

● magazine

# impact

IN DIT NUMMER

SPECIAL  
LEVEN MET  
OORLOG

Een uitgave van ARQ Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld

MAART 2023 - NR. 1

# PSYCHOTRAUMA DOOR DE EEUWEN HEEN

GEVOLGEN VAN PSYCHO-  
TRAUMA OP GEZINNEN

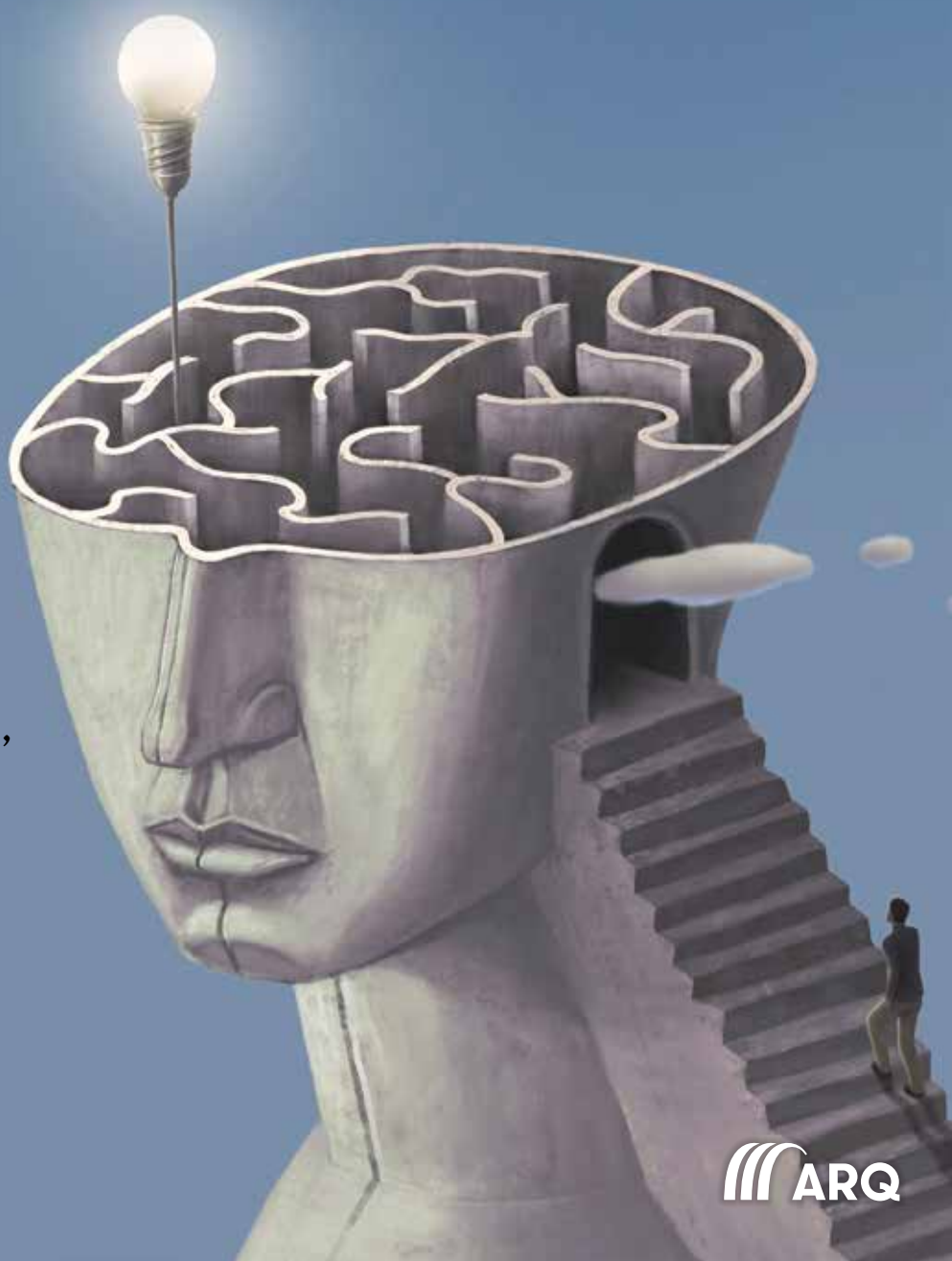
Een interview met Trudy Mooren

HOE UNIVERSEEL IS  
TRAUMADENKEN?

Een reflectie op de ontwikkeling  
van het begrip trauma

‘MENSEN ZIJN NIET TE  
VANGEN IN DIAGNOSTIEK’

Een interview met Jim van Os



ARQ

# Inhoud



## 4 Is trauma universeel?



**8** Interview hoogleraar psychiatrie Jim van Os



**20** Retrospectieve diagnostiek: trauma en het vermeende verleden



**12** Psychotrauma in beweging



**27** Herdenking Armeense massamoord in 1915



**31** Interview met nieuwe hoogleraar Trudy Mooren



## Redactioneel

Voor u ligt het eerste nummer van Impact Magazine van 2023. In dit nummer blikken we terug rondom het begrip 'psychotrauma'. Zo probeert redacteur Bart Nauta een antwoord te geven op de vraag hoe het begrip trauma de laatste jaren zo in zwang is geraakt en of er zoiets bestaat als een universele ervaring van trauma. Psychiater Ruud Jongedijk, voormalig geneesheer directeur van ARQ Centrum<sup>45</sup>, schreef op ons verzoek een historisch-persoonlijke terugblik op psychotrauma en de zorg voor mensen die lijden aan de gevolgen van psychotrauma.

Dit nummer is geen gewoon nummer. Wanneer u het magazine omdraait vindt u vanaf de achterkant de Impact Magazine Special: Themajaar Leven met oorlog 2023. Dit jaar zal het hele WO2 veld projecten en activiteiten ontwikkelen in het kader van de doorwerking van oorlog. Met deze Special willen wij graag aandacht vragen voor dit themajaar en lichten we enkele projecten uit. In deze special leest u onder andere een verslag van de opening van dit themajaar op 13 februari jl. in Nationaal Monument Oranjehotel. Verder maakt u kennis met zeven mensen voor wie de oorlog vandaag de dag nog steeds zijn doorwerking vindt in hun dagelijks leven. Alle zeven benadrukken zij de noodzaak om ervoor te zorgen dat de verhalen over de impact van de Tweede Wereldoorlog worden doorverteld aan volgende generaties. De uitgebreide portretten, gemaakt als minidocumentaireserie door ARQ Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld in samenwerking met de vijf WO2 herinneringscentra, zijn gedurende heel 2023 te zien in alle vijf de WO2 herinneringscentra en online.

Bijna iedereen in Nederland heeft direct of indirect te maken met (de gevolgen) van oorlog. Ik denk dat het belangrijk is om aandacht te blijven geven aan WO2, en ook aan andere oorlogen waar wij direct of indirect mee te maken krijgen. Natuurlijk tijdens dit themajaar, maar zeker ook daarna. Ik wil u en uw naasten, onder wie de jongere generaties, daarom graag uitnodigen de diverse activiteiten die dit jaar georganiseerd worden in het kader van 'Leven met oorlog', te bezoeken.

**Ellen Klaassens** – Hoofdredacteur Impact Magazine

### EN VERDER

- 16 PRAKTIJK**  
Dagelijks bezig met oorlog en geweld, wat doet dat met je?
- 24 COLUMN**  
Nienke Smit: Een te zware last
- 25 RECENSIE**  
Michael Cholbi: Grief, a philosophical guide
- 34 COLUMN**  
Jeanette Lely: Erkenning van slachtoffers
- 35 REFLECTIE**  
Altijd in beweging: ontwikkelingen in de psychiatrie
- 39 BOEKEN**
- 42 NtVP**

## impact over de psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen

Impact informeert, agendeert en discussieert over de psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen op zowel mensen, organisaties als samenleving. Het magazine is gericht op mensen die zich beroepsmatig bezighouden met de psychosociale gevolgen van rampen, crisis, oorlog en geweld, zoals hulpverleners, onderzoekers en beleidsmakers. Daarnaast focust Impact zich op een brede groep professionals en anderen met interesse in terugkerende actuele thema's als psychotrauma, psychosociale hulp na rampen en crisis als ook oorlog, vervolging en geweld.

Impact is een uitgave van ARQ Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld en wordt mede mogelijk gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP).

**Abonnement** Impact komt vier keer per jaar uit, een jaarabonnement kost € 27,50. Abonneren kan door een mail te sturen naar [impactredactie@arq.org](mailto:impactredactie@arq.org)

**Redactie** Ellen Klaassens (hoofdredacteur), Lucia Hoenselaars, Bart Nauta, Onno Sinke en Arjen van Lil Marleen van de Ven

**Redactie coördinatie**

**Redactieadres** Nienoord 5, 1112 XE Diemen

**Contact** Tel. 088-3305190, e-mail: [impactredactie@arq.org](mailto:impactredactie@arq.org)

**Uitgave** 7<sup>de</sup> jaargang, 2023 - nr. 1

**Oplage** 1.250 exemplaren

**Vorm en productie** Bruksvoort Design

**ISSN** 2543-2591



Foto Wikimedia Commons

*Treinongeval op Gare Montparnasse in Parijs, 1895.*

We leven in een tijdperk van trauma. De verhalen van overlevenden van traumatische gebeurtenissen, ons luisteren, de psychologische hulp en maatschappelijke erkenning: ze lijken van alle tijden. Toch is het traumadenken niet zo universeel als gedacht.

*door Bart Nauta*

Stelt u zich eens een wereld zonder trauma voor. Niet de utopie waarin geen oorlog, massamoord en natuurgeweld voorkomen, maar een wereld waarin trauma, als woord dat persoonlijke ervaringen betekenis geeft, niet bestaat. Een wereld heel anders dan de onze, waarin we zo gewend zijn aan het idee dat tragische en pijnlijke gebeurtenissen, individueel of collectief ervaren, sporen nalaten in de geest. Het woord trauma zweeft haast permanent ergens

in onze hoofden en staat op het puntje van onze tong, klaar om ons verleden te duiden. En onze pijn.

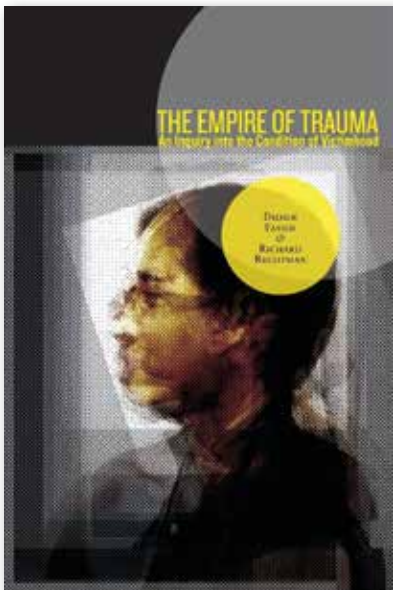
Trauma is overal. Het wordt in verschillende contexten gebezigd, zowel als het begrensde fenomeen van PTSS, als een woord dat klein en groot leed beschrijft, als een abstractie van een open wond in het collectieve geheugen. Trauma houdt daarnaast een verwachting in.

Zo beschouwt de samenleving het als een voldongen feit dat professionals uit de geestelijke gezondheidszorg klaar staan voor ondersteuning en opvang in tijden van crisis.

## Zo vanzelfsprekend was het idee van trauma lang niet

Een wereld zonder trauma is niet voor te stellen. Academi zien de angsten en nachtmerries, in landen buiten het Mondiale Noorden, en herkennen ze in geschriften uit tijdsperiodes ver voor de onze, in Homerus zelfs. Trauma is van alle tijden.

Toch was het idee dat schokkende gebeurtenissen leiden tot psychologisch trauma lange tijd controversieel. Het woord kende noch een goede wetenschappelijke, noch een goede politieke en maatschappelijke ontvangst. Hoe is het begrip trauma, dat een nieuwe vocabulaire over de gevolgen van oorlog, misbruik en andersoortig geweld bood, zo in zwang geraakt? En is er zoiets als een universele ervaring van trauma, een die geografische en tijdsgrenzen weet te overstijgen?



### Acteurs en lafaards

Allicht is er voorzichtigheid geboden voor het idee dat trauma universeel is. In het belangwekkende *The Empire of Trauma: An Enquiry into the Condition of Victimhood* uit 2009 reconstrueren Didier Fassin, antropoloog en socioloog, en Richard Rechtman, psychiater en antropoloog, de geboorte van het alomtegenwoordige trauma als morele categorie.

Zo vanzelfsprekend was het idee van trauma lang niet. Toen slachtoffers van treinongevallen of arbeiders die fabrieksongevallen overleefden, psychische klachten rapporteerden, dachten de zenuwartsen van de late 19e en vroege 20e eeuw niet in termen van stress. Hier lag een fysieke oorzaak aan ten grondslag, zoals *railway spine*, een opschudding van het ruggenwervel en de aantasting van de zenuwen. Dat zou het geweest moeten zijn, want die woeste en levensgevaarlijke machines bereikten snelheden van wel 60 kilometer per uur.

De resulterende fysieke en mentale klachten werden daarna meteen onderwerp van debat over financiële compensatie, want wie moest voor de verwondingen van passagiers en fabrieksarbeiders opdraaien? Het erkennen van trauma zou goedgevulde en diepe zakken betekenen.

Toen soldaten in de loopgraven van WO1, na ervaringen zo gruwelijk en wreed, doordraaiden van de angst, werden zij door de militaire psychiaters veeleer gezien als derde-rangs acteurs, die met hun schokkerige bewegingen hun nationale heldentaak wilden ontlopen. Ze waren, kortgezegd volgens de mores van die tijd, lafaards. Hoewel de wetenschappelijke debatten onder psychiaters wierig tierden over het hoe en waarom van psychische klachten, was onder zowel artsen, de Europese krijgsmachten en het publiek de houding ten opzichte van trauma, er veelal een van wantrouwen. De erkenning die we nu zo gewend zijn te geven, was nog ver weg.

### Een luisterend oor

Het wantrouwen ebde pas weg vanaf de tweede helft van de 20e eeuw. Met de terugkeer van Joodse overlevenden uit de Nazi concentratie- en vernietigingskampen, werd het publieke, politieke en medische wantrouwen immoreel en ongegrond. Hun getuigenissen, die van trauma en survivor guilt, werden langzaam gezien als de ultieme waarheid over de menselijke conditie, schrijven Fassin en Rechtman. Als overlevenden en slachtoffers van trauma, konden alleen zij getuigen van de verschrikkingen in de kampen.

Dat trauma langzamerhand geïntegreerd raakte, was ook te danken aan twee maatschappelijke bewegingen in jaren '60 en '70. In de strijd tegen vrouwen- en kindermishandeling, streden Amerikaanse feministen voor de erkenning van het psychische leed van de slachtoffers, dat zo vaak verzwegen en ontkend werd. Tegelijkertijd zagen militaire psychiaters met lede ogen de meelijwekkende toestand van jonge Amerikaanse Vietnamveteranen aan. De soldaten vochten in een zinloze hel en waren in die omstandigheden dader geworden, verantwoordelijk voor de moord op onschuldige Vietnamese burgers. De psychiaters kwamen voor de veteranen en hun rehabilitatie op en stelden de terechte vraag of hun daderschap in deze uitzichtloze en wrede oorlog, niet heel menselijk was.

De inspanningen van deze militaire psychiaters zorgen er mede voor dat in de in 1980 gepubliceerde DSM-III voor het eerst PTSS was opgenomen. Het eerste criterium van de diagnose onderstreepte dat elk individu dat een geschokkende gebeurtenis meemaakte, psychische

gevolgen van stress zou kunnen ondervinden, zoals nachtmerries, flashbacks, vermijding en hyperalertheid.

De kampoverlevende, het slachtoffer van mishandeling en misbruik, de tot dader geworden veteraan: het publiek werd ontvankelijk voor hun verhalen. Het afleggen van getuigenissen en het luisteren werden morele daden - en trauma een morele categorie. Overlevenden van trauma moeten geholpen, gecompenseerd en erkend worden. Het verschijnen van de DSM-III markeerde het begin van het traumatijdperk waar we vandaag de dag in leven. Waar getraumatiseerde overlevenden voorheen werden gewantrouwd, werd vanaf nu de oprechtheid van het traumaslachtoffer niet meer in twijfel getrokken. Hij of zij was a priori geloofwaardig.

## Trauma is veel meer geworden dan alleen een psychiatrisch fenomeen gevat in een aantal criteria

Trauma is veel meer geworden dan alleen een psychiatrisch fenomeen gevat in een aantal criteria. Trauma heeft ons denken aan en over de tijd veranderd, schrijven Rechtman en Fassin. Het biedt nieuwe betekenis aan hoe wij de tijd zien. Als een van bittere oorzaak en psychosociaal gevolg, zelfs over generaties heen. Keek men voorheen vol goede moed en zelfs arrogantie naar het nationale verleden, is dat nu vol van angst – en is de toekomst vol gevaar. We zien de trauma's die voortkomen uit (koloniale) onderdrukking en geweld. Onze verstandhouding met het verleden is zo tragisch geworden. De geschiedenis is een traumatisch ding.

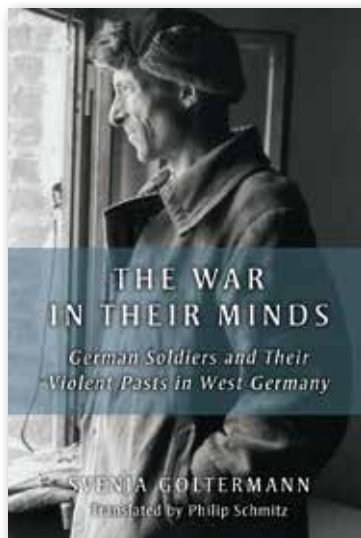
Door de alomtegenwoordige idee van trauma raakt veel verhuld, betogen de Franse auteurs. Trauma is een rookscherm tussen de gebeurtenis en de subjectieve beleving daarvan. We zijn geneigd om pijnlijke ervaringen per definitie als iets traumatisch gezien. Beleving wordt gereduceerd tot trauma, tot een traumatische beleving. Zo verhult het begrip al die verschillende betekenissen die iemand aan het collectieve of persoonlijke verleden kan geven.



*Vietnam Veterans Memorial in Washington.*

## Traumareductie

In het in 2017 gepubliceerde *The War in their Minds* analyseerde de Duitse filosoof en historicus Svenja



Goltermann de ervaringen van geestelijk hulpbehoevende Duitse militairen, aan de hand van de rapporten die hun psychiaters in de eerste jaren na WO2 opstelden. De soldaten beschreven nachtmerries en de grote moeilijkheden om na een gruwelijke oorlog het leven her op te bouwen. Het idee van trauma, een geweldadige oorzaak en post-traumatisch gevolg, was geen geïntegreerd idee in de Duitse medische wereld, de zenuwartsen wilden er niet aan. In

heel het naoorlogse Europa was het denken in termen van trauma marginaal.

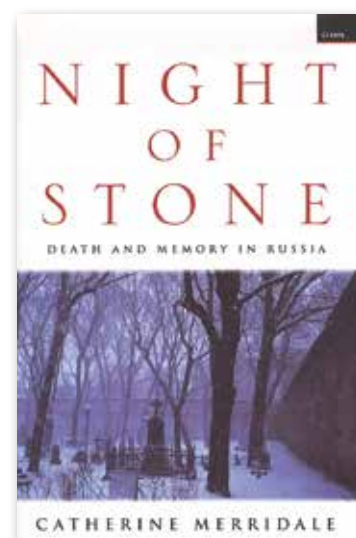
Goltermann boog zich over de vraag hoe de ervaringen van de militairen beschreven kunnen worden zonder een al te grote nadruk op trauma of PTSS te leggen. Als Duitsers in de jaren '40 en '50 trauma niet bezigden zou een traumagerichte analyse geen recht doen aan hun ervaringen. Zo'n analyse zou te sturend en ahistorisch zijn, waardoor bepaalde zaken op een voetstuk zouden komen en andere worden verborgen.

In de conclusie citeerde Goltermann de Amerikaanse schrijfster Eva Hoffman, een kind van Pools-Joodse ouders. In haar jeugd voelde zij de wanhoop en angsten van haar ouders als gevolg van de Holocaust. Maar haar ouders zagen zichzelf niet als getraumatiseerd, noch als emotioneel beschadigd op welke manier dan ook. Ze wisten dat ze vreselijke dingen hadden overleefd, net als anderen, en beseften dat ze meer hadden meegemaakt dan hun niet-Joodse burens. De generatie van haar ouders was niet het psychologische taalgebruik gewend zoals de generaties van vandaag. Lijden is lijden, hoe extreem ook. Je moet ermee zien te leven, het lijden op je nemen. Therapie was daarom bij veel van de overlevenden niet *im fringe*.

Hoffman stipte het probleem aan om retrospectief, en allicht ook over de grenzen van culturen heen, trauma te projecteren op mensen die leven in een tijd en plaats waarin trauma geen algemeen geaccepteerd idee was of is. De stressreacties na schokkende gebeurtenissen zijn universeel, over heel de wereld herkend en waarneembaar in de hersenen. Maar trauma als betekenisgevend

fenomeen is dat niet. Noch de verwachtingen die we in het Westen hebben, van hulp aan getroffen groepen, een luisterend oor van politici en beleidsmakers, de individuele aandacht in de behandelkamer. Dat zegt vooral hoe het er in *Western, educated, industrialized, rich, and democratic* landen aan toe gaat, op een geheel eigen, bijzondere manier, geschaard onder het toepasselijke acroniem WEIRD.

