleerd, maar het is voor de hulp-vragende mens bedreigend en niet zelden gevaarlijk. En weer a fortiori voor de existentieel getroffen.

Foucault heeft wellicht gelijk met zijn uitspraak dat onze psychiatrie te rechtstreeks afstamt van de oude opbergpsychiatrie, de oude inrichtingspsychiatrie. Dit wreekt zich mijns inziens vooral bij het werken met existentieel getroffen. Te veel psychiaters zijn gevangen van hun eigen denksysteem gebleven.

Voor het doorschouwen van het EES-syndroom is het vereist dat we, bij ons onderzoekend en denkend bezig zijn met mensen, buiten de gangbare medisch-psychiatrische kaders treden. Vereist zijn, naast een strikte methodische zuiverheid en een bezinning daarop, een zich verdiepen in de menselijke existentie, op welhaast wijsgerig niveau. In ieder geval is een zorgvuldige kennisneming van de kennistheoretische en methodische waarschuwingen en richtlijnen die zijn aan te treffen in verschillende twintigste-eeuwse filosofische geschriften, mijns inziens noodzakelijk. Een uitgebreide literatuur, afkomstig van een reeks twintigste-eeuwse denkers, is beschikbaar. Uit velen noem ik thans slechts de volgende twee namen.

Ik denk dat het van belang kan zijn het EES-syndroom te beschouwen onder gezichtspunten die ontleend kunnen worden aan de opvattingen van Karl Jaspers. Vooral zijn 'Psychologie der Weltanschauungen' lijkt daarbij van belang. Het zou wel eens kunnen zijn dat het EES-syndroom begrepen kan worden als een zeer bijzondere grenssituatie. Bovenal echter denk ik dat het niet of nauwelijks mogelijk is wezenlijke dingen te zeggen over, of wezenlijk te werken met existentieel getroffen, zonder dat men zich uitgebreid heeft verdiept in het werk van de helaas te vroeg overleden Maurice Merleau-Ponty. Vooral zijn hoofdwerk: 'Phénoménologie de la perception' lijkt me ter zake van eminent belang. Het daarin ontwikkelde begrip Corps-Sujet (lichaam-subject) en de daaraan door hem verbonden consequenties voeren mijns inziens naar wezenlijke inzichten in de wijze waarop de mens existierend in de wereld is. Merleau-Ponty ontvouwt op zijn wijze de geheel eigen zijnswijze van de mens, als een ambigue eenheid, waarbij de lichamelijke en het subject-zijn een onherleidbare eenheid vormen. Ik moet eenieder die in zijn denken en werken stuit op essentiële mensvragen dringend aanbevelen, zich te verdiepen in het werk van Merleau-Ponty en van andere denkers op het gebied van de fenomenologie. Ook al zijn, vakfilosofisch gezien, sommige onderzoekers en sommige opvattingen misschien weer enigszins achterhaald, toch meen ik dat het fenomenologisch denken, overgebracht naar de medisch-psychiatrische situatie, bijzonder vruchtbaar kan zijn, zowel diagnostisch als therapeutisch. Dat ik aan mijn aanbeveling het adjectief 'dringend' toevoeg, houdt rechtstreeks verband met het feit dat het wel zeer dringend is geworden om uit het probleem van het existentieel getroffen zijn te komen.

Wenden we ons, na de voorafgaande beschouwingen, ten slotte nog eens concreet naar de existentieel gelaedeerde zelf, zoals deze naast ons zit, ons aanziet en van ons begrip en hulp vraagt.

Vandaag en op deze plaats denken we daarbij met name aan degenen die sinds de Tweede Wereldoorlog lijden aan de onmenselijke consequenties van onmenselijke ervaringen in de oorlogsjaren, in eerste of volgende generaties. Stellen wij ons waarlijk present en zijn wij bereid en in staat de extreme en bijzondere nood die resulteerde enigszins te begrijpen? Of zijn wij geneigd ons wat af te wenden van datgene wat zo velen ons zo dringend te melden hebben, vanuit hun nood en hun worsteling daarmee?

Het is bekend dat in de eerste jaren na de oorlog velen er toe neigden zich bezig te houden met het eigen herstelproces, de wederopbouw van het eigen bestaan, de brede maatschappelijke problematiek, zonder al te veel aandacht voor de echte oorlogsslachtoffers. Er was onmiskenbaar sprake van een tekort schieten jegens deze mensen, wat betreft opvang en begrip. Door allerlei oorzaken. Dit tekort schieten duurde voort. Voor velen lag de uit de oorlog meegebrachte nood van medemensen buiten het eigen gezichtsveld. Jongere generaties kunnen zich bovendien moeilijk voorstellen hoe het was, wat er concreet gebeurd is. Behalve een onmacht tot meebeleven was en is er soms ook sprake van ontkenning of van andere afweerpsychismen.