Op basis van haar observaties en gesprekken in Rusland stelde de Britse historicus Catherine Merridale in haar boek *Night of Stone* uit 2000 een aanhoudende aversie vast tegen het idee van psychische schade als gevolg van massaal geweld, waardoor tientallen miljoenen Russen stierven in de 20e eeuw. Dat betekent niet dat Russen gebrutaliseerde onmenselijke zijn geworden, hoewel sommige van haar Russische gesprekspartners en buitenlanders dat wel geloofden.



Integendeel, Merridale tekende overweldigend verdriet op bij nabestaanden van de Stalinterreur. Ze hoorde een voormalige gevangene praten over zijn nachtmerries over de Goelag en veteranen met angst-dromen over de oorlog in Afghanistan. Maar voor de meesten die Merridale sprak zei het woord trauma niks, het hield geen belofte in van zorg of erkenning. De Russen konden zich het idee van trauma dan ook niet voorstellen en begrepen de bevoorrechte plaats ervan in het Westen niet. In de Russische belevingswereld, hun denken over leven, dood en individuele noden, was het idee van trauma volkomen irrelevant.

Of dat nu meer dan 20 jaar na het verschijnen van Merridale's boek en met de Russische inval in Oekraïne anders is, valt te bezien. Wat denken Russische veteranen, na, laten we hopen Russische terugtrekking, over trauma? Wat gebeurt er als wij ze zouden uitleggen wat trauma betekent? Wellicht schieten ze vol, eindelijk iemand die ze begrijpt. Misschien staren ons fronsend, verbaast of roerloos aan: *Waar hebben jullie het toch over?*

---

**Bart Nauta** – Beleidsonderzoeker/adviseur bij ARQ Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld en eindredacteur van *Impact Magazine*.



Een interview met hoogleraar psychiatrie Jim van Os

# ‘Dat zou onze revolutie worden: om onzekerheid en onvoorspelbaarheid te leren accepteren.’

Jim van Os

Vroeg op een dinsdagochtend ontmoette ik Jim van Os in het Universitair Medisch Centrum in Utrecht. Daar het voor mij vroeg was, was dit voor de kwieke hoogleraar psychiatrie natuurlijk helemaal niet vroeg. Zijn dag was allang begonnen. Gekleed in een oudmodisch grijs pak trof ik hem in een eenvoudige kamer in het kloppend hart van het medisch labyrint. Maar alle schijn bedriegt. Hoe langer ik om mij heen keek, hoe meer ik werd verrast door de geestverruimende kunst aan de muren. Hij vertelde er graag over en een inspirerend gesprek over mens en leed volgde. Een vooruitstrevende geest in een klassiek grijs pak – natuurlijk kan dat. Er gaat tenslotte meer schuil in het hoofd, dan het uiterlijk doet voorkomen.

door Arjen van Lil

**Je kunt goed reflecteren op de eigenheden van onze huidige samenleving. Bijvoorbeeld dat er meer druk op mensen ligt. Daarmee geef je ook blijk van historisch besef. Waar haal je dat vandaan?**

‘Het moment dat wij naar binnen zijn gaan kijken vind ik fascinerend. En vrij letterlijk: het moment dat wetenschappers voor het eerst het menselijk lichaam open maakten en gingen kijken wat er binnenin zit. Terwijl



men er daarvoor weinig weet van had. De geschiedenis geeft ons een bril waarmee je dingen ziet die je voorheen niet kon zien. En dat vindt een nieuwe generatie dan weer vanzelfsprekend. Maar op persoonlijk vlak zijn er ook invloeden geweest. Mijn grootmoeder van moeders kant was genealoog, zij was de hele familielijin aan het uitzoeken. De familie van mijn moeders kant is Fries, en mijn vader komt uit Indonesië – gemengd Joods, Indisch, Portugees en Chinees. En dat heeft mijn grootmoeder ook allemaal uitgezocht. Tijdens de Tweede Wereldoorlog hebben mijn vader, mijn tantes en mijn grootmoeder van vaders kant in een Jappenkamp gezeten. Zij hebben daar verschrikkelijke dingen meegemaakt; het was traumatiserend. En zij zijn daar heel verschillend mee omgegaan. Mijn vader is gaan drinken, hij is wel gynaecoloog geworden en heeft zijn leven geleefd. Mijn tante ging in de morele herbewapening: zij ging actief de politiek in. En mijn nicht kreeg op een gegeven moment psychoses – terwijl zij kind was van de ouder die daar functioneler mee omging. En ik werd psychiater. Dat zijn dus opvallend verschillende uitwerkingen – heel bijzonder! Je kunt nooit voorspellen of en hoe dingen doorwerken. Het heeft me doen nadenken over hoe gebeurtenissen van drie generaties terug zich kunnen blijven manifesteren in de generaties daarna.

## ‘Je kunt nooit voorspellen of en hoe dingen doorwerken’

‘Historie is dus belangrijk. En als er ergens historie is die we actueel moeten houden, dan is het in de psychiatrie. Soms zien we te weinig hoe ons hedendaags denken verband houdt met het verleden. Wetenschap is niet waardevrij, en zeker niet in de psychiatrie en psychologie waar nieuwe concepten en diagnoses snel ontwikkelen. Dus daarom moet je je in dit veld ongelooflijk historisch bewust zijn.’

**Het is dus onderhevig aan verandering. Denken we over een paar decennia dan weer volledig anders?**

‘Ja dat zou goed kunnen. We gaan nu een periode in waarin we durven zeggen dat dingen complex zijn en dat we dingen niet zeker weten. We zitten nu in een model waarin we zeggen: “Het is lineair, voorspelbaar en controleerbaar.” En we gaan naar een model dat van complexiteit uitgaat: een mentaal model waarin we psychisch lijden kunnen gaan omarmen, dus naar de tijd van vóór de DSM-III. Want toen hebben een paar mensen besloten dat het om ziektes gaat en dat deze

in het brein zitten. Dat heeft ons vijftig jaar in de ban gehad en nu worden we wakker. Het was een goede hypothese – in de neurologie heeft het gewerkt maar in de psychiatrie niet. Dus we gaan naar een mentaal model waarin ervaringsdeskundigheid leidend wordt. Een publiek en sociaal model waarin personen goed moeten begrijpen wat hen te wachten staat; dat hij/zij echt begrijpt wat voor waarde een traject kan gaan hebben. En als iemand de onderliggende existentiële vraagstukken nog niet helder heeft, dan moet je hem daarbij helpen. En daarmee worden we existentieel vaardiger in de toekomst.’

**Waren we vóór de DSM-III dan wel existentieel vaardig?**

‘Het was heel divers. Er waren verschillende stromingen en mogelijkheden en dat vond men irritant. Men voelde de behoefte om dingen te standaardiseren. Alles moest hetzelfde zijn. Die wens is er altijd geweest, maar daarvóór was wel een tijd waarin de klant kon kiezen welke vorm van therapie hij wilde en waar hij zich thuis bij voelde.’

**En dat hebben we nu niet.**

‘Nee, alles moet hetzelfde zijn. We hebben een gestandaardiseerd mentaal model van de mens gemaakt. En we zien dat dat niet werkt.’

**Heeft dat te maken met een overheersend maakbaarheidsideaal?**

‘Ja, dat zie je bijvoorbeeld aan onze bewondering voor het bedrijfsleven en de markt. Dat idee zijn we ook gaan toepassen op de samenleving en de psychiatrie. Terwijl de samenleving – namelijk samen leven – de antithese van de markt en concurrentie is. En nu ondervinden we de gevolgen daarvan.’

**Je hebt het vaak over psychisch lijden. Dit hoort tot op zekere hoogte bij het menselijk bestaan. Hoort psychotrauma hier ook bij? Is dat ook een gemiddelde vorm van lijden die bij het leven hoort?**

‘De meeste studies tonen aan dat 50 tot 75 procent ermee te maken krijgt, dus dat lijkt wel het geval te zijn. Het hoeft daarbij niet om een heftig trauma te gaan, iets kan ook traumatisch zijn omdat iemand dat zo heeft ervaren. Als iemand bijvoorbeeld een zusje krijgt, dan kan dat voor diegene heel traumatisch zijn – terwijl de buitenwereld juicht. Iedereen maakt wat mee, en soms is dat ronduit traumatisch als de integriteit wordt

bedreigd. Ik denk dat een heleboel gebeurtenissen tijdens ons opgroeien onze integriteit bedreigen. De oorlog in Oekraïne is bijvoorbeeld integriteitsbedreigend; het is overal om ons heen; het is in de kunst; in de kranten. We staan dicht bij trauma dan wij denken. Het raakt ons elke dag en persoonlijk krijgen de meeste mensen ermee te maken in hun levensloop. Maar zoals met alles, geloof ik dat het hier om een spectrum gaat. De extremen van het spectrum, daar vind je de meest ingrijpende gevolgen – dat zijn de mensen die hulp nodig hebben. Maar dit zit allemaal in een spectrum dat wij trauma noemen.

**Het zit misschien ook in een ‘trauma-lens’ die wij in de afgelopen 150 jaar hebben ontwikkeld?**

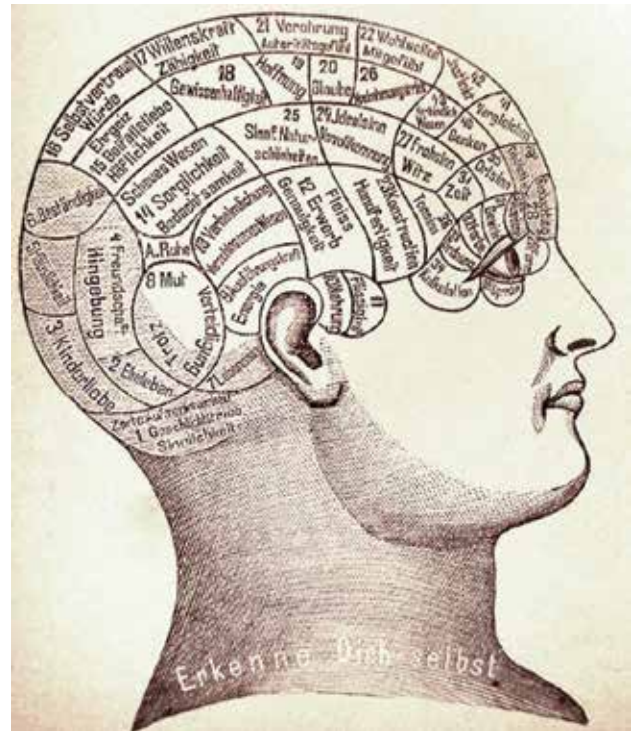
‘Ja het is ook een modeverschijnsel, zo kun je zeggen. Is iedereen dan getraumatiseerd? Dat is de vraag. Maar wat ik het meest interessant vind is een traumamodel van psychisch lijden in plaats van een ziektemodel. Want is niet alle psychopathologie een overlevingsmechanisme van mensen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt? Daarbij is het belangrijk om niet collectief in een slachtoffercultuur te vervallen. Maar dat kun je ondervangen door tegen mensen te zeggen dat bij alle vormen van psychisch lijden, er werk aan de winkel is. We gaan niet mensen “fixen” – er is gewoon werk aan de winkel. Daarmee voorkom je een slachtoffermodel, en creëer je een aanpakmodel.’

‘Ik denk dat we onszelf aan het herontdekken zijn. We komen uit het ziektemodel en nu weten we: het is de omgeving die maakt dat je er last van krijgt. Dus misschien is het toch een oproep om sociaal sensitiever te worden met meer aandacht voor morele richtlijnen in onze samenleving. Daarin kun je natuurlijk overdrijven – het is een dunne lijn om te vervallen in “my space, your space” in trauma.’

**Is moral injury dan bijvoorbeeld een concept in de goede richting?**

‘Ja dat denk ik wel. Praten in dat soort termen is een soort herontdekking. Met moral injury laat je de onzichtbare stratificaties zien waarin mensen gekwetst worden. Laten we elkaar de ruimte geven om te groeien in dat nieuwe morele model en accepteren dat we aan het herontdekken zijn.’

**Terwijl dat eigenlijk contra-intuïtief is. Wij mensen kunnen slecht omgaan met onzekerheid en nu moeten we accepteren dat we het nog niet helemaal weten?**



bron: Friedrich Eduard Bilié, 1894

*Volgens de frenologie was de aanleg en het karakter van mensen bepaald door de verschillende delen van de hersenen.*

‘Ja precies. *Tolerating uncertainty*, zoals een artikel laatst stelde, dat wordt de grootste revolutie in de geneeskunde in de toekomst. En dat is ook echt zo. Zelfs puur fysiologische processen zijn niet zelden onvoorspelbaar, en dat vinden we heel moeilijk om te beseffen. Als we dat kinderen zouden kunnen aanleren... In Nederland leven ruim 17 miljoen mensen: de een krijgt kanker, de ander schizofrenie. De een gaat de criminaliteit in, de ander wordt een briljant wetenschapper. Het is onvoorspelbaar. De menselijke groei ontsnapt de voorspellende waarde. Dat zou onze revolutie worden: om onzekerheid en onvoorspelbaarheid te leren accepteren.’

**Een paar honderd jaar geleden zouden wij zeggen: God werkt in mysterieuze wegen. Dat was ons verklaringsmodel.**

‘Ja precies! Het zou goed zijn als we het spirituele ook wat meer zouden gaan koesteren. Want dat raamwerk zijn wij ontleerd.’

**Die taal van complexe, en misschien ook wel deterministische diagnostiek, moeten we die dan loslaten?**

‘Ik vrees van wel. Psychologen besteden 60 procent van hun opleiding aan diagnostiek: waar is dat op gebaseerd? En wat draagt dat bij? We moeten dat laten vallen en meer inzetten op uniciteit en menselijke variatie. Dat is een bril die wij moeten opzetten. We zijn opgevoed met het idee dat alles te diagnosticeren is. Maar

de wetenschappelijke data schreeuwt het uit naar ons: mensen zijn niet te vangen in deze diagnostiek.'

***Psychiaters zijn natuurlijk artsen. En artsen zijn geleerd in de diagnostiek. Zit daar dan een disciplinaire discrepantie?***

'De arts is ook getraind in het behandelen van de zorgbehoefte wanneer de diagnostiek onbekend is. Dat zouden we ook in de psychiatrie moeten doen: we helpen de mensen gewoon op basis van klachten en de zorgbehoefte. En dan is de hogere orde – waar komt iets vandaan – niet relevant. De richtlijnen zijn namelijk voor zorgbehoefte, niet voor diagnose. Alleen we zijn zo gehecht aan diagnostiek. Het is ook filosofisch. Stel iemand komt bij je en hij hoort stemmen. Dan is de eigenlijke diagnose, "hij hoort stemmen". En dan zeggen wij, nee de diagnose is schizofrenie. En dat is *epistemic injustice*: je berooft hem van zijn ervaring en je zegt dat die ervaring niet primair is en voortkomt uit een ziekte. Die veroorzaakt dat. Maar die ziekte bestaat niet en is niet wetenschappelijk aantoonbaar. Onze cultuur accepteert nog steeds dat we er op deze manier over schrijven en het er op deze manier over hebben in de spreekkamer. Tijdens gesprekken staan veel psychiaters er nog steeds op: "Nee, uw zoon heeft schizofrenie."

***Dat klinkt als de historische erfenis van de medische wetenschap – een hiërarchische relatie tussen arts en patiënt.***

'Ja, het is ontzettend interessant dat dat er nog steeds is. Ik ben door sommige collega-hoogleraren ook wel eens uitgemaakt voor anti-psychiater. Dit onderwerp raakt namelijk aan de identiteit van de psychiater. Als je diagnoses bekritiseert, dan bekritiseer je de psychiater. Dat is het idee.'

***Het lijkt soms alsof je een humanistische opvatting hebt met betrekking tot dit thema. De kracht ligt in de mens. Is dat van invloed geweest op jouw denken?***

'Ja, niet zozeer via de literatuur. Of misschien ook wel, want waarom lees je tenslotte wat je leest? Maar ik ben uitgekomen op een humanistisch en progressief idee van onze samenleving. Ik heb het in mijn werk, maar ook zelf, ervaren dat je zonder verbinding niets bent. En verbinding zien we nu te weinig.'

'Het gebrek aan verbinding kan ook iets te maken hebben met de secularisering van onze maatschappij en de verwetenschappelijking van onze waarheid. Vanuit een christelijk idee kon je bijvoorbeeld stellen dat lijden een

verheven idee is – in dienst van God. Nu we dat kwijt zijn, is er dan een taboe op lijden ontstaan?'

'Dat is interessant. Je zou kunnen zeggen dat die voorbeeldfunctie van lijden is vervangen door hedonisme en individuele beloning als hoogste doel. Lijden dat ergens voor is; dat betekenis heeft, is vervangen door: "Je bent een sukkel als je lijdt, want je moet genieten – als persoon." Er is daarmee geen collectief doel in lijden. Het ten dienste stellen van de samenleving heeft plaats gemaakt voor de zoektocht naar eigen geluk en snel rijk worden. En dat is levensgevaarlijk om onze kinderen aan te leren. Dat moeten we eruit stampen.'

## 'Mensen zijn niet te vangen in deze diagnostiek'

***Hoe vertaalt zich dit naar jouw persoonlijke leven?***

'Ik ben 62 dus ik ben *untouchable* geworden. Niks hoeft of moet meer – geen publicaties of promoties. Ik kan al mijn aandacht hieraan geven en richt mij dus op de samenleving. En het UMC, waar ik werk, ziet dat ook graag. Ze laten mij spelen in deze speeltuin.'

'Tegelijkertijd zie ik ook bij veel jonge mensen de lange weg die ze nog moeten gaan. Al die druk. Jonge mensen die zich bijvoorbeeld al melden bij de levenseindekliniek. Dan vraag je je af: waar zijn we dan mee bezig? Welzijn op recept, dood op recept – willen we zo'n samenleving zijn?'

***Symptoombestrijding in plaats van probleembestrijding?***

'Ja precies. Dat is het probleem.'

***En de toekomst?***

'Er is zeker hoop. We moeten een samenleving creëren die het belangrijk vindt om naar elkaar om te kijken, waar het collectief weer voorop staat. Ik houd mij veel bezig met de situatie in de GGZ en je ziet dat daar al een proces op gang komt. Je moet je richten op de onderdelen waar je invloed op hebt en dat doe ik. Ik ben dus pathologisch optimistisch!'

---

**Arjen van Lil** – beleidsonderzoeker/adviseur bij ARQ Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld en eindredacteur van *Impact Magazine*.

# Psychotrauma in beweging: een persoonlijke beschouwing



*Terugtocht van het Franse leger uit Rusland, 1812 (schilderij van Illarion Pryanishnikov 1840-1894)*

In 2012 blikte psychotherapeut Erik Romme in *Cogiscope*, de voorganger van *Impact Magazine*, terug op zijn 25-jarige carrière bij ARQ Centrum'45 onder de titel 'Van Bastiaans tot nu'. Hij was getuige van verschillende stromingen binnen de traumatherapie en schreef hierover. *Impact Magazine* vroeg Ruud Jongedijk, psychiater/psychotherapeut en tot 2021 directeur behandelzaken/geneesheer-directeur van ARQ Centrum'45, om ruim 10 jaar na Romme, iets soortgelijks te doen. Een historisch-persoonlijke impressie.

*door Ruud Jongedijk*

## **Korte historie van psychotrauma**

Schokkende gebeurtenissen en hun gevolgen zijn van alle tijden. Al in het oude Mesopotamië en door de Grieken en Romeinen zijn psychische reacties beschreven op onder andere natuurrampen en oorlogen. In die vroege tijd

waren het vooral de dichters en schrijvers zoals Homerus en later ook Shakespeare die fraaie beschrijvingen gaven van posttraumatische stressreacties. In de wetenschappelijke literatuur werd vooral vanaf het midden van de 19e eeuw veelvuldig over psychotrauma geschreven.



Foto Wikimedia Commons

Rond psychotrauma vinden al decennialang vele, soms verhitte, discussies en debatten plaats. Niet alleen over de oorzaken van traumagerelateerde stoornissen, maar zelfs over hun bestaansrecht. Zo vielen tijdens de Napoleontische oorlogen soldaten massaal uit door een onbekende ziekte, *Nostalgia* genoemd. Heimwee werd hierbij als belangrijkste oorzaak gezien. In de Amerikaanse Burgeroorlog stonden hartklachten op de voorgrond en werd dit *Soldier's Heart* genoemd. Te zware bepakking of knellende koppelriemen werden hierbij als oorzaak gezien. Weer later, in WOII, werd bij *Shell Shock* gedacht aan granaatdeeltjes, en bij treinongevallen aan *Railroad Spine Syndrome* of ruggenmergcontusie. De Duitse neuroloog Hermann Oppenheim introduceerde rond 1888 de neutrale term *Traumatische Neurose* en een kleine honderd jaar later deed de American Psychiatric Association in 1980 hetzelfde met de term PTSS. Maar desondanks bleven, zowel binnen als buiten het traumaveld, discussies over psychotrauma bestaan. Over bestaansrecht gesproken: Oppenheim's *Traumatische Neurose* werd in Duitsland tot twee keer toe officieel afgeschaft (in 1890 en 1916), en hetzelfde gebeurde bij *Shell Shock* in Engeland (onder meer in 1916 en 1939). En tegenwoordig heeft PTSS een stevige positie verworven, zelfs bijna als een in beton gegoten stoornis. Desondanks zijn er wonderlijk genoeg twee zeer verschillende PTSS-definities in gebruik, namelijk die van de DSM-5 en de ICD-11. Dus is er zowel in het verleden als in het heden veel stof voor debat over psychotrauma, hetgeen we hebben beschreven in een recent artikel met als titel 'Unity or Anarchy' (Jongedijk e.a., 2023).