Sommige van de slachtoffers probeerden in woord en geschrift hun existentiële nood duidelijk te maken. Sommige slachtoffers doen dat nog, meer dan veertig jaren later. Op een in december 1987 in Parijs gehouden symposium verwoordde Simone Veil haar terugkeer uit Birkenau en Bergen-Belsen als traumatisch en de ruim veertig naoorlogse jaren als een voortdurende vernedering. Vele anderen hebben op vergelijkbare wijze getracht hun existentiële nood aan de ander kenbaar te maken. De ander stelde zich echter vaak niet werkelijk present. Veel nood bleef ongekend of ontkend. Ook de wetenschapper en de hulpverlener lieten vaak verstek gaan, met hier en daar een enkele uitzondering. Sinds decennia is Bastiaans in dit opzicht een markante uitzondering, en Centrum '45 is als instituut een uitzondering.

In het algemeen stelden de psychiatrie en de andere gedragswetenschappen teleur. Naar mijn persoonlijke opvatting hangt dit samen met de wetenschappelijke crisis waarin de psychiatrie verkeert, om niet te zeggen met het wat verziekt zijn van de psychiatrie. Existentieel getraumatiseerde mensen confronteren ons pijnlijk en dramatisch met de betrekkelijke onmacht van een tot technologie verworpen, desintegratieve psychiatrie. Ik moge verwijzen naar mijn boek 'Psychiatrie zonder ziel' (1987).

Betrekkelijk regelmatig komen er vanuit het medisch-psychiatrische veld signalen tot ons die een en ander illustreren. De publicaties in Medisch Contact (1987) naar aanleiding van het jammerlijke literatuuronderzoek van de psychiaters Schudel en Pepplinkhuizen vormen een illustratie. Het is een afschuwelijke misvatting te veronderstellen dat men op basis van het bestuderen van literatuur ook maar een kans zou kunnen hebben door te dringen tot de levensechte werkelijkheid, met name in existentieel-fenomenologisch opzicht. In het rapport van Schudel en Pepplinkhuizen mist men kritisch-methodologische overwegingen ten aanzien van de bestudeerde literatuur en de daarin gehanteerde begrippen en theorieën. Het rapport vertoont ernstige methodische mankementen. Het inzicht dat in de onderhavige materie gangbare methodes van geneeskunde en psychiatrie ten aanzien van de vraagstelling volmaakt onvoldoende zijn en zelfs onbruikbaar, ontbreekt kennelijk ten enen male. Geen wonder dat deze studie velen teleurstelde, sommigen hevig schokte en voor velen toegevoegd leed betekende.

Naar mijn oordeel is het enige, dubieuze, voordeel van de studie Schudel-Pepplinkhuizen gelegen in het feit dat we nog eens weer in alle schrilheid geconfronteerd werden met ons niet-weten en met de dringende noodzaak te proberen alsnog tot waarlijk begrip te geraken. We zullen ons daarbij open



moeten stellen voor andere methodes, andere wetenschap, anders denken en andere disciplines. We zullen moeten inzien dat we er met epidemiologische en andere mathematiserende benaderingen niet komen. En we zullen bovendien van harte bereid moeten zijn te luisteren naar wat J. Bastiaans, E.A. Cohen, Clara Ascher-Pinkhof, Abel Herzberg, G. I. Durlacher, Simone Veil en vele, vele anderen ons zo indringend en levensecht te zeggen hebben. Ieder van hen geeft ons de opdracht na te denken over de taak en de wetenschappelijke verantwoordelijkheid die de onze zijn. Bastiaans ging ons daarin op kenmerkende wijze voor.

Op mijn wijze voegde ik daar vandaag aan toe de stelling dat voor een verdere doorbraak in het denken en werken met betrekking tot existentieel gelaedeerde mensen aan ten minste twee voorwaarden moet worden voldaan.

In de eerste plaats dienen de wezenlijke aspecten van het existentieel beschadigd zijn te worden onderkend en onderwerp van verdere studie te zijn.

In de tweede plaats zullen degenen die onderzoekend of helpend bezig zijn met existentieel beschadigde mensen, bereid dienen te zijn tot een authentiek heroverwegen en tot een daarop gebaseerd herschikken op wezenlijke punten van hun modus van denken.

#### Literatuur.

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

BLIJHAM, H. Bedreigd leven, bedreigd bestaan. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, 1984

BLIJHAM, H. Psychiatrie zonder ziel: een verkennende gang door de psychiatrie en de geneeskunde Assen: Van Gorcum, 1987

COHEN, E. A. Het Duitse concentratiekamp: een medische en psychologische studie. Amsterdam: Paris, 1952

HOLTZEK, G.J. 'Medische causaliteit bij oorlogsgetroffenen 1940-1945': het nare van het literatuuronderzoek van Schudel en Pepplinkhuizen. In Medisch contact, vol. 42 (1987) no 31, p. 970 - 972

HUGENHOLTZ, P. Th. Onvoltooid verleden tijd. In Maandblad geestelijke volksgezondheid, vol. 25 (1970) no. 5, p 196-205

JASPERS, K. Psychologie der Weltanschauungen. 6de druk. Berlijn: Springer, 1971

MERLEAU-PONTY, M. Phénoménologie de la perception. Parijs: Callimard, 1945

#### Referentie:

Blijham, H. ( 1992) In: Veraf en dichtbij : de actualiteit van het traumatisch verleden : symposium bij het afscheid van prof. dr. J. Bastiaans / red.: J.N. Schreuder en A.J. de Ridder

<https://psychotraumanet.org/nl/het-dilemma-van-het-existentieel-getraumatiseerd-zijn>