### ARQ Centrum'45

Debat over psychotrauma was er in Nederland vooral na WOII. Jan Bastiaans, psychiater, psychoanalyticus en hoogleraar in Leiden zette in de jaren '50 en '60 het *Concentratiekampsyndroom* in Nederland op de kaart en behandelde zijn patiënten onder andere met psychedelica. Ondanks zijn innovatieve visie, werden gaandeweg zijn behandelmethoden, maar ook hijzelf, in toenemende mate onderwerp van wetenschappelijk, maatschappelijk en zelfs politiek debat (Jongedijk, 2009). Toch stond hij aan de wieg van de psychotraumatologie in Nederland, en aan de oprichting van ARQ Centrum'45 (toen nog Stichting Centrum '45 geheten) in de aanloop naar 1973. Na Bastiaans zetten diverse Nederlandse voortrekkers, zoals Wybrand Op den Velde, Wolter de Loos, Rolf Kleber en Berthold Gersons, op hun eigen wijze psychotrauma op de kaart en er volgden hierna weer anderen, waardoor Nederland inmiddels internationaal een toonaangevend psychotraumaland is geworden (Vermetten & Olf, 2013).

In mijn in de jaren '80 en '90 door de psychoanalyse gedomineerde opleiding tot psychiater, raakte ik geïntrigeerd in de levensgeschiedenissen van de patiënten en wilde graag weten wat maakte dat iemand geworden is zoals hij of zij is. Daarbij stuitte ik regelmatig op de bepalende impact die psychotraumatische gebeurtenissen in bijvoorbeeld de vroege jeugd konden hebben. Van mijn supervisor mocht ik daar echter niet met patiënten over praten. De in die tijd gangbare visie was dat ze te instabiel waren, in jargon: te 'ego-zwak', waardoor ze zouden onregelmatig, psychotisch worden of suïcidaal. Voor de patiënt en ook voor mij was dat uitermate frustrerend. De patiënt wilde erover praten, ik wilde dat ook, maar we mochten niet. Om mijn kennis van psychotrauma te vergroten, besloot ik mijn keuzestage bij ARQ Centrum'45 in Oegstgeest te gaan volgen. Daar wilde ik leren wat je dan wél zou kunnen doen in de behandeling van psychotrauma.

## Nederland is inmiddels internationaal een toonaangevend psychotraumaland geworden

ARQ Centrum'45 bestond ongeveer 20 jaar toen ik er mijn eerste schreden zette. Ik leerde er veel. De behandelaren van destijds waren zeer ervaren psychotherapeuten en ze wisten ook zonder de huidige evidence-based behandelingen zoals *Prolonged Exposure (PE)* of *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* wat ze moesten doen. Zo wisten ze bijvoorbeeld alles over de context van hun patiënten, zoals over de kampen in Europa en Zuidoost-Azië. Ze wisten wie de kampcommandant was geweest, waar de kampen lagen, wat er in al die verschillende kampen was gebeurd, en hoe hardvochtig het regime er was. Kortom, de historische kennis was enorm. En met deze kennis, en een zeer grote compassie, leidden ze hun patiënten naar de specifieke traumatische situaties. Een ongelofelijk rijke leerschool was dit. Ik ben na mijn opleidingsjaar weggegaan om 10 jaar in de algemene GGZ te werken, maar na 10 jaar (2004) kwam ik terug.

### Na tien jaar terug

In de psychotraumawereld was inmiddels veel veranderd. Er was een toenemende belangstelling voor de meer traumagerichte, ofwel *trauma focussed*, behandelingen. Dit wilde zeggen dat er niet teveel omheen gepraat moest worden. Stabiliseren en/of het versterken van



Foto Paul Leviton/ANP

Jan Bastiaans

## Waar Bastiaans met LSD probeerde zijn patiënten te behandelen, wordt nu in ARQ Centrum'45 onderzoek gedaan naar MDMA.

de persoonlijkheid raakten gaandeweg in onbruik. De directe aanpak van het trauma betekende dat er werd behandeld met PE, de snel opkomende EMDR en de door Gersons ontwikkelde *Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS* (BEPP). Veel behandelaars waren echter voorzichtig. Vooral bij patiënten met langdurende en ernstige traumatisering, met complexe klachten en/of levend in instabiele leefomstandigheden (zoals getraumatiseerde asielzoekers), was er ook nu weer de nodige stof tot debat: zijn deze therapieën wel geschikt voor deze patiënten?

Kort hierna viel mijn oog op een aantal belangrijke publicaties over *Narratieve Exposure Therapie* (NET) (o.a.: Neuner e.a., 2004). NET werd uitgevoerd, en in

een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep onderzocht in een Oegandees vluchtelingenkamp. Dat bracht mij aan het denken: als deze mensen in instabiele omstandigheden traumatherapie aankonden, dan zou dat in Nederland toch ook kunnen? Ik heb me laten trainen in NET, en vervolgens heb ik de Duitse NET-psychotherapiegroep tot drie keer in ARQ Centrum'45 uitgenodigd, waar ze vele enthousiaste behandelaars hebben getraind. Van daaruit is NET verder in Nederland verspreid en nu een succesvolle en belangrijke traumatherapie geworden. Een aanwinst naast PE en EMDR, vooral omdat bij NET de *context* rond het trauma zo belangrijk is, iets wat ik in mijn eerste periode bij ARQ Centrum'45 heb geleerd en daarna altijd heb gepropageerd.

Een hele belangrijke recente ontwikkeling is de hoog-intensieve traumabehandeling, veelal klinisch uitgevoerd met tweemaal per dag een therapie sessie gedurende bijvoorbeeld 5 tot 10 dagen. Deze is vooral in Nederland populair en succesvol gebleken, met PE, EMDR en, bij ARQ Centrum'45, ook met NET. Voordeel van een dergelijke opzet is dat er een scherpe focus op de behandeling kan worden gehouden. Belemmerende

factoren voor traumatherapie, zoals dagelijkse besloomingen of vermijding spelen op deze manier een minder negatieve rol. En natuurlijk werkt het motiverend dat het resultaat sneller optreedt. Een andere belangrijke ontwikkeling is de mogelijkheid om psychedelica te gebruiken. Waar de diverse bestaande psychofarmaca beperkte resultaten lieten zien bij PTSS, geven middelen zoals ketamine of methyleendioxymethamfetamine (MDMA) nieuwe behandelperspectieven, vooral in combinatie met psychotherapie. Patiënten kunnen zichzelf meer openstellen voor hun traumatische herinneringen en de daarbij horende gevoelens, wat helend werkt (zie o.a. Krediet e.a., 2020). Waar Bastiaans met LSD probeerde zijn patiënten te behandelen, wordt nu in ARQ Centrum'45 onderzoek gedaan naar MDMA.

### Psychotrauma is hot

Een andere ontwikkeling is dat trauma tegenwoordig erg 'hot' is geworden. Het aantal publicaties met als thema psychotrauma of PTSS is de afgelopen decennia explosief gestegen. Zo zijn er meerdere op trauma gespecialiseerde internationale wetenschappelijke tijdschriften en meerdere internationale en landelijke psychotraumaverenigingen opgericht. Maar vooral is er de afgelopen tijd bij behandelaren een zeker fanatisme ontstaan om zoveel als mogelijk een scala aan psychische problematiek *trauma focussed* te behandelen. Veel jonge psychologen beginnen zelfs vaak al met een EMDR-training. Dat hoeft zeker niet verkeerd te zijn. Maar is psychotrauma dan zo belangrijk?

In elk geval is er zeker een ontwikkeling waarbij PTSS niet meer als enige trauma-diagnose wordt gezien. De afgelopen jaren is psychotrauma tot een centraal onderliggend of *transdiagnostisch* concept geworden waarbij trauma aan de basis zou staan van een scala aan psychische aandoeningen, zoals depressie, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Dat is een belangrijke ontwikkeling. De verenging van de diagnostiek tot bijvoorbeeld alleen PTSS zal ons niet veel verder helpen. Dat vraagt vooral om breder naar diagnostiek te kijken, maar vooral ook naar de patiënt als persoon. Dat wil zeggen dat zorgvuldig het gehele klachtenpatroon moet worden uitgevraagd en niet te snel naar PTSS dient te worden toegewerkt (oftewel, geen top-down maar bottom-up diagnostiek). En waarbij de levensloop en de context wordt geïnventariseerd, waarbij juist ook de vaak schrijnende ervaringen die nou nét niet precies horen tot het officiële trauma-criterium een plaats krijgen. Want juist die zo veel voorkomende chronische, afschuwelijk nare ervaringen zoals vroegkinderlijke verwaarlozing, psychologische mishandeling, pesten of buiten gesloten

worden hebben doorgaans een ingrijpende impact op een individu.

## 'Welke behandelingswijzen men als therapeut ook volgt, blijf vooral mens'

Erik Romme besloot zijn artikel met de woorden 'welke behandelingswijzen men als therapeut ook volgt, blijf vooral mens'. Daar sluit ik me graag bij aan. Met de juiste therapeutische technieken die we nu hebben en die de getraumatiseerde patiënt zal leiden naar de meest pijnlijke momenten in zijn of haar leven, is menselijkheid en compassie zo enorm belangrijk. Ze klinken als tegenstrijdig, pijn doen en compassie hebben. Maar de beste therapeuten kunnen juist deze twee zo ogenschijnlijke tegenstrijdigheden heel goed combineren. Je zou kunnen zeggen dat juist deze ogenschijnlijke paradox leidt tot een succesvollere behandeling.

---

**Ruud Jongedijk** - Psychiater/psychotherapeut en tot 2021 directeur behandelenzaken/geneesheer-directeur van ARQ Centrum'45

### LITERATUUR

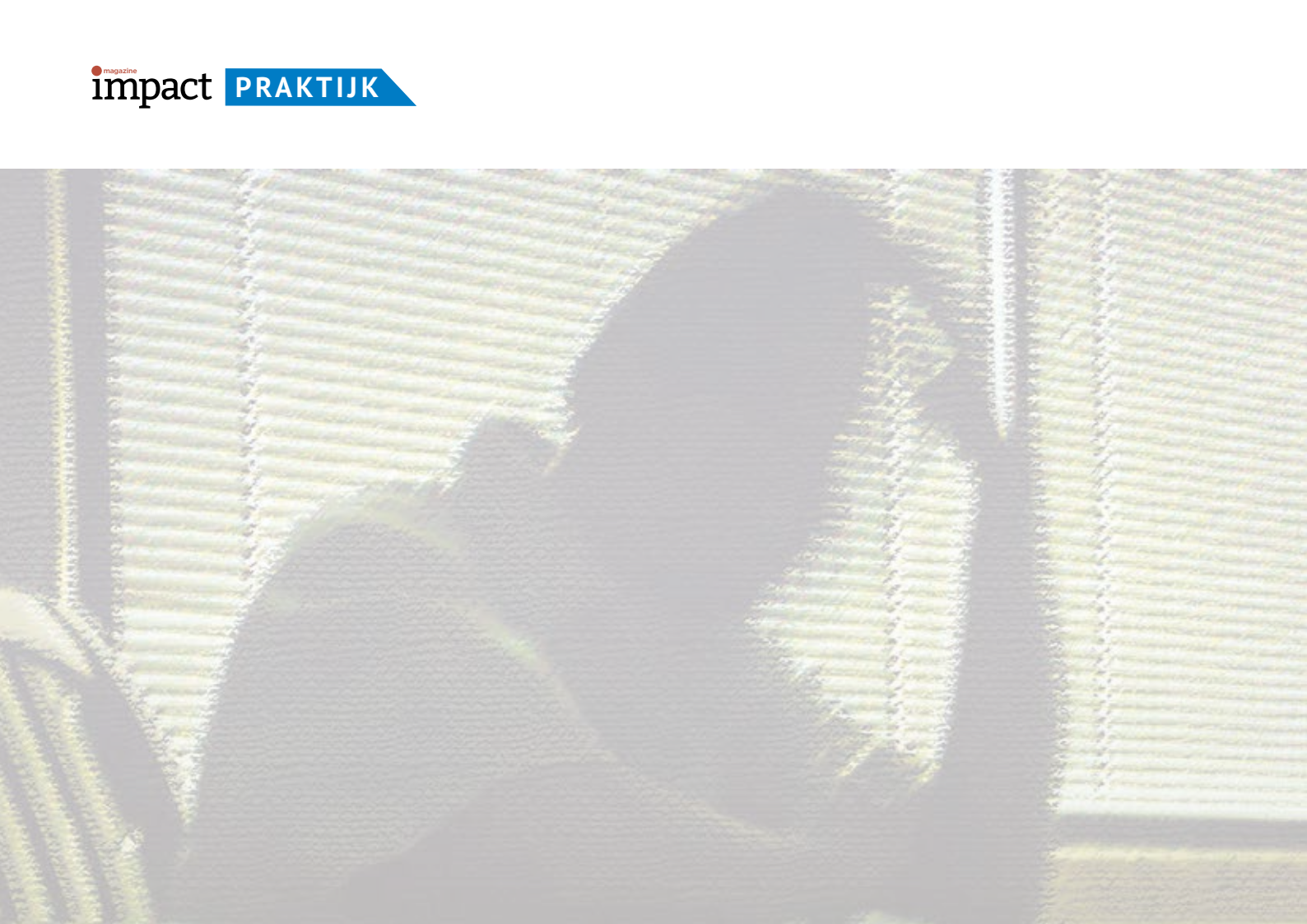
Jongedijk, R.A. (2009). Opkomst en teloorgang van Bastiaans. *Cogiscope*, 02, 8-11.

Jongedijk, R.A., Boelen, P.A., Knipscheer, J.K., & Kleber, R.J. (2023). Unity or anarchy? A historical search for the psychological consequences of psychotrauma. *Review of General Psychology*.

Krediet, E., Bostoen, T., Breeksema, J., van Schagen, A., Passie, T., & Vermetten, E. (2020). Reviewing the potential of psychedelics for the treatment of PTSD. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 23(6), 385-400.

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 579.

Vermetten, E., & Olff, M. (2013). Psychotraumatology in the Netherlands. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20832.



# ‘Je moet waken voor je mentale gezondheid, lange tijd was dat taboe’

Hoe is het om voor je beroep dagelijks bezig zijn met oorlog en extreem geweld? Wat voor invloed heeft dat op je privéleven? Verandert het je kijk op de wereld? Drie mensen die daar voor hun werk mee te maken hebben, delen hun ervaring. ‘Je hebt het gevoel dat je iets betekenisvols doet.’

*Door Sam de Graaff*





*Uğur Ümit Üngör, hoogleraar Holocaust- en Genocidestudies aan de Universiteit van Amsterdam en het NIOD Instituut voor Oorlogs-, Holocaust- en Genocidestudies*

## *‘Maar ja, wie doet er dan onderzoek naar genocides?’*

*Uğur Ümit Üngör*

‘Ik doe onderzoek naar genocides. Naar massaal geweld tegen burgers – ik vat het iets breder op dan de strikt juridische term. In de twintigste eeuw zijn zo’n 60 miljoen mensen bij genocides vermoord. Vaak weerloze burgers, meestal door hun eigen overheid. Hitler, Stalin, Mao, maar ook bij geweldsepisodes die qua omvang kleiner waren maar qua intensiteit net zo erg: Rwanda en Joegoslavië bijvoorbeeld, of Saddam Hoessein tegen de Koerden.’

‘In mijn onderzoek ben ik vooral geïnteresseerd in twee vragen. Eén, wat hebben al die genociden met elkaar gemeen? En, twee: ik heb een bijzondere interesse in daders. Hoe komt een overheid ertoe om de eigen mensen uit te moorden? Hoe creëerden zij de daders die dat geweld moesten uitvoeren? Dat plaatje is natuurlijk niet mooi, maar het moet worden onderzocht. Ik zie het als een kruis dat ik moet dragen. Als een soort corvee.’

‘Een tijdje terug was ik te gast bij een televisieprogramma. Een collega die daar ook zat, deed onderzoek naar muziekgevoelens bij kinderen en dieren. Hij had het over een kanarie die kon meedeinen op een beat van Dr. Dre. Zo’n vrolijk onderwerp, daar knap je echt van op. Ik dacht: dat onderzoek zou ik ook willen doen. Maar ja, wie doet er dan onderzoek naar genocides?’

‘Met de consequenties van dit onderzoek moet je leren omgaan. Je moet waken voor je mentale gezondheid. Lange tijd was dat best een taboe, maar de afgelopen vijf jaar is de mentaliteit veranderd. Er komt meer aandacht voor de mentale impact van dit soort onderzoek en, heel belangrijk, er wordt beleid op gemaakt. Eén keer per jaar krijgen we bij het NIOD bijvoorbeeld een men-

tale check-up door een psycholoog van ARQ. Niet anders dan bij politieagenten die zedendelicten onderzoeken.’

‘Zelf stel ik duidelijke grenzen aan mijn werk en zoek ik naar bronnen van veerkracht. Voor sommige mensen is dat muziek of sport. Voor anderen is het sociabiliteit – met mensen omgaan, of je juist afzonderen. Je moet jezelf leren kennen: wat geeft mij energie? Mijn principe is: als je jezelf blootstelt aan de eindeloze lelijkheid van de wereld, moet je je ter compensatie ook blootstellen aan de eindeloze schoonheid. In mijn geval is dat de natuur. Ik kan intens genieten van de Alpen. Loop je in de herfst door Zwitserland, fantastisch. Of van een roadtrip in de auto. Muziekje aan. Het zuivert de geest.’

‘Onlangs ben ik vader geworden. Ik heb collega’s die eerder vader waren en zeiden: “Ik ben emotioneler, ik vind het onbegrijpelijk dat mensen geweld plegen tegen kinderen.” Ik dacht altijd: wat maakt dat nou uit? Nu merk ik dat het echt verschil maakt. Sinds ik vader ben, vind ik geweld tegen kinderen nog moeilijker om te bevatten. Dat je een kinderspeelplaats bombardeert – doelbewust. Daar kan ik met mijn hoofd niet bij.’

‘Het vreemde bij genocidestudies is: aan de ene kant kost het veel energie. Niet te snel van slag raken door al die wreedheden, omgaan met slachtoffers en daders. Maar aan de andere kant gééft het ook energie. Als je een misdaad hebt geopenbaard, iets hebt gepubliceerd, dan denk je: ik heb echt iets neergezet. Je krijgt het gevoel dat je iets betekenisvol doet. Het is een vorm van empowerment.’



*Annemiek Gringold, werkt bij het Joods Cultureel Kwartier, conservator en projectleider Nationaal Holocaustmuseum*

*Annemiek Gringold*

*‘Als je bijna dertig jaar in een veld werkt, wordt het deel van je identiteit.’*

Het Joods Cultureel Kwartier heeft al lange tijd de ambitie om een Nationaal Holocaustmuseum te realiseren, naar verwachting gaat het open in het voorjaar van 2024. Als projectleider en conservator geef ik vorm aan de inhoud van het museum. Al jaren deed ik samen met een andere collega veel voorwerk en onderzoek, maar inmiddels staat er een team van tien mensen.’

‘Veel van hen stapten ineens vol in het onderwerp. Ik merk dat het voor sommige collega’s best lastig is om de omgang met objecten, en met de geschiedenis die aan die objecten kleeft, los te laten als ze ‘s avonds met hun gezin op de bank zitten. Op zich zijn die objecten vaak niet eens zo heftig om te zien. Gewone poppenhuispoppen, bijvoorbeeld. De verhalen, de geschiedenissen – die maken het zwaar. De jonge kinderen die bij de poppen horen zijn met een goederenwagon afgevoerd en vermoord. Ik kan me goed voorstellen dat een collega die zelf kinderen heeft dat mee naar huis neemt.’

‘Bij het museum hebben we contact gezocht met een externe therapeut. Iemand die werkt bij Artsen Zonder Grenzen. Een deel van mijn collega’s maakt gebruik van zijn hulp. Zo’n vangnet – iemand die je kan bellen, met wie je problemen kan bespreken – helpt echt. Zelf heb ik op een of andere manier een omgang tussen werk en privé weten te vinden. Als je bijna dertig jaar in een veld werkt, zoals ik, wordt het deel van je identiteit.’

‘Ik herinner me goed dat er een omslag kwam in mijn denken over het werk en de verhalen van mensen. In het eerste museum waar ik werkte, het Ghetto Fighters’ House in Israël, had ik een oudere collega. Hij had de Sjoa overleefd. Een vrolijke man, vol jiddische levenslust.

Ik wist wel wat van hem, maar zag hem vooral als een klein deel van zijn oorlogsgeschiedenis: Klooga, een concentratiekamp in Estland. Vier mensen zijn levend uit dat kamp gekomen. Hij was er één van.’

‘In het museum hadden wij een foto hangen van de bevrijding van Klooga. Een verschrikkelijk beeld. Enige tijd vermeed ik om die collega naar details in zijn verhaal te vragen, je vraagt toch om vertrouwen die pijnlijke herinneringen te delen. Uiteindelijk heb ik het alsnog gedaan. We gingen naar de foto en hij vertelde over het kamp en daarna. In het kort – we dronken erna nog een kop koffie. Vanaf dat moment kon ik hem als veel meer zien dan alleen ‘Klooga’. Ik kon hem vragen naar zijn kinderen, zijn kleinkinderen. Hij werd een volledig mens. Ook in de tentoonstellingen van het Holocaustmuseum wil ik de overlevenden en de slachtoffers bovenal neerzetten als herkenbare mensen.’

‘Bij een deel van het publiek bestaat een fascinatie voor de wreedheid van de Sjoa. Er is een behoefte om gruwelijke beelden van net bevrijde kampen te zien – van de levenloze lichamen van slachtoffers. Daar proberen wij afstand van te nemen. Ik denk dat het voor een bezoeker ontegenwoordig lastig is om jezelf te verplaatsen in die uitgemergelde lichamen. Dat soort beelden grijpen natuurlijk wel de aandacht, ze shockeren, maar je mist de kans om over te brengen dat dit een geschiedenis is van mensen. Als het lukt om een tentoonstelling met herkenbare mensen te maken, geeft dat veel voldoening.’



Jan Sietsma

Jan Sietsma, vertaalt het ooggetuigenverslag van Filip Müller over het Sonderkommando in Auschwitz-Birkenau

*‘Mijn hele leven slaap ik al niet makkelijk, maar sinds ik dit boek vertaal heb ik de meest gruwelijke angstdromen die ik ooit heb gehad’*

‘Sinds 2008 werk ik als vertaler, de laatste tien jaar voornamelijk uit het Duits. Veelal non-fictie op het gebied van filosofie en geschiedenis, maar ook literaire werken. Op dit moment vertaal ik het ooggetuigenverslag van Filip Müller over het Sonderkommando, Joden die in Auschwitz in de gaskamers moesten werken. Een zeer ongewoon boek – zelfs in het genre van de kampliteratuur. We beschikken amper over getuigenissen uit het Sonderkommando. En het is zó gruwelijk expliciet.’

‘Ik maak er geen gewoonte van om boeken naast elkaar te vertalen, maar in dit geval heb ik er wel voor gekozen. Meestal vind ik het niet fijn: je raakt toch gewend aan een bepaalde schrijfstijl en een bepaald onderwerp, en het kost concentratie en aanpassingsvermogen om tussendoor te wisselen. Maar toen ik Müllers boek in de zomer las, dacht ik: hier kan ik niet vier maanden onafgebroken mee bezig zijn. Ik moest er iets naast doen. Dus heb ik het verspreid over zes maanden, met een andere opdracht ernaast.’

‘In mijn werk ben ik vrij monomaan. Bij het vertalen van de autobiografie van regisseur Werner Herzog heb ik vrijwel al zijn films en documentaires gekeken. Een stuk of zeventig in totaal – en dat in de uren dat je niet vertaalt of corrigeert. Nu, bij Müller, wilde ik ook andere getuigenissen lezen, waaronder kampliteratuur van mensen die niet in het Sonderkommando zaten. Primo Levi bijvoorbeeld, of Tadeusz Borowski. Alle details moeten kloppen. Ik heb de topografie van het kamp bestudeerd. En als Müller over een bepaalde lijkwagen schrijft, ga ik op zoek naar afbeeldingen. Heeft hij het over zijschotten? Wat bedoelt hij daarmee? Hoe ziet de carrosserie eruit?’

‘Er is wel een grens aan wat je kan verdragen. Mijn hele leven slaap ik al niet makkelijk, maar sinds ik dit boek vertaal heb ik de meest gruwelijke angstdromen die ik ooit heb gehad. Zeer, zeer gedetailleerd. Ik zag mensen naar de deuren vluchten terwijl het gas zich van de grond af naar boven verspreid. Ik stond in een stapel naakte lijken, ineengestremgeld, van mensen die net waren vergast. Al moet ik wel zeggen: achteraf is het lastig om te reconstrueren wat ik nou precies in mijn droom zag en wat ik bij Müller heb gelezen.’

‘Dit boek heeft ook invloed op mijn dagelijks leven. Mijn gedachten schieten soms op de gekste momenten naar Müller, naar Auschwitz. Als je in de supermarkt het woord ‘calorieën’ ziet, ik noem maar wat; gevangenen kregen er zo’n 1200 per dag. Op verjaardagsfeestjes vragen mensen wel eens waar ik nu mee bezig ben. Als ik daar dan over vertel, slaat de stemming snel om. Je merkt dat mensen niet buitengewoon happig zijn om door te vragen. De details wil ik ze bovendien besparen. Aan de andere kant wil ik er zelf eigenlijk wel graag over praten. Wat dat betreft ben ik blij met dit interview.’

‘Ik heb geen spijt dat ik deze opdracht heb aangenomen. Beslist niet. Voor de zekerheid heb ik een bevriende psycholoog na mijn nachtmerries gevraagd naar de mogelijke gevolgen. Het ergste wat er kan gebeuren, zei hij, was secundaire traumatisering. Maar hij zei ook dat de effecten dan nu al een stuk heviger zouden zijn. Maar goed, spijt heb ik dus allerminst. Müller schrijft gelukkig goed. Ik wil mijn ogen er niet voor sluiten.’

---

Sam de Graaff – Freelance journalist, schreef onder meer voor Het Parool, de Volkskrant en persbureau ANP.



Retrospectieve diagnostiek en de vereniging van het heden en het verleden

# Over wie gaat het eigenlijk?

*Alexander de Grote (links) en zijn rivaal Darius III (rechts) tijdens de Slag bij Issus op een mozaïek uit ca. 100 v.Chr.*

Na jaren op oorlogspad te zijn geweest, van Macedonië tot aan Egypte, en van Armenië tot aan India, begon Alexander de Grote steeds onrustiger gedrag te vertonen. Hij sliep slecht, in de angst dat zichtbare en onzichtbare vijanden hem in zijn slaap zouden vermoorden. Hij vergreep zich overmatig aan drank, om te ontsnappen aan de realiteit van de dag. Hij haalde onverwachts uit naar vrienden en onbekenden om hem heen, soms met dodelijke gevolgen. En hij ervoer schuld tegenover degenen die door zijn onvoorspelbaar toedoen de dood vonden, bijvoorbeeld tegenover zijn vriend Kleitos die hij vermoordde tijdens een verhitte discussie. De antieke geschiedschrijvers schetsen een beeld van een getroebleerde man die de gevolgen van jarenlang oorlog voeren duidelijk ondervond. Waren dit de signalen van een getraumatiseerde Alexander?

*door Arjen van Lil*

In de afgelopen jaren is de retrospectieve diagnostiek een veel gebezigde praktijk geworden, met de oudheid als broedplaats. Want zouden de diagnostische classificaties uit het heden niet ook hun beslag kunnen vinden op het verleden? En is psychotrauma, zoals wij dat kennen, dus niet al veel ouder? Het zijn prikkelende vragen die maar al te graag worden beantwoord. Zo hebben verschillende onderzoekers dus ook PTSS vastgesteld bij

Alexander de Grote (356-323 v.Chr.) op basis van teksten van ruim tweeduizend jaar oud.<sup>1</sup> Teksten waarvan de auteurs waarschijnlijk wel afwisten van de psychologische tol van oorlogsvoering, maar deze zeker niet definiëerden zoals wij dat na honderdvijftig jaar wetenschapsgeschiedenis doen. Als je Alexander, of zijn artsen, dus zou vertellen dat hij posttraumatische stresssymptomen vertoonde, zou dit een voor hem volledig betekenisloze



Foto publiek domein

duiding zijn. Trauma – een fysieke wond, naar het Oudgrieks *τραῦμα*, de taal die hij zelf ook sprak – daar was hij na zijn veldtocht wél bekend mee (hij was maar liefst acht keer getroffen door een pijl of speer). En dus zijn er linguïstische en fenomenologische hindernissen die de retrospectieve diagnostiek ingewikkelder maakt dan aanvankelijk lijkt.

## De historische wachtkamer zit vol

### Onmiskerbare overeenkomsten

Maar het denken in beperkingen doet de wetenschap tekort. Want de overeenkomsten tussen heden en verleden zijn soms moeilijk te negeren. Iets wat enerzijds volkomen logisch is, want wij zijn allemaal mens en de algemene structuur van het menselijk brein is de afgelopen millennia niet veranderd; en anderzijds opvallend, gezien de mentaliteitsontwikkelingen die wij door de eeuwen heen hebben doorgemaakt. De mens is tenslotte een veranderlijk wezen. Bijzonder gelijkende casuïstiek vormt bijvoorbeeld de Romeinse generaal Gaius Marius

(157-86 v.Chr.) – een beroepsmilitair die oorlog voerde in alle uithoeken van het Middellands Zeegebied. Op 70-jarige leeftijd stortte hij in toen hij hoorde dat zijn rivaal met een grote legermacht in aantocht was. De Griekse biograaf Plutarchus beschreef de laatste fase van zijn leven als volgt:

‘Geteisterd door deze reflecties, en denkend aan zijn lange zwerftochten en de gevaren die hij had meege maakt op land en op zee, raakte hij in een staat van wanhoop. Hij had last van nachtmerries en sliep slecht (...). Uit angst voor de slapeloze nachten ging hij veel drinken – hetgeen niet gepast was voor zijn leeftijd – om zo aan zijn gedachten te ontsnappen en in slaap te komen. (...) de kleinste ongeregeldeheid kon hem buitenzinnig maken. Tijdens zijn ziekte raakte hij in een vreemde waan, waarin hij dacht dat hij een generaal was in de Mithridatische oorlog [die juist zijn rivaal voerde] en hij nam allerlei lichaamshoudingen en gebaren aan zoals hij dat voorheen deed op het slagveld, gepaard met schelle schreeuwen en strijdkreten.’<sup>2</sup>

Aldus de laatste dagen van Gaius Marius – als wij ervoor kiezen om het verhaal van Plutarchus te volgen natuurlijk. Marius vertoonde symptomen die vrij eenvoudig zijn te toetsen aan de criteria voor PTSS zoals beschreven in de *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-5-TR). Gedurende zijn leven is hij, zonder twijfel, meermaals blootgesteld aan potentieel traumatische gebeurtenissen (criterium A1 & A4); hij had last van intrusieve herinneringen (B1), nachtmerries (B2) en flashbacks (B3); hij was doorgaans angstig (D4); en hij had last van woede-uitbarstingen (E1) en slapeloosheid (E6). Zet Marius en de DSM-5 naast elkaar, en we kunnen redelijkerwijs concluderen dat hij aan de voorwaarden van PTSS voldeed.

Op een vergelijkbare manier hebben historici, antropologen, psychiaters en psychologen de afgelopen jaren historische figuren onder de loep genomen.<sup>3</sup> Een Atheense soldaat genaamd Epizelos die na de Slag bij Marathon in 490 v.Chr. een conversiestoornis opliep en blind raakte; keizer Nero, wiens megalomane uitlatingen veroorzaakt werden door jeugdtrauma; een Engelse edelman uit de 10e eeuw met chronische psychosomatische klachten; trauma en dissociatie onder familieleden bij de begrafenis van hun kind in Caïro in 1429; een Chinese memoireschrijver uit de 17e eeuw met PTSS; en Florence Nightingale (1820-1919) met PTSS en een bipolaire stoornis. De historische wachtkamer zit vol. Het is dan ook niet verrassend dat verschillende wetenschappers PTSS hebben vastgesteld in – daadwerkelijk –

het oudste verhalende geschrift op aarde: het epos van Gilgamesj uit de 21e eeuw vóór Christus.<sup>4</sup>

### De tegenwoordigheid van geest

En daarmee lijkt PTSS zo oud als de mens – in steen gebeiteld en in klei gekerfd, in een tijd vór voordat het silhouet van psychotrauma de eerste vormen ging aannemen aan het einde van de 19e eeuw. Maar kunnen wij onze diagnostische criteria toepassen op dit verdere verleden? Het is een vraag van filosofische proporties, maar de onderliggende valkuil die om waakzaamheid vraagt laat zich vatten onder de term 'presentisme': het ordenen van het verleden aan hedendaagse maatstaven.<sup>5</sup> Namelijk, wanneer wij een tekst van tweeduizend jaar oud of een brief van honderd jaar oud lezen, zullen wij deze onvermijdelijk proberen te begrijpen aan de hand van referentiekaders uit het heden. Het is een combinatie van *hindsight bias* – historische gebeurtenissen zijn voorspelbaarder met de kennis van nu – en *cognitive bias* – bepaalde vooroordelen bepalen de manier waarop wij historische gebeurtenissen interpreteren. Een diagnostisch perspectief kan zo historische actoren en gebeurtenissen verklaren en verbinden volgens een onzichtbaar en niet-toetsbaar raamwerk. Met andere woorden, het kan tot de conclusie leiden dat de veldtocht van Alexander ten einde liep omdat hij aan PTSS leed.



Foto publiek domein

Een buste van (vermoedelijk) Gaius Marius uit de 1e eeuw n.Chr.

Het zijn dus wetenschappelijke obstakels. De historicus zal beklagen dat een dergelijke redenering onafhankelijke geschiedschrijving in de weg zit; de diagnosticus zal stellen dat een diagnose op basis van oude teksten per definitie onmogelijk is; en de behandelaar zal in de eerste plaats een nog levend persoon nodig hebben. Maar de wetenschap en haar obstakels terzijde – er is hier meer aan de hand. Want *waarom* zijn wij eigenlijk zo bezig met het diagnosticeren van historische figuren? En waarom zijn wij eigenlijk zo naarstig op zoek naar de historische fundamenten van psychotrauma?<sup>6</sup>

### Geen heden zonder verleden

Het dwingt tot zelfreflectie. De psychiatrie is een veld dat sinds haar genese worstelt met de veronderstelling van universaliteit, namelijk of de menselijke conditie en ervaring te vatten is in categorische termen en patronen. Aanvankelijk lagen hier praktische sociaaleconomische beweegredenen aan ten grondslag, namelijk de kwalificatie tot financiële compensatie en arbeidsvrijwaring. Door de decennia heen ontwikkelde zich een complex diagnostisch discours, constant aan verandering onderhevig, waarmee de menselijke ervaring nauw kon worden afgewogen en beoordeeld. Met de ontwikkeling van de psychologie en psychiatrie – in dialectiek met het fenomeen trauma – is causaliteit in toenemende mate ons wereldbeeld gaan bepalen: mensen gedragen zich op bepaalde wijzen met een reden. Nu, de behandelkamer voorbij, heeft de psychiatrische diagnostiek ook ons sociale en culturele discours betreden. En in de laatste jaren domineert trauma ook de geschiedwetenschap: het is een raamwerk geworden waarmee historici maar al te graag historische gebeurtenissen en samenlevingen interpreteren. Taalinflatie, pathologisering en de psychologisering van de mens en het zijn maken dat trauma overall waar te nemen is – het resonanceert in onze samenleving.

Het behoeft uiteraard een bredere geschiedschrijving, maar wat hier van belang is: het is dus niet vreemd dat het verleden ook steeds meer het heden gaat gelijken. Onze interpretaties van het verleden zijn tenslotte (vrijwel) altijd gesitueerd in het heden. Voor Italiaanse denkers uit de vroege 16e eeuw antwoordde het verleden aan de behoefte tot waarheidsvinding te midden van politieke en religieuze turbulentie. Voor Duitse denkers uit de 19e eeuw antwoordde het verleden aan de zoektocht naar vereniging en oorsprong-vinding in het kader van nationalisme. En zodoende antwoordt de retrospectieve diagnostiek aan hetgeen waarmee de psychiatrie al ruim honderd jaar spart: universaliteit en het ongemak met onzekerheid.

En is dat niet juist de spanning die dit veld zo interessant maakt? Door een verleden te reconstrueren dat ons niet meer laat verrassen – een verleden dat het heden onderschrijft – doen wij onszelf tekort. Het is namelijk bij uitstek het verleden; bij uitstek de ander, die ons uit de tegenwoordigheid van geest kan halen. Wat behelst een nachtmerrie voor een Romein tweeduizend jaar geleden en hoe koppelde hij dit aan zijn metafysische wereldbeeld? Hoe verhiel het psychisch en somatisch lijden van een Engelse edelman in de 10e eeuw zich tot zijn christelijk wereldbeeld – en maakte hij eigenlijk wel een onderscheid tussen de twee? Wat waren de conventies rondom rouw en overlijden in Caïro in 1429 eigenlijk? Waarom zette de Chinese memoireschrijver in de 17e eeuw zijn meest persoonlijke gedachten op papier? En, is het idee dat ingrijpende gebeurtenissen uit een persoonlijk verleden nog onverwerkt zijn en zich aan het heden opdringen wel zo universeel? Het zijn vragen die meer relatie hebben tot het menselijk bestaan, dan een diagnose kan vatten.

## De retrospectieve diagnostiek heeft meer met onze wereld te maken, dan met die van vierduizend of tweehonderd jaar geleden

En zo heeft de retrospectieve diagnostiek meer met onze wereld te maken, dan met die van vierduizend of tweehonderd jaar geleden. Er schuilt een tegenwoordigheid in ons denken die door het verleden mag worden uitgedaagd – niet bevestigd. Dus als morgen een kleitablet opduikt, nóg ouder dan het verhaal van Gilgamesj, laat het ons uitdagen anders te denken.

---

**Arjen van Lil** – beleidsonderzoeker/adviseur bij ARQ Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld en eindredacteur van *Impact Magazine*.



Een fragment van het epos van Gilgamesj op een kleitablet uit ca. 21e - 17e eeuw v. Chr.

### NOTEN

1. Bijvoorbeeld: Mackowiak, P.A. & Batten, S.V., 'Post-Traumatic Stress Reactions before the Advent of Post-Traumatic Stress Disorder: Potential Effects on the Lives and Legacies of Alexander the Great, Captain James Cook, Emily Dickinson, and Florence Nightingale', *Military Medicine* 173.12 (2008), 1158-1163.
2. De volledige beschrijving van Marius' laatste dagen is te vinden in Plutarchus' *Parallele Levens: Het Leven van Marius*, hoofdstuk 45. Bij het vertalen van dergelijke teksten is natuurlijk al een culturele vertaalslag impliciet.
3. Een artikel dat veel gehoor heeft gekregen: Abdul-Hamid, W.K. & Hughes, J.H., 'Nothing new under the sun: post-traumatic stress disorders in the ancient world', *Early Science and Medicine* 19.6 (2014), 549-557.
4. Bijvoorbeeld: Birmes, P., Hatton, L., Brunet, A. & Schmitt, L., 'Early historical literature for post-traumatic symptomatology', *Stress and Health* 19.1 (2003), 17-26.
5. Het begrip is geïntroduceerd door Fischer, D.H., *Historian's Fallacies: Toward a Logic of Historical Thought* (New York, 1970).
6. Een artikel geschreven door twee artsen beschrijft de wetenschappelijke obstakels in meer detail, maar helaas vragen zij zich niet af waarom ook zij zo bezig zijn met dit vraagstuk: Karenberg, A. & Moog, F.P., 'Next Emperor, Please! No End to Retrospective Diagnostics', *Journal of the History of Neurosciences* 13.2 (2004), 143-149.



Waar haar vader is, is zij.  
Waar zij is, is haar vader.  
Regelmatig gaat zij niet naar school; niet spelen bij vriendinnetjes; niet kleuren met haar stiften of spelen met haar poppen. Want, zij moet voor haar vader zorgen. Haar vader die dagelijks fysiek en psychisch last heeft van de veelvuldige martelingen die hij heeft ondergaan in zijn land van herkomst. Haar vader die naast deze klachten dagelijks het gemis van zijn vrouw en zoontje met zich meedraagt. Tijdens hun vlucht zijn ze elkaar kwijtgeraakt. Bij de grens werd plotseling geschoten. Haar vader en zij renden naar links, het bos door, de grens over. Haar moeder struikelde in paniek, tilde haar zoon op en rende naar rechts, terug het land in waaruit ze zo graag wilde vluchten. Ze hoorden de schoten, het blaffen van de honden, het geschreeuw van de grensbewakers. En toen was daar, aan beide kanten van die grens, het besef dat ze elkaar waren kwijt geraakt. Overspoeld werden ze door onbeschrijflijke paniek, wanhoop en machteloosheid. In slechts enkele seconden was hun gezin verscheurd geraakt. Zij kwam met haar vader aan in Nederland; zij vonden de veiligheid. Haar moeder bleef met haar broertje in het land van herkomst; vrezend voor hun leven.

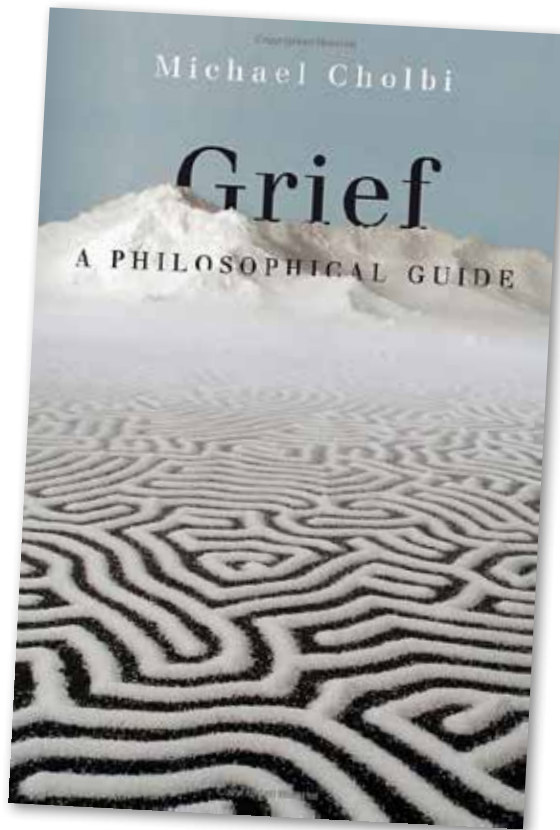
## Een te zware last

En nu ziet zij dagelijks hoe haar vader fysiek en mentaal aan de grond zit. Regelmatig valt hij letterlijk om. Ze voelt een enorme verantwoordelijkheid, naast het grote gemis dat ook zij heeft. Zij heeft hem en hij heeft haar. Het enige dat zij hebben, nadat er zoveel achtergelaten is.

Mijn collega's en ik zijn bezorgd.  
Wat doet deze situatie met de ontwikkeling van dit meisje?  
Wordt er voldoende voor haar gezorgd?  
Wordt zij niet te veel belast met de zorgen voor haar vader?  
Daarnaast slaat de behandeling van haar vader onvoldoende aan.  
Geen behandeling die hem echt kan helpen.  
De zorgen om zijn vrouw en zoontje zijn te groot.  
Het gemis te pijnlijk.  
Het meisje en haar vader, de enigen die zij hebben zijn elkaar.  
Zoals ook haar moeder en broertje alleen elkaar hebben.  
Duizenden kilometers bij haar vandaan.  
Wat zij dragen is een veel te zware last.

En wij? Mijn collega's en ik?  
We voelen ons machteloos. Wat kunnen wij? Wat moeten wij?  
We gunnen dit kind meer onbevangenheid.  
We gunnen deze vader minder klachten.  
We gunnen de vader en het kind elkaar.  
Maar bovenal gunnen we het meisje en haar vader de moeder en het jongetje.  
Het enige dat wij kunnen geven is een doekje voor het bloeden, terwijl de oplossing zo duidelijk is.  
Alle gezinsleden bij elkaar.  
Een herenigd gezin.





Grief: A Philosophical Guide  
 Michael Cholbi  
 Princeton University Press, 2022,  
 ISBN 978-0691201795, 213 pagina's

# Filosofie van rouw

door Nebil Kusmallah en Geert Smid

Filosoof Michael Cholbi vult met zijn onlangs verschenen boek over filosofie van rouw een leemte in de literatuur over rouw en filosofie. Het omvattende boek is helder gestructureerd en bestaat uit zeven zeer leesbare hoofdstukken aangevuld met een inleiding, conclusie, noten met literatuurverwijzingen en een register. Een van de verdiensten van Cholbi's boek is dat het ruimte voor rouw bepleit in de filosofische literatuur en praktijk. Hoewel rouw sinds de oudheid centraal stond in de literatuur, heeft dit niet geleid tot een filosofische traditie. Zowel de Grieken als de Romeinen zagen rouw als een teken van zwakte en benadrukten het belang van beperking ervan. Het was een bron van schaamte en verdiende daarom geen filosofische aandacht. Cholbi wil de mythe ontcrachten dat het moeilijk of angstaanjagend is om rouw filosofisch te bestuderen. Rouw is niet iets negatiefs dat we moeten uitbannen. De missie van zijn filosofie van rouw is het vergroten van erkenning voor de realiteit van rouw en verlies in het menselijke leven. Cholbi breekt een lans voor het begrijpen van rouw in al zijn angstaanjagende en complexe aspecten. Rouw

wordt traditioneel vooral bestudeerd door psychologen en psychiaters, maar het voldoet niet om rouw alleen vanuit een psychologisch perspectief te bestuderen. Wie we zijn en aan wie we door rouw verbonden zijn is niet louter psychologisch, maar breder dan dat. Hoewel we zeer uiteenlopende filosofische culturen hebben bestaat er geen filosofie van rouw. Cholbi dringt aan op een brede filosofische discussie over rouw.

We lichten twee door Cholbi gehanteerde termen in dit verband uit. Ten eerste, *praktische identiteitsinvestering*. Dit omvat onze inzet, waarden en zorgen in relaties met onze dierbaren en anderen met wie wij ons verbonden voelen. Mensen rouwen vooral om het verlies van dierbaren waarin zij investeringen hebben gedaan op het gebied van intimiteit, liefde, verbondenheid en welzijn. Investering in de ander versterkt onze rouw bij diens overlijden. Het begrip praktische identiteitsinvestering zoals beschreven door Cholbi is verwant aan het cognitieve hechtingsmodel van rouw (MaccCallum & Bryant, 2013). Volgens dit model hangt de intensiteit van rouw

af van de mate waarin de overledene deel uitmaakte van de identiteit van de nabestaande. Ook roept het begrip associaties op met het psychoanalytische begrip *bezetting (cathexis)*. Het begrip praktische identiteitsinvestering is bij Cholbi breder en omvat ook mensen die we niet persoonlijk kennen maar toch koesteren, zoals publieke figuren. Wij rouwen ook om hun dood omdat deze een verstoring heeft op onze verbondenheid en waarden.

Ten tweede, rouw kan worden gezien als een *narratieve verstoring*. Het eigen levensverhaal moet worden herzien in het licht van het wegvallen van een van de hoofdpersonen. Het herziene verhaal helpt om het leven na het verlies opnieuw te oriënteren. Narratieven kunnen zin geven aan wat de overledene voor de rouwende betekende, hoe verder te gaan en hoe om te gaan met het verlies. Zoals Cholbi schrijft: *The questions 'who were they to me?' and 'how can I go on?' are thus pursued in the service of a larger question: 'who shall I be in light of who I have been?'* (p.82). De reconstructie van het levensverhaal leidt zodoende tot een verrijking van het zelfinzicht, volgens Cholbi een ultieme waarde van rouw. Narratieve reconstructie en betekenisgeving zijn al zeer bekende thema's in literatuur over psychotherapie bij rouw.

In het slothoofdstuk, getiteld 'Madness and medicine', stelt Cholbi de vraag of rouw een ziekte kan worden. Hoewel rouw een emotioneel belastend proces is, komen mensen er doorgaans wel weer bovenop. Volgens Cholbi is rouw, net als koorts, een teken van gezondheid, waarbij het lichaam de verstoring bestrijdt. Rouw lijkt op psychische stoornissen doordat ons welbevinden afneemt en ons functioneren wordt beperkt, maar Cholbi waarschuwt voor mogelijke effecten van pathologiseren. *'To view grief pathologically may (...) discourage the process of reconstructing the self that, in my estimation, represents the very purpose of grieving* (p.182). Cholbi gaat uit van wat hij het orthodoxe model van een psychische stoornis noemt en omschrijft als *'a downward departure from some baseline of individual or statistical normality, a valley in a plain of well-being'*. Met dit uitgangspunt lijkt hij veel literatuur uit het traumaveld over het hoofd te zien, met name literatuur over posttraumatische groei (bijv. Hamby e.a. 2022), waaruit naar voren komt dat persoonlijke groei en psychische klachten heel goed samen kunnen optreden. Posttraumatische groei en posttraumatische stress zijn niet twee uitersten van één dimensie, maar veeleer twee dimensies die sterk met elkaar verbonden zijn. Mensen met hoge niveaus van posttraumatische stress kunnen sterkere posttraumatische groei ervaren dan mensen met lage niveaus van

posttraumatische stress. Dat er sprake kan zijn van groei na een trauma of rouw betekent echter niet dat traumatische stress of rouw nooit aandoeningen kunnen zijn die professionele hulp rechtvaardigen.

Een groot gemis is het niet bespreken van het verband tussen rouw en politiek. Rouw is een transformerende kracht als mensen die getroffen zijn door verlies zich verenigen in een groep, waarbij nieuwe verbondenheid ontstaat, solidariteit en een gezamenlijk doel. We hadden graag meer filosofische reflectie willen zien over hoe nabestaanden samenkomen om niet alleen te rouwen, maar ook om de oorzaken van problemen die ten grondslag lagen aan hun verlies aan te pakken. Initiatief nemen en handelen in solidariteit kan bijdragen aan een transformatie van rouw naar politieke actie.

De genuanceerde opvattingen van Cholbi over praktische identiteitsinvestering, narratieve verstoringen en de menselijke kant van rouw – als hulpbron in plaats van last – maken het boek waardevol voor een breed, filosofisch geïnteresseerd publiek. Veel van Cholbi's begrippen zullen de psychologisch onderlegde lezer bekend voorkomen, maar ze werken tevens verfrissend doordat ze ontdaan zijn van jargon. Cholbi's eenzijdige visie op psychopathologie vormt een beperking maar staat een vruchtbare integratie van zijn filosofie met de praktijk van rouwtherapie hopelijk niet in de weg.

---

**Nebil Kusmallah** - Onderzoeker, interculturele mediator en promovendus bij Stichting Nidos en bij de afdeling sociologie van de Vrije Universiteit Amsterdam.

---

**Geert Smid** - Psychiater en bijzonder hoogleraar Psycho-trauma, verlies en rouw bij ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum en de Universiteit voor Humanistiek.

## NOTEN

Cholbi, M. (2022). *Grief: A Philosophical Guide*. Princeton University Press.

Hamby, S., Taylor, E., Segura, A., & Weber, M. (2022). A dual-factor model of posttraumatic responses: Which is better, high posttraumatic growth or low symptoms? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14, S148–S156. <https://doi.org/10.1037/tra0001122>

Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2013). A cognitive attachment model of prolonged grief: Integrating attachments, memory, and identity. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 713–727. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.001>

# De pijn van voorouders

*Monument ter nagedachtenis aan de genocide in 1915, Yerevan.*

Wereldwijd herdenken Armeniërs op 24 april de massamoord die meer dan een eeuw geleden op hun voorouders gepleegd werd. Die begon in de nacht van 24 op 25 april 1915. Toen werden in Istanbul, toen nog Constantinopel, ruim zeshonderd mensen uit de Armeense elite - intellectuelen, geestelijk en politiek leiders - opgepakt en vermoord. Wat betekent het voor mensen te weten dat hun voorouders slachtoffer waren van etnische zuivering en deportaties en daarbij op grote schaal omkwamen? Drie Armeense Nederlanders vertellen hoe zij zich verhouden tot dat deel van hun geschiedenis.

*door Else de Jonge*

De vervolging van Armenen in het Ottomaanse Rijk kwam niet ineens uit de lucht vallen, die was al tijdens het bewind van sultan Abdul Hamid (1876 -1909) begonnen. Dat de christelijke Armeniërs streefden naar meer rechten en minder achterstelling beschouwde de sultan als een gevaar voor het 'zuiver' islamitische karakter van het rijk. Tussen 1894 en 1896 leidde dat al tot bloedbaden waarbij vele duizenden Armenen het leven lieten. Terwijl het nationalisme eind negentiende eeuw een opmars maakte in het Ottomaanse rijk, kreeg de Armeense minderheid bij het streven naar meer rechten en onafhankelijkheid steun van een toenemend aantal landen, waaronder Rusland.

De jonge Turken, een militaire groepering die na een staatsgreep in 1909 de macht had, wilden voorkomen dat het Ottomaanse rijk uit elkaar viel. Ze zagen de Armeniërs als een niet loyale minderheid. In februari 1915 – de Eerste Wereldoorlog was uitgebroken – werden alle soldaten van Armeense afkomst, uit angst voor collaboratie met de Russen, gedemobiliseerd. Enkele maanden erna begonnen de etnische zuiveringen. Na de nacht van 24 op 25 april werd de deportatie van alle Armeniërs naar Syrië ingezet.

Tijdens de dodenmarsen die in de twee jaar erna volgden, stierven vele Armeniërs van uitputting, honger en

dorst, niet zelden na te zijn verkracht en gemarteld. Het officiële dodental is nooit vastgesteld, maar historici zijn het erover eens dat hierbij tussen de 1 en 1.5 miljoen Armeniërs om het leven kwamen. Naast het grote aantal slachtoffers werden Armeense scholen, kloosters en kerken op grote schaal verwoest.

De Turkse staat ontkent tot op de dag van vandaag dat er begin twintigste eeuw sprake was van een welbewuste en systematische poging de Armeniërs en hun cultuur weg te vagen. Turkije beschouwt het gebruik van de term genocide als een provocatie en spreekt zelf van 'de Armeense kwestie'. Niettemin erkennen achtentwintig landen de massamoord op de Armeniërs als genocide. In Nederland bleven de kabinetten Rutte

III en IV, gevoelig voor de grote Turkse gemeenschap in Nederland en zuinig op de diplomatieke banden met Turkije, het woord genocide mijden, ook nadat in 2018 een ruime Kamermeerderheid besloot dat de term geëigend is.

Armeniërs die de genocide overleefden, vluchtten massaal naar verschillende buitenlanden. Er wonen inmiddels meer Armeniërs (8 miljoen) buiten Armenië dan in het land (3 miljoen); een feit dat ook wel bekend staat als de Armeense diaspora. De Armeense gemeenschap in Nederland bestaat naar schatting uit vijftien- tot twintig duizend personen. Hoe verhouden zij zich tot het verleden? Wat betekent de massamoord voor hen vandaag de dag?

**Nicolai Romashuk**

## ***'Ik ben de slachtoffers niet vergeten'***

'Mijn grootmoeder, de moeder van mijn moeder, heeft de deportaties en het moorden in 1915 meegemaakt en was van haar familie de enige die de genocide overleefde. Zij is naar Israël gevlucht en werd in Jeruzalem opgevangen in een Armeens klooster. Om voor een huis in aanmerking te komen moest ze katholiek worden. Ze was apostolisch christelijk en weigerde dat. De enige plek die er toen voor haar was, was een grot. Daar is mijn moeder geboren en later, nadat mijn moeder getrouwd was met een Oekraïner, ik ook. Mijn ouders gingen uit elkaar toen ik één was en niet lang daarna werd mijn moeder geestesziek en opgenomen in een psychiatrische inrichting waar ze nooit meer uitgekomen is. Ik ben opgevoed door mijn grootmoeder en heb de eerste veertien jaar van mijn leven doorgebracht onder, in en rond het Armeense klooster in Jeruzalem.

In de school op het kloosterterrein hingen overal vellen papier op de muur waarop geschreven stond: "Wie de genocide vergeet, is een verrader." En "Spreek geen Turks, denk aan de 1.5 miljoen slachtoffers". Maar de vrouwen in de grot, die allemaal rouwden om geliefden die ze verloren hadden, spraken zodra het over de genocide ging, wel Turks, om de kinderen die erbij waren te sparen. Mijn grootmoeder vertelde mij erover en in het buurthuis op het kloosterterrein waren geregeld bijeenkomsten waar slachtoffers vertelden wat hen was overkomen. Daar ging ik naartoe. Mijn grootmoeder overleed toen ik veertien was en vanaf toen ben ik mijn eigen brood gaan verdienen met allerlei baantjes. Op



*Herdenking bij het Armeens monument in Assen, 24 april 2022.*

mijn 23<sup>e</sup> verhuisde ik naar Nederland. Ik had in Jeruzalem kennisgemaakt met een aardige Nederlandse en daar ben ik mee getrouwd.

Ik was als Armeniër lang een zeldzaamheid in het noorden van Nederland, maar na het uiteenvallen van de Sovjet-Unie kwamen hier veel Armeense vluchtelingen naartoe. Ik bezocht ze op de plekken waar ze werden opgevangen: in Musselkanaal, Hooghalen en Zuidlaren. Voor het eerst in mijn leven ontmoette ik Armeniërs uit Armenië. Ik organiseerde bijeenkomsten en maakte een Armeense krant voor de kinderen, over Armeense cultuur en in de Armeense taal. In die tijd kwam het idee bij me op om een monument te plaatsen, ter herinnering

aan de genocideslachtoffers. Het heeft wat voeten in de aarde gehad. Toen de formaliteiten geregeld waren en er ruchtbaarheid gegeven werd aan het plan, kwam er fel protest uit Turks-nationalistische hoek en krabbelde de gemeente terug. Ik heb daar bezwaar tegen aangetekend en ben vijf jaar later door de rechter in het gelijk gesteld. Dat monument is er gekomen.

Dat Armeniërs verstrooid over de aarde leven, heeft één voordeel. Het zal niet gemakkelijk zijn ons uit te moorden, mocht een natie dat ooit nog willen. Maar de diaspora leidt er ook toe dat mensen assimileren in andere culturen en hun eigen taal vergeten. Er zijn veel Armenië-

ers die zelfs hun eigen naam niet meer in het Armeens kunnen schrijven. Dat doet mij zeer. Door het monument dat er inmiddels alweer 21 jaar staat en waar jaarlijks op 24 april een herdenking plaatsvindt, heb ik wel meer innerlijke rust gekregen. Ik ben de slachtoffers van de genocide niet vergeten. De plicht die ik altijd gevoeld heb tegenover mijn voorouders heb ik vervuld.

*Nicolai Romashuk (1953) werkte als edelsmid, nachtwaker en zeefdrukker. Hij was initiatiefnemer van onder meer het monument ter herdenking van de Armeense genocide-slachtoffers dat in 2001 onthuld werd op een begraafplaats in Assen.*

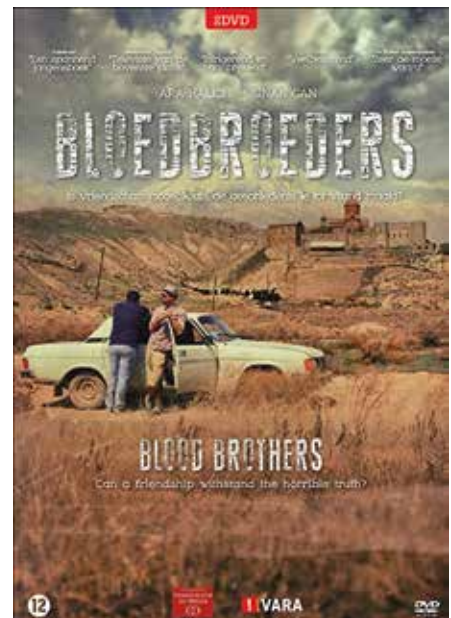
**Gaiane Abrahamian**

## **‘De meeste Armeniërs leven met een bepaalde innerlijke pijn’**

‘Ik heb mijn kindertijd in Armenië doorgebracht, we woonden er in Yerevan, de hoofdstad. In 1997, toen ik vijftien was, zijn mijn ouders met mij en mijn zus naar Nederland gevlucht. Door de constante politieke spanningen tussen Azerbeidzjan en Armenië werd de sfeer in Armenië steeds grimmiger. Ik heb het verlaten van alles wat ik kende en de ontworteling die zo iets met zich meebrengt als een groot trauma ervaren. Soms was ik ziek van heimwee.

Bij ons thuis werd niet veel gesproken over de genocide. Toen we in Yerevan woonden gingen we elk jaar naar het nationale genocidemonument, de Tsjitsernakaberd, en legden er bloemen neer. Erover praten deden we niet. Ik ben pas hier gaan begrijpen waar het monument precies voor was en gaan beseffen hoeveel impact deze tragedie op ons had en heeft. Dat ik me erin ging verdiepen, had niet alleen met mijn leeftijd te maken, maar ook met het feit dat een mens in een vreemd land misschien meer geneigd is om op zoek te gaan naar de eigen wortels. Ik koester, ook 25 jaar nadat ik er ben weggegaan, nog steeds alles wat met Armenië te maken heeft en vind het ook belangrijk om de cultuur en de taal van het land aan mijn kinderen door te geven.

Het is moeilijk te zeggen wat precies de effecten van de genocide op mijn persoonlijke leven zijn. Maar uitgaand van de kennis die er inmiddels bestaat over de genetische sporen die trauma's, tot vele generaties later, kunnen nalaten, ben ik ervan overtuigd dat dit verhaal ook op mij zijn weerslag heeft gehad. Niet voor niets



heb ik me gespecialiseerd in stress. Ik denk dat de genocide in het DNA van Armeniërs zit en dat die ons deels gevormd heeft. Ik zie bij de meeste Armeniërs dat ze met een bepaalde innerlijke pijn leven. Daarnaast hebben ze ook een enorme drive om wat van het leven te maken. Die komt misschien ook wel voort uit de wetenschap dat ooit geprobeerd is ons uit te wissen. Als dat met je volk gebeurd is, dan doe je geloof ik extra je best om dingen voor elkaar te krijgen. Of het nu de handel is, het ondernemerschap, de kunsten of een nog ander gebied: Armeniërs doen het overal in de wereld goed.

In 2015, honderd jaar na de genocide, maakten onderzoeksjournalist Sinan Can, die van Turks-Koerdische komaf is, en acteur Ara Halici, die Armeense ouders heeft, een documentaire serie, *Bloedbroeders*. Die is op de Nederlandse televisie te zien geweest. Hun beider families hadden sterke en tegengestelde opvattingen

over wat er in 1915 gebeurd is. Zij gingen samen op reis om zelf de waarheid te achterhalen. Ze spraken met mensen, bezochten archieven en verschillende historische plekken, en concludeerden uiteindelijk: de Turkse staat heeft geprobeerd de Armeense cultuur te vernietigen en moedwillig honderdduizenden Armeniërs de dood ingejaagd. Dat kun je niet anders dan genocide noemen. De serie bracht indertijd veel spanning bij me

**Miriam Rita**

## ‘Soms stel ik me voor dat de geschiedenis anders was gelopen’

‘Ik heb niet veel verbinding met het land Armenië - ik ben er één keer geweest - maar met de Armeense cultuur heb ik des te meer. Naast dat we thuis Armeens spreken, zit mijn weekend vaak vol met Armeense activiteiten. Ik ga elke eerste zaterdag van de maand naar een Armeense kerk in Arnhem, waar dan een dienst is met een Armeense priester. Ook bezoek ik in de weekenden een Armeense school. Eerder had ik er taallessen, maar inmiddels heb ik een diploma. Nu zing ik met een koor Armeense liedjes, met een piano erbij. En ik spreek af met Armeense vrienden en vriendinnen. Ik heb ook Nederlandse vrienden, maar die zie ik vooral door de week.

Tot het jaar dat de pandemie uitbrak, ging ik elk jaar op 24 april met mijn vader en moeder naar Den Haag om te demonstreren bij de Turkse ambassade. Eerst begreep ik niet goed wat we daar deden, maar toen ik wat ouder werd en beter snapte wat mijn ouders me erover vertelden, ben ik op onderzoek uitgegaan. Ik vond het erg om te lezen wat mijn volk is aangedaan. In groep 8 heb ik er een spreekbeurt over gehouden. De genocideschiedenis heeft op mijn persoonlijke leven geen invloed. Wel doet het mij pijn dat Turkije nog altijd niet erkent dat in 1915 geprobeerd is de Armeense cultuur en identiteit weg te vagen. Er is zoveel bewijs voor: de verwoeste kerken, archeologische vondsten en, vooral, de verhalen die zijn overgeleverd. Mijn overgrootmoeder van 96, die ook in Nederland woont, heeft me verteld hoe haar moeder in 1915 moest vluchten naar Irak, hoe ze weggejaagd werd van huis en haard, hoe er mensen stierven van uitputting, de honger en dorst die ze geleden hebben, dat ze het weinige eten dat ze hadden moesten verstoppen in de naden van hun kleren, omdat het anders werd afgepakt en aan de beesten gevoerd. De moeder van mijn overgrootmoeder leefde met heel veel pijn, dat zag en voelde mijn overgrootmoeder elke dag. Ik snap wel dat het niet gemakkelijk is om te erkennen

teweeg. Ik was heel opgelucht dat zij hiermee eindigden. Verzoening en heling kan alleen ontstaan als er ook erkenning is.’

*Gaiane Abrahamian (1982) coacht mensen bij de preventie of het herstel van stressklachten en burn-out en geeft daar lezingen over. In 2001 richtte zij de Vereniging van Armeniërs in Nederland op.*



*Demonstratie van Armeniërs bij de Turkse Ambassade in Den Haag.*

dat je voorouders iets ergs op hun geweten hebben, misschien heb je dan het gevoel dat je ze verraadt. Maar op een bepaald moment moet een land de volwassenheid kunnen opbrengen om de eigen geschiedenis in het gezicht te kijken.

Aankomende zomer ga ik voor de tweede keer naar Armenië. Ik kijk daar naar uit: ik weet nu veel meer van de geschiedenis en ben me bewuster van wat er gebeurd is. Ik heb op heel veel plekken in de wereld familie: niet alleen in Armenië en Nederland, maar ook in Zweden, Frankrijk, Italië en de Verenigde Staten. Soms probeer ik me voor te stellen hoe het zou zijn als de geschiedenis anders was gelopen, de genocide nooit had plaatsgevonden, het oude Armenië nog bestond en we niet zo verdeeld over de wereld hadden gewoond. Ik had dat heel graag gewild.’

*Miriam Rita (2006) zit op de middelbare school en doet dit jaar havo-examen.*

---

Else de Jonge – Tekstschrijver en journalist

# ‘In je eentje ga je sneller, maar met elkaar houd je het langer vol’

Foto: Egbert Hartman/ANP

In december 2022 sprak Trudy Mooren, bijzonder hoogleraar ‘Family functioning following psychotrauma’ aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht, haar oratie uit. In haar inaugurele rede *Consequentie van psychotrauma voor gezinsrelaties* pleit ze voor het betrekken van gezinsleden bij de behandelingen van getraumatiseerde mensen.

door Nienke Smit

## **Hoe ben je geïnteresseerd geraakt in dit onderwerp?**

‘Ik werkte bij ARQ Centrum’45 met volwassen kinderen van slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog, waaronder kinderen van Indische Nederlanders. Zij vertelden mij hoe belangrijk en betekenisvol de jaren waren geweest waarin zij werden opgevoed. Zij vertelden over hoe de oorlog en de migratie invloed hadden op hun familie en de onderlinge relaties. De psychische klachten waarmee ze zich hadden aangemeld waren verbonden met de herinneringen aan hun opvoeding door ouders die door de oorlog getroffen waren. Die grote oorlog had op hen doorgewerkt. Ik vond die verhalen belangrijk en inspirerend - ze raakten mij.

In de jaren erna merkte ik dat de gevolgen van trauma-klachten van ouders op hun kinderen weinig aandacht kregen in behandelingen. In de praktijk waren we voornamelijk gericht op het ontwikkelen van goede individuele behandelingen. We besteedden ook weinig aandacht tussen de relatie tussen ouders en kinderen, en ook niet aan de opvoeding. We deden alsof dat

niet belangrijk was. Daar wilde ik meer aandacht voor vragen.’

## **Je pleit ervoor dat een systemische visie in de behandeling van getraumatiseerde patiënten dringend nodig is, dat het belangrijk is dat gezinnen betrokken worden in de behandeling. Kun je dat toelichten?**

‘Ik zal een voorbeeld geven. Getraumatiseerde veteranen gaan bijvoorbeeld niet zo graag meer naar de supermarkt, of niet mee naar een uitje en niet naar een verjaardagsfeestje. Ze vermijden alle plekken waar het onoverzichtelijk en druk is. Vanuit hun trauma is dat voorstelbaar, maar voor gezinsleden heel belemmerend. Hun partners zullen dit accepteren, puur om woede-uitbarstingen of angsten te voorkomen. Zo wordt vermijding een belangrijk patroon met grote invloed op het hele gezin.

De kinderen in het gezin gaan in eerste instantie niet klagen, maar op den duur wel. “Waarom gaan wij nooit naar een pretpark of een feestje?”, vragen ze zich af. Maar stel je eens voor dat je de partner en de kinderen

bij een behandeling betreft. Dan kun je met elkaar gaan kijken onder welke omstandigheden dingen wel kunnen. Kan het uitje bijvoorbeeld wel als de kinderen een doorweekse dag vrij hebben? En hoe lang kan zo'n uitje duren? Je hebt in ieder geval beide partners nodig om te bespreken hoe zij de PTSS onbedoeld in stand houden. Als de partner niet betrokken wordt bij de behandeling kunnen zowel PTSS-symptomen, als patronen in het gezin die ontstaan zijn als gevolg van de PTSS blijven voortduren. Dit staat herstel in de weg.

Een therapeut kan aan de partner vragen: wat kun jij gaan doen om meer eisen te stellen aan je man of vrouw zodat hij of zij die PTSS een beetje loslaat? Hoe kunnen jullie samen aangeven wanneer het teveel wordt? In de individuele behandeling wordt aandacht besteed aan het individuele herstel, maar dat hoeft niet per se in het belang te zijn voor de partner en de kinderen. Als je de gezinsleden erbij betrekt mogen zij ook hun behoeften bespreken. Ze hoeven er geen genoegen meer mee te nemen dat alles draait om de PTSS. Dat is zo belangrijk voor het hele gezin. Daarom vind ik dat we in de diagnostiek en in de behandeling nog veel efficiënter en effectiever moeten werken. We zouden ons moeten afvragen hoe we het gezin kunnen betrekken in de behandeling. Dit moet natuurlijk naast een individuele effectieve behandeling gebeuren. Dat moeten we zeker behouden.

Maar de consequenties van het trauma voor de onderlinge relaties thuis kunnen we niet negeren. Bij elke getraumatiseerde patiënt die we zien moeten we het gezin betrekken. Soms is dat minimaal, door alleen uit te leggen wat PTSS inhoudt en wat de behandeling behelst, maar soms moet het intensief. De behandelaar moet zichzelf ervan verzekeren te onderzoeken wie er in het systeem aanwezig zijn. Met wie leeft je patiënt onder een dak? En op welke manier kunnen we de gezinsleden bereiken om ze te betrekken in de behandeling?

***In jouw oratie vermeldde je dat een gezinsgerichte behandeling niet alleen een positief effect heeft op het hele gezin, maar ook op de individuele patiënt. Daarentegen heeft een individuele traumabehandeling enkel effect op de patiënt, niet op het ervaren welzijn van de gezinsleden. Wat is daarvoor de verklaring?***

'Dat vond ik opvallend. Ik moet nog verder uitzoeken hoe dat precies werkt. Het gaat erover dat je veranderen met elkaar doet, veranderen doe je niet in je eentje. Het is denk ik bijna onmogelijk om het samenspel van

gedrag, denken en voelen in je eentje te veranderen. Er zijn allemaal barrières om echt te veranderen. Daar kunnen we als hulpverleners bij helpen door het gezin te ondersteunen. Want als je het veranderen met elkaar kunt doen, lijkt me dat je dan met z'n allen de wind in de rug hebt en sneller gaat. Er is een gezegde waar ik aan denk: in je eentje ga je sneller, maar met elkaar houd je het langer vol. Misschien heeft dat hier iets mee te maken.'



## 'Bij elke getraumatiseerde patiënt die we zien moeten we het gezin betrekken'

***Het netwerk van een patiënt bestaat niet alleen uit het gezin, maar ook uit een netwerk van bijvoorbeeld vrienden, burens en collega's. Moet ook dit netwerk betrokken worden in een traumabehandeling?***

'Als behandelaar moet je je dat in ieder geval realiseren en ernaar vragen. Ik was gevraagd om een nawoord te schrijven voor een boek van een Belgische groep ervaringsdeskundigen die mishandeling in hun vroege jeugd hadden meegemaakt. In het boek beschreven ze zo helder hoe belangrijk een juf, een buurvrouw of een vriendin voor hen was, die zagen dat ze het niet zo goed hadden thuis. Die mensen hebben hen op de een of andere manier uit de ellende gehaald. Dat is de kracht van de omgeving, van alle mensen om een gezin heen. We moeten altijd vragen wie die betekenisvolle personen zijn en hoe een patiënt hen erbij kan betrekken. Meer dan we nu doen misschien.'

***Is herstel mogelijk bij gezinnen waar al generaties lang sprake is van psychosociale problemen?***

'Als je de pech hebt in zo'n gezin op te groeien, dan betekent het niet dat je niet kunt herstellen. Nare ervaringen en situaties in je jeugd of familie worden meegegeven, maar ze zijn niet je vonnis. Het is moeilijker als gezinnen veel armoede kennen en laaggeschoold zijn, maar er zijn absoluut uitwegen. Daarnaast reageert niet elk gezinslid hetzelfde op problemen. Herstel en verandering zijn zeker mogelijk. Omstandigheden kunnen belemmeren, maar ook kansen bieden. Een opleiding is een hele belangrijke omstandigheid, maar dat zijn ook



## 'Nare ervaringen en situaties in je jeugd of familie worden meegegeven, maar ze zijn niet je vonnis'



vrienden, het sociale systeem. Mensen kunnen bepaalde kansen pakken en daarmee ook iets goeds betekenen voor het gezin.'

### ***Wat kunnen we vanuit de GGZ doen aan de moeilijke omstandigheden waarin sommige gezinnen verkeren?***

'We kunnen tijdens de behandeling met gezinnen tenminste vragen naar hun dagelijkse leven. Wordt er op tijd gegeten; zijn er boodschappen in huis? Hoe ziet het bedruteel eruit. Is er sprake van verwaarlozing? Worden er grenzen aan het gedrag van de kinderen gesteld? Het is belangrijk dat we een indruk krijgen van hoe de gezinsleden voor elkaar zorgen, hoe veilig het binnen het gezin is en hoe verbonden ze zich voelen met elkaar. Luisteren ze naar elkaar en wisselen ze een warme blik uit of leggen ze een arm om elkaars schouders? Die dynamiek in een gezin zorgt voor aanpassing aan stressvolle omstandigheden. Daar liggen in een behandeling ook mogelijkheden voor verandering.

Bij de gezinnen waar het al generaties niet denderend gaat en waar af en toe een gezinslid uit de boot valt, bestaat het probleem dat ze niet zo gemotiveerd zijn voor hulpverlening. Bij voorbaat verwachten ze al niet dat ze goede hulp zullen ontvangen. Dat wantrouwen is misschien nog wel het meest zorgwekkende. Het is belangrijk voor de GGZ, ook de specialistische GGZ, om de ogen open te houden voor hen die niet gezien worden. Dat zijn we steeds minder goed gaan doen vind ik.'

### ***Getraumatiseerde vluchtelingen behoren tot een hele specifieke doelgroep binnen de GGZ en behoren ook tot jouw patiënten. Hoe kan de GGZ toegankelijker worden voor ze?***

'Ten eerste moeten we ons best doen om deze groepen, die niet zo snel om hulp vragen, te bereiken. Traumabehandelaars moeten in contact komen zodra er nieuwko-

mers in een bepaalde gemeente zijn. Ten tweede: bied de behandelingen aan waar je goed in bent, ondanks dat er niet dezelfde taal wordt gesproken en je elkaar minder goed begrijpt. Zorg dat er een tolk wordt ingeschakeld of leg nog een keer uit waarom jij als behandelaar denkt dat hulp nodig is. Betrek daarnaast de gezinsleden en het sociale milieu. Werk samen met scholen, met de kerk of een sportvereniging. Ik vind het heel belangrijk dat de hele GGZ een inclusieve GGZ is. Maar ik vraag me af of we dat wel zijn. Weet iedereen de GGZ te vinden? Krijgt iedereen de hulp die hij of zij nodig heeft? Spreken we de juiste taal, zodat patiënten snel snappen: "Oh ja, maar dit is om mij te helpen". Ik denk dat we zeker nog toegankelijker kunnen worden.'

### ***Op wat voor manier kunnen vluchtelingen tijdens hun behandeling geholpen worden te wortelen in Nederland?***

'Wat wij moeten doen is in ieder geval hun vermogen om contacten op te bouwen en te kunnen integreren in Nederland te verstevigen. Dat doen we denk ik door individuele behandelingen en groepsbehandelingen. In groepen doen mensen de ervaring op dat anderen soortgelijke moeilijkheden hebben en dat ze er niet alleen voor staan. In groepen ondersteunen ouders elkaar en vinden hun kinderen herkenning en erkenning bij elkaar. Door de individuele traumabehandeling nemen daarnaast de traumaklachten af. Hierdoor groeit hun vermogen om weer aan te haken in de sociale wereld, wat weer tot vermindering van hun somberheid en depressie leidt.

En wortelen, dat duurt een tijd. Veel mensen die hier naartoe zijn gekomen zijn hier neergestreken omwille van de veiligheid van de kinderen. Maar ik heb met Bosnische mensen gesproken die zeiden dat, nu hun kinderen volwassen zijn, ze eigenlijk terug willen om daar te vissen in de rivier. Dus ja, zelfs na heel veel jaren zijn die wortels hier dan toch nog niet zo stevig. Hun kinderen zijn dan wel weer goed geworteld. Met hun familieverbanden zijn zij echte wereldburgers geworden.'



Een van de vele zaken, waar een therapeut in de loop van een traumabehandeling tegenaan kan lopen, is de slachtofferrol van patiënten. Ik zag hun onmacht en de woede. Dan waren ze vooral slachtoffer. Het was dan voor hen heel moeilijk verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen herstel. Paradoxaal genoeg kan deze toestand bestendig worden door maatschappelijke erkenning van ziekte of stoornis. Vluchtelingen maken bijvoorbeeld met een erkende diagnose van PTSS meer kans op een verblijfsvergunning. Maar wat als de patiënt in kwestie opknapt en de verblijfsvergunning maar tijdelijk is?

## Erkenning van slachtoffers: een medaille met twee kanten?

Veel geduld bracht ik op voor de kleine stapjes van patiënten in zware trajecten, maar ik wist niet goed raad met mensen die ondanks de erkenning voor hun lijden vast bleven zitten in de positie van passief slachtofferschap, al dan niet vanwege compensaties in reiskosten en dergelijke. Dat had natuurlijk ook met mezelf te maken. Waar zat dan mijn weerstand? Ik voelde me misschien wel in de rol van dader gedrukt. Want zou ik dan niet zoals de daders hun leed ontkennen? Of hun legale status bedreigen? Uiteraard wilde ik mijn patiënten steunen, met hen zoeken naar de impact van hun trauma of naar betere manieren om met klachten om te gaan. Maar, eerlijk gezegd, kwamen de psychologische aspecten van een slachtofferpositie, zoals passieve woede of stagnatie in de behandeling (bijna een soort hospitalisatie waarin de patiënt niet beter leek te willen of kunnen worden) vaak niet aan de orde. Ik durfde deze zaken niet aan te stippen. Was dat mijn eigen angst voor agressie? Zou ik de relatie met patiënten niet op het spel zetten door zulke gevoelige zaken aan te kaarten?

Even terug naar het thema erkenning. Historisch gezien is de medische en maatschappelijke erkenning van psychotrauma een grote stap vooruit. De behandelingen die inmiddels zijn ontwikkeld hebben velen weer een toekomstperspectief geboden. Maar, zoals Jolande Withuis in haar in 2002 verschenen boek *Erkenning* betoogde zit daar een schaduwzijde aan. De erkenning van een oorlogstrauma was bedoeld om mensen te helpen een stap te zetten in de richting van therapie, verwerking of zelfs genezing. In elk geval een stap richting loskomen van de oorlog als levensbepalend thema. Withuis schreef dat wanneer 'oorlogsgetroffenen' zich echter gaan organiseren als een emancipatiebeweging van mensen die tegelijk heel bijzonder en heel ziek zijn, traumaslachtofferschap het permanente karakter kan krijgen van een identiteit, één die bovendien een leefwereld biedt en soms uitkeringsrechten.

Moeten therapeuten durven kritisch te zijn? Minder stutten en steunen, meer mikken op reflectie en daarmee meer verantwoordelijkheid bij de patiënt leggen? Mooi onderwerp voor intervisie of supervisie. Stagnatie hoeft geen eindpunt te zijn. Rancune kan plaats maken voor een nieuw verhaal. De *Invictus Games* voor veteranen laten een nieuwe manier zien van erkenning. Een waarbij er wel persoonlijke ontwikkeling is - nieuwe kracht, voorbij het slachtofferschap.

---

**Jeannette Lely** - Gepensioneerd psychotherapeut, gepromoveerd op traumabehandeling bij ouderen en actief als auteur, reviewer en presentator.

# Altijd in beweging

Zo veranderlijk als de mens is, zo veranderlijk is de discipline van de psychiatrie. Nieuwe diagnoses, nieuwe behandelvormen en nieuwe concepten vormen en vernieuwen de psychiatrie tot op de dag van vandaag. We vroegen verschillende onderzoekers en behandelaren uit het veld om nieuwe ontwikkelingen waar zij zich mee bezig houden toe te lichten. Zo vertelt **Jackie June ter Heide** over de paradigmatische verschuiving die moral injury teweeg brengt; **Tijmen Bostoën** en **Erwin Krediet** vertellen over de potentieel revolutionaire gevolgen van MDMA-behandelingen; en **Maarten Eisma** legt uit hoe de opname van de diagnose persisterende rouwstoornis in de DSM-V-TR nieuwe gevolgen kan hebben voor ons begrip van rouw.

## Beter laat dan nooit: oog voor moral injury

Met inzichten over psychotrauma kan het wonderlijk gaan. Neem nou de PTSS-diagnose. Die verscheen in 1980 voor het eerst in de DSM-III en was in belangrijke mate gestoeld op de ervaringen van Vietnam-veteranen. Wat indertijd al bekend was, is het feit dat zoveel Vietnam-veteranen last hadden van schuldgevoelens. Schuld over het niet kunnen redden van kameraden, schuld over het losgaan op burgers. Er werd over geschreven door psychiaters als Robert Lifton<sup>1</sup> en Jonathan Shay<sup>2</sup>. Toch duurde het nog 33 jaar voordat aanhoudend schuldgevoel formeel erkend werd als een symptoom behorend bij PTSS<sup>3</sup>.

In de tussentijd richtten behandelaren zich op het verminderen van angst. Dat stond immers centraal binnen de PTSS-diagnose. Ik weet nog goed dat ik als beginnend behandelaar met een vluchteling wilde stilstaan bij de herinnering aan een bijna-doodervaring. Nee, zei hij, ik vind dat saai. Hij had geen last van angst, hij had last van schuldgevoel.



Vietnam, 1966

Foto Flickr

Nu schuld in de DSM staat, krijgen we er eindelijk of opnieuw, oog voor. Hardnekkige, invaliderende schuldgevoelens komen vaak voor bij getraumatiseerde patiënten. Ze voelen zich schuldig over het doden van mensen tijdens een vredesmissie, over het niet voorkomen van

een suïcide, over verstijven tijdens een verkrachting. Maar dat ze zich zo schuldig voelen is niet het eerste wat ze zeggen. Je moet er oog voor hebben om het boven tafel te krijgen.

De laatste tien, twintig jaar is er een nieuw begrip dat ons helpt om oog te hebben voor schuldgevoelens en gerelateerde emoties zoals schaamte, walging en woede. Dat begrip is moral injury. Moral injury duidt op de psychische wond die kan ontstaan wanneer mensen, tegen hun eigen morele overtuigingen in, anderen schaden, niet kunnen voorkomen dat anderen geschaad worden, of zelf geschaad worden omdat degenen op wie ze vertrouwden onbetrouwbaar bleken.<sup>4</sup> Dergelijke ervaringen slaan diepe wonden in hun zelfbeeld, hun beeld van anderen en van de wereld. Die ervaringen zorgen ervoor dat ze maar blijven piekeren over wat ze anders hadden moeten doen, dat ze vinden dat ze geen recht meer hebben op geluk en liefde, of dat ze menen hun leven lang boete te moeten doen.

Deze patiënten proberen we te helpen. Niet door hen bloot te stellen aan hun angst, zoals gebruikelijk in traumagerichte therapie, maar door met hen te kijken naar hun schuldgevoel. Ergens, bedolven onder dat schuldgevoel, liggen de waarden die geschonden zijn, zoals zorgzaamheid, eerlijkheid of trouw.<sup>5</sup> We bespreken welke waarde geschonden is en hoe verdrietig dat is. We proberen iets van de herinnering te verwerken. We kijken of het mogelijk is dat de patiënt zichzelf of een

ander vergeeft. En we proberen patiënten te motiveren om weer te gaan leven volgens hun waarden.<sup>6</sup> Zo doen we eindelijk wat we al veel eerder hadden moeten doen: erkennen dat de wonden die geslagen worden door wat wij elkaar aandoen, misschien wel de diepste wonden zijn. Zie je wel, brommen Lifton en Shay dan vanuit de boekenkast. Eindelijk oog voor moral injury.

**Jackie June ter Heide** - Klinisch psycholoog en onderzoeker bij ARQ Centrum'45

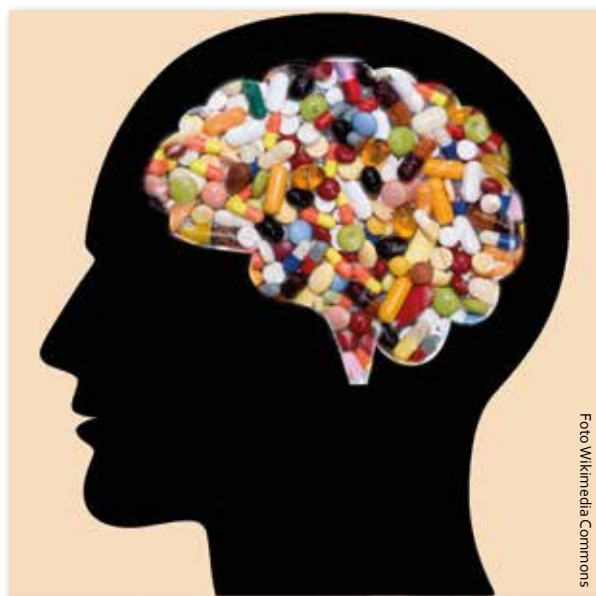
## REFERENTIES

1. Lifton, R. J. (1973). *Home from the war: Learning from Vietnam veterans*. Beacon Press.
2. Shay, J. (1994). *Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character*. Scribner.
3. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
4. Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695-706.
5. Graham, J., Haidt, J., Koleva, S., Motyl, M., Iyer, R., Wojcik, S. P., & Ditto, P. H. (2012). Moral foundations theory: The pragmatic validity of moral pluralism. *Advances in Experimental Social Psychology*. Via <https://ssrn.com/abstract=2184440>
6. Evans, W. R., Walser, R., D., Drescher, K. D., & Farnsworth, J. K. (2022). *Werkboek moreel trauma*. SWP.

## MDMA-ondersteunde psychotherapie als nieuwe behandeling voor PTSS?

Nadat psychedelica 50 jaar geleden verboden werden, zijn deze middelen weer terug in de psychiatrie. De toepassing van psilocybine bij de behandeling van depressie en verslaving wordt door diverse universiteiten over de hele wereld onderzocht en ketamine is sinds kort een geregistreerd geneesmiddel voor therapieresistente depressie. Een ander middel waarnaar veel onderzoek wordt gedaan is MDMA, ook wel bekend als ecstasy.

Door de effecten van MDMA – zoals het verminderen van angst en schaamte, toegenomen (zelf)compassie en het vergroten van inzicht in psychische processen – lijkt het middel bijzonder geschikt als ondersteuning bij traumabehandeling en lijkt het ook doorbraken te kunnen geven bij moeilijk te behandelen posttraumatische stressstoornis (PTSS).



Van 2008 tot en met 2020 werden wereldwijd verschillende onderzoeken gedaan naar de toepassing van MDMA-ondersteunde psychotherapie (MDMA-OP) voor de behandeling van ernstige en chronische PTSS. In deze studies deden 105 mensen mee, waaronder ook veteranen. De meeste patiënten werden eerder al uitgebreid behandeld voor PTSS, maar met beperkt resultaat. Na MDMA-OP verloor 54% van deze patiënten hun PTSS-diagnose, en tegelijkertijd werd de therapie goed verdragen. De Amerikaanse geneesmiddelenautoriteit (FDA) verleende deze therapievorm daarom een 'breakthrough status'. Sindsdien zijn er twee grootschalige registratiestudies bij 194 patiënten afgerond met soortgelijke resultaten. Op basis van deze studies zal MDMA het komende jaar beoordeeld worden door de FDA als mogelijk geneesmiddel. Indien deze beoordeling positief is, kan MDMA vanaf 2024 als geneesmiddel voor PTSS toegepast gaan worden in de Verenigde Staten, Canada en Israël. In Europa, onder andere bij ARQ Centrum'45, zal dit jaar een grote studie starten op basis waarvan MDMA binnen enkele jaren mogelijk ook in Nederland geregistreerd kan worden als medicijn.

Bij MDMA-OP voor PTSS volgt de patiënt een uitgebreid psychotherapeutisch traject, waarbij twee- tot driemaal MDMA wordt toegediend. Deze MDMA-sessies duren acht uur en worden begeleid door twee therapeuten. Onder invloed van MDMA kunnen de hevige emoties die bij PTSS horen beter verwerkt worden en wordt inzicht opgedaan in wat er allemaal heeft bijgedragen aan het ontstaan van de PTSS. Een patiënt die bij ARQ Centrum'45 met MDMA-OP werd behandeld beschreef het als volgt:

*'Het voelt aan als een jaar therapie in een dag. Er komt zoveel voorbij, vaak details die je helemaal vergeten was of waar je liever helemaal niet aan denkt. Het lukt om het aan te gaan, de MDMA helpt hierbij. Al in de ochtend na de MDMA-sessie voelde ik dat er dingen veranderd waren, wat eerder nooit gelukt was met andere traumabehandelingen.'*

## Kan rouw een stoornis zijn?

In de nieuwe revisie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 is de persisterende rouwstoornis de enige nieuw opgenomen diagnose (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022). Deze diagnose wordt gekenmerkt door een hevig verlangen naar de overleden dierbare en/of aanhoudende cognitieve preoccupatie met de overledene, gecombineerd met drie

*'Moeilijke herinneringen zijn nu overschreven, ze voelen anders, de nachtmerries zijn verdwenen en dit blijft.'*

MDMA-sessies kunnen emotioneel echter wel zwaar zijn en het verwerken van alles wat loskomt kan als uitdagend worden ervaren. Vandaar dat psychotherapeutische begeleiding door goed opgeleide therapeuten als een essentieel onderdeel wordt gezien voor een veilige en effectieve behandeling.

De ervaringen met MDMA-ondersteunde psychotherapie bieden hoop voor mensen die ondanks uitgebreide behandeling met chronische klachten blijven worstelen. Als de resultaten van de studies overtuigend genoeg zijn om MDMA als geneesmiddel te registreren, dan zou het goed kunnen dat patiënten binnen enkele jaren een MDMA-behandeling door de psychiater aangeraden wordt.

---

**Tijmen Bostoën** - Psychiater, MDMA-therapeut en promovendus - ARQ Centrum'45/Leids Universitair Medisch Centrum

---

**Erwin Krediet** - Psycholoog, MDMA-therapeut i.o. en promovendus - ARQ Centrum'45/Leids Universitair Medisch Centrum

### REFERENTIES

Mithoefer, M. C., Feduccia, A. A., Jerome, L., Mithoefer, A., Wagner, M., Walsh, Z., ... & Doblin, R. (2019). MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials. *Psychopharmacology*, 236, 2735-2745.

Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., ... & Doblin, R. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature medicine*, 27(6), 1025-1033.

van acht aanvullende symptomen, ten minste een maand lang, ten minste een jaar na het verlies. Ernstige, langdurige rouw is daarmee, ook in Nederland, een stoornis geworden. Maar kan rouw eigenlijk wel een stoornis zijn?

Er zijn weinig onderwerpen die in mijn onderzoeksveld de afgelopen jaren meer discussie hebben opgeroepen

dan de persisterende rouwstoornis. Voorstanders, geleid door leden van stuurgroepen van diagnostische handboeken zoals de DSM, juichen deze ontwikkeling toe in psychiatrische tijdschriften. Ze citeren onderzoek dat laat zien dat de hevige, aanhoudende rouw die een kleine groep nabestaanden ervaart, te onderscheiden is van depressie en posttraumatische stressstoornis, voorspellend is voor verminderde kwaliteit van leven en suïcidale neigingen, en zich beter laat behandelen met rouwtherapie dan andere therapieën. Een rouwdiagnose zal bovendien de communicatie tussen onderzoekers, klinici en beleidsmakers bevorderen en geeft een stimulans aan onderzoek, zodat we betere behandelingen kunnen ontwikkelen voor mensen met ernstige rouw. Het biedt ook erkenning voor het aanhoudende leed dat sommige nabestaanden ervaren.

Je zou bijna vergeten dat het besluit om een rouwdiagnose te includeren in de DSM om meerdere redenen een controversiële beslissing is. Een van de meest intrigerende discussies op dit vlak vind ik de vraag of je normale rouw eigenlijk wel van een rouwstoornis kunt onderscheiden. Eerder onderzoek liet zien dat rouwsymptomen niet kwalitatief lijken te verschillen van (gewone) rouwervaringen. Veel nabestaanden verlangen bijvoorbeeld weleens naar de overledene of denken herhaaldelijk na over de overledene. Het onderscheid tussen rouw en een persisterende rouwstoornis is vooral een verschil in gradatie: voor sommige mensen is de rouw langduriger en heviger en gaat het gepaard met meer beperkingen in het dagelijks leven. Maar waar ligt de grens? Wanneer wordt rouw eigenlijk pathologisch? Aanhoudende, ernstige rouw en functionele beperkingen betekenen niet automatisch dat de rouw ook een stoornis is. Een recente meta-analyse schat dat bijna de helft van de mensen die een gewelddadig verlies meemaakt een persisterende rouwstoornis ontwikkelt. In een nationale Zweedse steekproef van ouders die een kind verloren, werd geschat dat één derde van deze nabestaanden een rouwstoornis heeft. Blijkbaar zijn hevige rouwreacties na dergelijke verliezen een veelvoorkomende en dus normale reactie op een uitzonderlijke, stressvolle levensgebeurtenis.



Mogelijk leidt de nieuwe rouwstoornis dus tot de medicalisering van normale rouw. Sommige rouwexperts zijn daarom principieel tegen de inclusie van de persisterende rouwstoornis in de DSM. Tegelijkertijd zou het excluderen van de rouwstoornis uit de DSM-5-TR in veel westerse landen, waar vergoede zorg mede-afhankelijk is van een diagnostisch label, betekenen dat sommige nabestaanden die hulp nodig hebben geen bewezen effectieve behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie, krijgen. Ik ben zelf een pragmaticus. Aangezien de fundamentele wijziging van ons verzekerings- en zorgsysteem op korte termijn onmogelijk is, moedig ik de inclusie van de persisterende rouwstoornis in de DSM-5-TR aan. Niet omdat ik geloof dat rouw pathologisch kan zijn, maar omdat ik vind dat alle nabestaanden die langdurig, ernstig lijden bewezen effectieve hulp verdienen.

---

**Maarten Eisma** - Universitair docent Klinische Psychologie bij de Rijksuniversiteit Groningen

#### MEER WETEN?

De belangrijkste argumenten voor en tegen de inclusie van de persisterende rouwstoornis in diagnostische handboeken vind je in dit open-access wetenschappelijke artikel:

Eisma, M. C. (2023). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controverses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1177/00048674231154206>

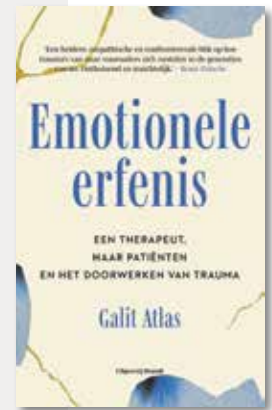
## Emotionele erfenis

Een therapeut, haar patiënten, en het doorwerken van trauma

*Galit Atlas*

UITGEVERIJ BRANDT 2023 (NEDERLANDSE VERTALING), 288 PAGINA'S, ISBN 9789493095922

Dr. Galit Atlas is psychoanalyticus en klinisch psycholoog in New York City. In dit boek maakt ze gebruik van verhalen uit haar praktijk in combinatie met haar persoonlijke ervaringen en decennia aan onderzoek om de archeologie van transgenerationale trauma's te verkennen. Ze beschrijft het therapeutische proces en wil ons het verband laten zien tussen de thema's waarmee we worstelen en de emotionele erfenis die we volgens haar allemaal met ons meedragen.

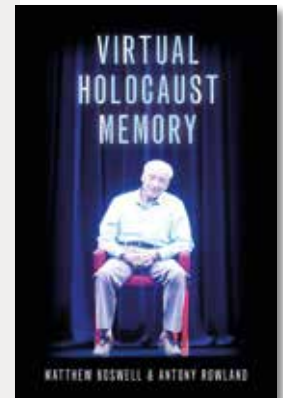


## Virtual Holocaust Memory

*Matthew Boswell & Antony Rowland*

OXFORD UNIVERSITY PRESS 2023, 288 PAGINA'S, ISBN 9780197645406

De interactieve technologieën van het huidige digitale tijdperk veranderen onze herinnering aan de Holocaust ingrijpend. De impact daarvan op onze herinneringscultuur willen de auteurs in dit boek laten zien. Het boek behandelt een reeks projecten die worden ontwikkeld door musea, archieven, bedrijven en educatieve organisaties in de VS en Europa, waaronder interactieve videogetuigenissen, Virtual Reality-films, Augmented Reality-apps, museuminstallaties en online tentoonstellingen. O.a. het Anne Frank Museum in Amsterdam heeft haar medewerking verleend.



## Een trauma is zo geboren

Traumazorg voor, tijdens en na de bevalling

*Diana de Koning*

SWP 2022, 168 PAGINA'S, ISBN 9789085601821

Voor ruim tien procent van de vrouwen is de geboorte van een kind om verschillende redenen een traumatische gebeurtenis. Het kan naast (tijdelijk) stress ook trauma en PTSS tot gevolg hebben. Zelfs partners, zorgverleners en baby's kunnen hier last van hebben. De auteur wil meer bewustzijn kweken over welke stressoren zich tijdens een bevalling kunnen voordoen, en hoe je door betere communicatie en meer empathie veel trauma's kan voorkomen.



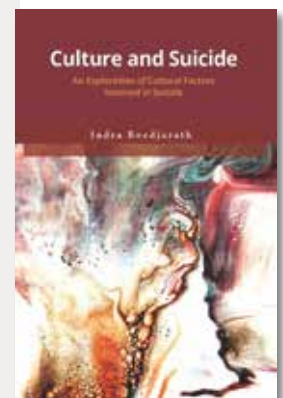
## Culture and Suicide

An Exploration of Cultural Factors Involved in Suicide

*Indra Boedjarath*

PHD-THESIS, UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM 2022, 231 PAGINA'S

Academisch proefschrift met als centrale vraag: hoe dragen culturele factoren bij aan suïcide? Onderzoek naar suïcide is wereldwijd gebaseerd op westerse normen. Een gevolg van de focus op psychische factoren in suïcide-onderzoek is dat de regelmatig gesuggereerde relatie tussen cultuur en suïcide onbepaald blijft, aldus de onderzoeker. De Indiase diaspora werd geselecteerd als onderzoekspopulatie omdat suïcide in deze populatie opvallend vaak voorkomt. Het wetenschappelijke veld krijgt twee herziene concepten aangeboden, met name cultural scripts of suïcide en etnische habitus om culturele factoren te onderzoeken die actief zijn in suïcidaal gedrag. Voor professionals in het veld biedt het praktische kennis, zoals aanwijzingen tot het inclusiever maken van suïcide preventie- en interventiestrategieën, omdat de huidige richtlijnen, normen en protocollen moeilijk toe te passen zijn op groepen met verschillende culturele achtergronden. Beleidsmakers kunnen de bevindingen gebruiken om het gebrek aan een culturele focus in het gezondheidszorgsysteem aan te pakken.



---

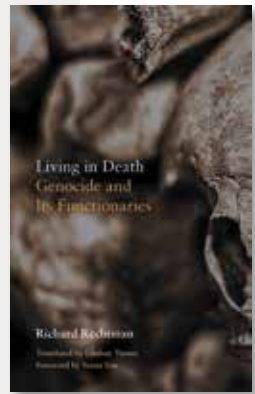
## Living in Death

Genocide and Its Functionaries

*Richard Rechtman*

FORDHAM UNIVERSITY PRESS 2021, 192 PAGINA'S, ISBN 9780823297863

Een internationaal standaardwerk over de antropologie van massamoordenaars. Dit boek duikt in het gewone leven van mensen die elke dag honderden executeren, net zoals anderen naar kantoor gaan. Volgens Rechtman zijn het niet ideologieën die doden, maar mensen. Hij onderzoekt de omstandigheden waaronder het massaal doden een baan als elke andere wordt. Rechtman is antropoloog en psychiater en put uit zijn behandelervaringen met onder meer vluchtelingen en daders uit Afghanistan, Cambodja, Eritrea en hij deed uitgebreid archiefonderzoek.



---

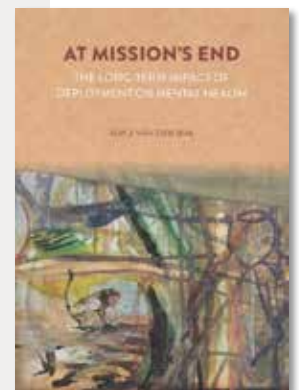
## At mission's end

The long-term impact of deployment on mental health

*Sija van der Wal*

PHD-THESIS, LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM 2022, ISBN 9789464219326

In dit proefschrift worden de resultaten besproken van het PRISMO-onderzoek waarin een groep van duizend Afghanistan-veteranen tot tien jaar na hun uitzending is gevolgd. Het blijkt dat dan nog zo'n 8% van deze groep kampt met ernstige symptomen van een posttraumatische stress stoornis (PTSS). Ook agorafobie-, angst-, depressie- en hostiliteitsklachten komen na tien jaar nog vaker voor dan voor uitzending. Daarnaast laat dit proefschrift zien dat er tussen veteranen veel verschil bestaat in de ontwikkeling en het beloop van PTSS-symptomen. Het onderzoek biedt aanknopingspunten voor de identificatie van risicofactoren voor PTSS en de ontwikkeling van interventieprogramma's om klachten te voorkomen of verminderen.



---

## Op een ander spoor gezet

De kracht van verhalen, genen en toevalstreffers

*Vanda Borgart de Crasto*

ELIKSER 2022, 328 PAGINA'S, ISBN 9789463654951

Dit boek beschrijft een langdurige zoektocht naar identiteit. Als slachtoffer van uitsluiting, onzekerheidsgevoelens, pesterijen, mishandeling en seksueel misbruik wist de auteur zich door middel van spirituele ontwikkeling en studie naar haar persoonlijke geschiedenis omhoog te werken en zelfstandig in het leven te gaan staan. Naast psychologische onderbouwing geeft het boek ook spirituele en therapeutische voorbeelden.



---

## Een landkaart van het verdwijnen

Terug naar Srebrenica

*Emir Suljagic*

DE ARBEIDERSPERS 2022, 108 PAGINA'S, ISBN 9789029547802

Emir Suljagić schreef in 2006 een van de eerste ooggetuigenverslagen van de genocide in Srebrenica. Inmiddels is hij directeur van het Srebrenica Memorial Center. In dit boek schrijft Suljagić over zijn terugkeer naar Srebrenica, waar hij zijn ouderlijk huis weer betrokken heeft, over het leven na de genocide en over de gevaren van een herhaling.





---

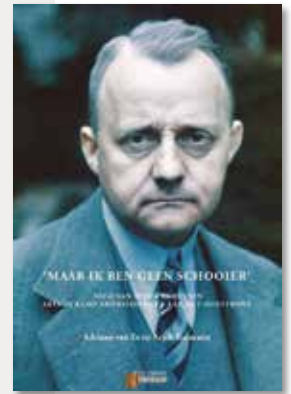
## 'Maar ik ben geen schooier'

Nico van Nieuwenhuysen. Arts in Kamp Amersfoort en aan het Oostfront

*Adriaan van Es & Arjeh Kalmann*

VERBUM 2022, 350 PAGINA'S, ISBN 9789493028630

Nicolaas van Nieuwenhuysen was een alom gerespecteerd chirurg, een maatschappelijk geëngageerde notabel die na de bezetting in mei 1940 de kant van de Duitsers koos en zich onder meer ontpopte als een bijzonder hardvochtige kamparts in kamp Amersfoort. De schrijvers van dit boek, die konden beschikken over het familiearchief van Van Nieuwenhuysen beschrijven dit levensverhaal als ook de consequenties die zijn keuze had voor zijn vrouw en kinderen. Het slothoofdstuk wordt gewijd aan morele en medisch-ethische kwesties. Met als belangrijkste vraag: hoe kon Van Nieuwenhuysen de *Eed van Hippocrates*, waarmee iedere arts zweert het belang van de patiënt altijd voorop te stellen, zo schenden?



---

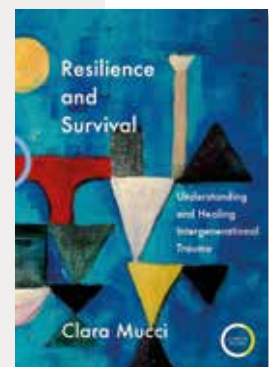
## Resilience and Survival

Understanding and Healing Intergenerational Trauma

*Clara Mucci*

CONFER LTD. 2022, 208 PAGINA'S, ISBN 9781913494100

Verkenning van de therapeutische benadering op het gebied van intergenerationeel trauma en dan vooral gericht op veerkracht en genezing. In dit kader wordt de gehechtheidstheorie onderzocht, evenals de ontwikkeling binnen de neurowetenschappen, maar ook de kracht van kunst, memoires en andere kaders, om te ontdekken welke factoren veerkracht bevordert en in hoeverre het in aanleg aanwezig is, bij individu en in de samenleving.



---

## Radical Revenge

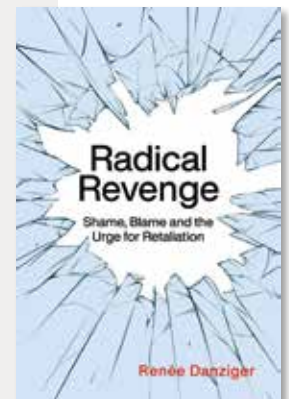
Shame, Blame and the Urge for Retaliation

*Renee Danziger*

FREE ASSOCIATION BOOKS 2021, 178 PAGINA'S, ISBN 9781911383475

De auteur is psychoanalyticus en onderzoekt enkele van de meest extreme voorbeelden van wraak in de hedendaagse samenleving, waaronder massale schietpartijen, internetrollen, wraakporno en hedendaagse populistische politiek.

Op basis van psychoanalytische ideeën over schaamte, afgunst en narcisme, bespreekt ze waarom sommige mensen de drang voelen om deel te nemen aan dit soort destructieve daden van radicale wraak. Aan de hand van voorbeelden stelt ze dat wraak in uitzonderlijke gevallen eerder een daad van creativiteit dan van vernietiging kan zijn, of op zijn minst enige betekenis kan geven aan wat anders zinloze gewelddaden zouden kunnen lijken.



---

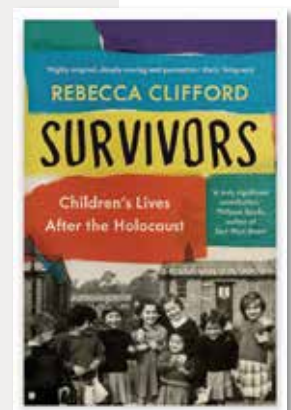
## Survivors

Children's Lives after the Holocaust

*Rebecca Clifford*

YALE UNIVERSITY PRESS 2022, 344 PAGINA'S, ISBN 9780300264708

In dit boek volgt Rebecca Clifford het leven van honderd joodse kindoverlevenden van de Holocaust, die nauwelijks herinneringen hadden aan hun leven voor de oorlog. Ze volgt ze tot op hoge leeftijd, evenals de mensen om hen heen. Het boek onderzoekt de nasleep van de Holocaust op de lange termijn en hoe deze kinderen worstelden met het stempel 'overlevenden'. Hoe gaven zij betekenis aan hun leven met kinderjaren die gekenmerkt waren door scheiding en verlies?





Sophie van Leeuwen

EDITORIAL

# Verzwegen

Als Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) spannen wij ons in om het onderwerp psychotrauma beter op de kaart zetten. Op dit gebied is een verschuiving zichtbaar in de samenleving. Naast dat psychotrauma steeds meer wordt vertegenwoordigd op televisie en in literatuur, is er in de laatste 10 jaar ook een sterke stijging zichtbaar in het aantal PTSS-classificaties. Dit lijkt erop te wijzen dat behandelaren PTSS eerder herkennen, maar ook dat mensen eerder hulp durven te zoeken om traumatische gebeurtenissen te verwerken. Het taboe rondom psychotrauma lijkt af te nemen, wat op termijn hopelijk ook leidt tot meer begrip en steun vanuit de omgeving. Ervaren steun speelt immers een significante rol in veerkracht na schokkende gebeurtenissen.

Onlangs sprak ik hierover met mijn oma. In haar kindertijd verloor zij op traumatische wijze haar broer. Door haar omgeving werd nauwelijks stilgestaan bij de impact van deze gebeurtenis. Haar ouders waren vol van verdriet, maar paktten hun leven weer op en zwegen over wat er gebeurd was. Nu, bijna zeventig jaar later, vertelt mijn oma hoe dit voor haar was. Ze zag haar moeder veranderen, maar wist niet hoe zij haar kon helpen. Haar verhaal deed mij denken aan het allesoverheersende maar nooit benoemde verdriet dat Marieke Lucas Rijneveld beschrijft in haar roman *De avond is ongemak*. De hoofdpersoon van dit boek groeide net als mijn oma op in een gezin waarin niet werd gesproken over rouw en verlies. Nu, zeventig jaar na het verlies van haar broer, vertelt mijn oma mij dat de beelden van de sterfdag haar nog steeds achtervolgen. Als psycholoog, maar ook als kleindochter, vraag ik me af hoe het voor haar zou zijn geweest als zij destijds door haar omgeving was gezien en gesteund. Een leerkracht, een tante, een buur..., iemand met wie zij had kunnen delen hoe groot de impact van dit



*Mijn oma (in de geruite jurk) met haar broers en zussen ongeveer twee jaar voordat zij haar broer (midden achteraan) verloor.*

verlies voor haar was. Iemand die haar had verteld dat het als kind niet haar taak was om haar moeder te troosten.

Het is daarom niet alleen onze missie als NtVP om het bewustzijn over psychotrauma onder zorgprofessionals te vergroten, maar juist ook in de hele samenleving. Onze kennisdeling speelt hierin uiteraard een hoofdrol. Op onze Algemene Ledenvergadering van 25 januari is besproken dat één van de speerpunten voor 2023 is om onze nieuwe website online te laten gaan, met als doel o.a. een breder publiek te bereiken. Ook *Impact Magazine* is een belangrijke pijler in onze kennisdeling. U als lezer kunt hierin ook een rol spelen. Het is namelijk aannemelijk dat u in uw leven iemand zoals mijn oma ontmoet, die uw steun kan gebruiken. Zo krijgt u de kans om zelf een verschil te maken.

*Sophie van Leeuwen - Psycholoog en communicatie-medewerker NtVP*

# Een persoonlijke blik op de ontwikkeling van het Nederlandse psychotraumaveld

door Harry van Tienhoven

Ik ben van 1988 tot 2019 werkzaam geweest in het psychotraumaveld als arts, systeem- en psychotraumatherapeut aanvankelijk bij het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen (CGV; opgericht midden jaren 1980) later bij ARQ Centrum '45. Mijn collega's en ik letten destijds bij de zorg voor asielzoekers en vluchtelingen vooral op twee risicofactoren: 1) hun algemene gezondheidstoestand, zoals importziekten en achterstallige medische problematiek, en 2) doorge- maakte traumatische ervaringen. Voor dat laatste hadden we enkele vragenlijsten tot onze beschikking, zoals de Harvard Trauma Questionnaire<sup>1</sup> en de Hopkins Score lijst<sup>2</sup>. De rest kwam neer op onze klinische blik; de posttraumatische stressstoornis was pas net in de DSM-III-R opgenomen en traumabehandeling stond nog in de kinderschoenen. We hoorden van collega's vooral over ervaringen uit Amerika met de zorg voor oorlogsveteranen. Toen verscheen in 1992 het boek *Trauma en Herstel* van de Amerikaanse psychiater Judith Herman<sup>3</sup>, waarin zowel de problematiek van Vietnam oorlogsveteranen als slachtoffers van seksueel geweld de aandacht kregen. Wij herkenden hierin wat in onze praktijk bij vluchtelingen gezien werd en probeerden daarbij aan te sluiten in ons werk bij het CGV.

Intussen werd al sinds 1960 traumabehandeling gegeven aan Joodse slachtoffers van de Holocaust in het Sinai Centrum. Daarnaast bestond sinds 1973 Centrum '45 voor overige oorlogsgetroffenen van de Tweede Wereldoorlog, Indische oorlogsgetroffenen en verzetsdeelnemers. Hier werden psychotherapie, lotgenotencontact, schrijftherapie en creatieve therapie toegepast. In deze tijd waren deze centra enkel toegankelijk voor oorlogsgetroffenen, en konden vluchtelingen en asielzoekers nog niet worden verwezen.

Wat we in het psychotraumaveld regelmatig hebben gezien, is dat de komst van grote groepen vluchtelingen uit één regio vaak een impuls geven aan de hulpverlening. In de jaren '80 was dit de komst van vluchtelingen uit Zuid-Amerika, waarbij het verschijnsel van marteling onder de aandacht kwam. In Nederland werd hierdoor sterker de noodzaak onderkend van de aandacht voor het lichaam in de behandeling middels psychomotore therapie. In de jaren '90 kwamen groepen vluchtelingen uit voormalig-Joegoslavië naar Nederland, voor het eerst in opvangcentra met alleen landgenoten. Tevens kwamen Joegoslavische hulpverleners mee die zich inzetten voor hun landgenoten en bijdroegen aan het oprichten van het Psychotrauma Centrum Zuid-Nederland. Ondertussen werd het CGV verzelfstandigd en ging het in 1993 verder onder de huidige naam Stichting Pharos. Naast directe hulpverlening werd Stichting Pharos het aanspreekpunt voor verschillende Riaggs's om hun kennis over de behandeling van vluchtelingen en asielzoekers te vergroten. Nog altijd zet Stichting Pharos zich in om gezondheidsverschillen in Nederland te verkleinen.

In 1996 opende Centrum '45 een specialistisch centrum, de Vonk. Hier konden asielzoekers en vluchtelingen met PTSS opgenomen en behandeld worden<sup>4</sup>. Voor het eerst ook bekwaamden enkele therapeuten zich in de nieuwe therapievorm EMDR. Daarvoor werd gebruik gemaakt van Imaginaire Exposure. Echter, deze methode was nog niet geprotocolleerd, waardoor behandelingen verschilden en soms langdurig konden zijn.

Aandacht voor andere doelgroepen van eigen bodem, zoals politiepersoneel, militairen en slachtoffers van seksueel

geweld, maakten duidelijk dat PTSS wijdverbreid was en behandeling behoefde. Voor politiepersoneel ontwikkelde Berthold Gersons de Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP) waarin betekenisgeving een belangrijk onderdeel vormde. Tenslotte ontstond door een samenwerking met Duitse behandelaren de mogelijkheid om ons te bekwamen in een derde behandelmethode, de Narratieve Exposure Therapie (NET). Bij Centrum '45 schoolden behandelaren zich in deze methode die voor asielzoekers en vluchtelingen een makkelijker te introduceren behandeling bleek.

In de beginjaren van Centrum '45 waren de hulpverleners zich bewust dat opgroeien in een gezin waarin ouders oorlogsgeweld hadden meegemaakt, gevolgen heeft voor de kinderen. Deze naoorlogse generatie had last van ervaringen die zij zelf niet hadden meegemaakt. Pas vele jaren later werd in de hulpverlening aan vluchtelingen ingezien dat traumatisering gevolgen heeft voor de gezinsrelaties en werd er naar behandelmodellen gezocht waarin het hele gezin wordt betrokken. Vanaf ongeveer 2000 richtte het Jeugd-en Gezinsteam zich op deze tot nu toe relatief in de schaduw gebleven doelgroep. Naast behandelmethoden voor kinderen - EMDR, Kid-NET - werd Multi-Family Therapy geïntroduceerd, een methode ontwikkeld door Eia Asen uit Londen. Hierbij komen gezinnen samen in een groepsbehandeling waarbij gezinsleden een voorbeeld kunnen zijn voor elkaar. Tenslotte kregen ook de jongste kinderen aandacht in de Infant Mental Health groepen, waarbij getraumatiseerde ouders worden geholpen om oog te krijgen voor de nadelige gevolgen van hun post-traumatische klachten voor hun jonge kinderen.

Wat het psychotraumaveld in Nederland duidelijk laat zien is de toegenomen kennis en toegankelijkheid voor diverse patiëntengroepen. Het begrip psychotrauma is gemeengoed geworden maar is ook sterk opgerekt. De hulpverlening draagt daar deels aan bij door uit te dragen dat elk trauma behandeld en verholpen kan worden. Over de beperkingen en de chroniciteit zwijgt zij liever. Een

traumatische gebeurtenis speelt zich af in een context en gaat vaak met schending van iemands mensenrechten gepaard. Al deze aspecten zouden voor de hulpverlener in de GGZ reden moeten zijn tot enige bescheidenheid wat betreft haar rol<sup>5</sup>.

## LITERATUUR

1. Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of nervous and mental disease*, 180(2), 111–116.
2. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A measure of primary symptom dimensions. *Modern problems of pharmacopsychiatry*, 7(0), 79–110. <https://doi.org/10.1159/000395070>
3. Herman, J. L. (1992). *Trauma & herstel: de gevolgen van geweld. van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Wereldbibliotheek.
4. Begemann, F. (1997). De Vonk: Een afdeling van Centrum '45 voor getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. *ICODO info*, 14, 45-54.
5. Eaton, A. & Vries de, J. (2022). Denk je wel eens bij een client: dit telt niet?" Essay: Trauma als verhaallijn. *De Groene Amsterdammer*, 49, 48-51.

## OVER DE AUTEUR

Na een studie Medicijnen aan de VU en de huisartsenopleiding koos ik voor de gezondheidszorg ten behoeve van asielzoekers en vluchtelingen en ging werken bij het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen. Later werd dit Stichting Pharos. Ik volgde een opleiding tot systeemtherapeut en maakte vervolgens deel uit van het Jeugd- en Gezinsteam van ARQ Centrum'45 waar ik na het volgen van verschillende traumabehandelingmethoden NtVP psychotraumatherapeut werd. Nu na mijn pensionering werk ik nog als supervisor bij het psycho-sociaalteam van Dokters van de Wereld en als associate ben ik verbonden aan Antares Foundation.



Harry van Tienhoven

## Over NtVP

De Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) is een onafhankelijke vereniging, die streeft naar continue kwaliteitsverbetering op het gebied van psychotraumatologie voor diegenen die zich professioneel of binnen een professionele organisatie met psychotrauma bezighouden.

De NtVP maakt deel uit van de Europese vereniging voor Psychotrauma (ESTSS). De ESTSS heeft verbindingen met een groot aantal nationale verenigingen, waardoor een Europees breed netwerk van Psychotrauma verenigingen ontstaat.

## COLOFON

Dit katern wordt verzorgd door de werkgroep Communicatie van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma.

Redactie NtVP Katern: Sophie van Leeuwen & Janne Punski-Hoogervorst  
Contact: [communicatie@ntvp.nl](mailto:communicatie@ntvp.nl)  
© NtVP 2023



## SUPERVISIE

In de Supervisie rubriek beantwoorden experts uit het netwerk van de NtVP uw vragen over onderwerpen uit het brede werkveld van de psychotraumazorg. Hebt u een vraag over indicatiestelling, behandeling of wetenschap over psychotrauma? Stuur hem naar [communicatie@NtVP.nl](mailto:communicatie@NtVP.nl) onder vermelding van Impact Supervisie.



# Het gebruik van medicinale cannabis bij PTSS

## De vraag

Er is tegenwoordig veel aandacht voor het gebruik van medicinale cannabis, ook vanuit zorgvragers met PTSS. Is er voldoende evidentie om dit aan te raden als (ondersteunende) behandeling?

## Antwoord van de experts

De afgelopen jaren is de interesse in de mogelijke therapeutische waarde van cannabis sterk toegenomen. Een aantal redenen hiervoor zijn 1) de legalisering van het gebruik in bijvoorbeeld Canada, Californië en New York, 2) de wijdverspreide overtuiging dat cannabis klachten als angst en depressie kan verminderen<sup>1, 3)</sup> het grootschalige gebruik van cannabis als zelfmedicatie voor diverse (psychische) klachten<sup>2</sup> en 4) positieve resultaten uit (diermodel) studies. Voor zorgvragers met PTSS zijn reguliere behandelingen helaas niet altijd effectief, waardoor 30% chronische klachten ervaart<sup>2</sup>. Het valt hiermee in de lijn der verwachting dat ook zorgvragers met PTSS geïnteresseerd zijn in de mogelijke therapeutische effecten van cannabis.

### Wat doet cannabis eigenlijk?

Cannabis bevat verschillende stoffen, waarvan de belang-

rijkste tetrahydrocannabinol (THC) en cannabidiol (CBD) zijn. Gebruikers verwoorden het gevoel dat THC oproept als high, terwijl dat van CBD wordt beschreven als stoned. Daarnaast kan THC psychoseopwekkend werken terwijl CBD juist angst dempende effecten heeft en het psychotische effect van THC zelfs tegen kan gaan<sup>3</sup>. De stoffen grijpen aan op twee cannabinoïd receptoren (CB<sub>1</sub> en CB<sub>2</sub>) die zich op diverse plaatsen in het centrale en perifere zenuwstelsel bevinden<sup>4</sup>. Door deze wijdverspreide aanwezigheid van CB-receptoren zijn de effecten van cannabis divers. Zo is aangetoond dat CB<sub>1</sub>-receptoren in de amygdala een rol spelen bij het reguleren van angst, dat CB<sub>1</sub>-receptoren in de prefrontale cortex antidepressieve eigenschappen hebben, en dat CB<sub>1</sub>-receptoren in de hippocampus symptomen als hyperarousal verminderen<sup>5,6</sup>. Bovendien heeft cannabis effecten op bijvoorbeeld de eetlust, hartslag en pijnervaring.

### Welke effecten heeft het voor zorgvragers met PTSS?

Het meeste onderzoek naar de effecten van cannabis op PTSS-symptomen is op dit moment preklinisch. De resultaten van deze dierstudies laten zien dat cannabis angst en negatieve emoties kan verminderen door het verlagen van het stresshormoon cortisol en direct aangrijpen op de angstsystemen in de prefrontale cortex, amygdala en hippocampus<sup>6</sup>. Ondanks deze veelbelovende resultaten is het klinisch onderzoek naar de werking van cannabis en de effecten van de CB-receptoren op psychische klachten,

waaronder PTSS-symptomen, beperkt. Zo toont een kleine studie met een experimentele- en controlegroep aan dat gebruik van nabilone - een synthetische cannabinoïde stof vergelijkbaar aan THC - met name nachtmerries en slaapstoornissen vermindert die veelal aanwezig zijn bij mensen met PTSS. De totale PTSS-scores zijn in dit onderzoek niet gerapporteerd<sup>7</sup>. Andere onderzoeken vinden aanwijzingen dat cannabis negatieve herinneringen en vermijdingsgedrag vermindert. Echter, de resultaten van deze onderzoeken zijn beperkt en meer klinisch onderzoek is nodig om de veiligheid en effectiviteit van cannabis bij PTSS te onderzoeken<sup>5</sup>.

### Baadt het niet dan schaad het niet?

Naast het beperkte onderzoek naar het effect van medicinale cannabis op PTSS-symptomen, is er nog een aantal redenen waarom voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van cannabis in deze populatie. Onderzoeken tonen aan dat mensen met PTSS een twee tot vier keer hogere kans hebben op het hebben van een stoornis in het gebruik van middelen. Met name cannabis wordt veelal gebruikt als zelfmedicatie vanwege de rustgevende en angstremmende werking, vooral bij hogere doseringen CBD. Echter, cannabis kan ook een angstopwekkend effect hebben, zeker bij hogere doseringen THC<sup>5</sup>. Voor zorgvragers met PTSS kan dit betekenen dat PTSS-gerelateerde klachten juist toenemen in plaats van afnemen.

Daarnaast dient men rekening te houden met de algemene risico's van langdurig gebruik van cannabis. Hieronder vallen het risico op tolerantie en afhankelijkheid van het middel en schade aan de longen. Daarnaast bestaat er bij hogere doseringen THC een risico op het ontstaan van een drugsgeïnduceerde psychose<sup>5</sup>. Andere bijwerkingen van (medicinale) cannabis zijn duizeligheid, coördinatiestoornissen, desoriëntatie, vermoeidheid, misselijkheid en maag-darmklachten<sup>7</sup>.

### Conclusie

Kortom, de wetenschappelijke ondersteuning voor het gebruik van medicinale cannabis bij PTSS is beperkt. Daarnaast bestaan welbekende bijwerkingen van (langdurig) gebruik van cannabis en lijken zorgvragers met PTSS gevoeliger te zijn voor verslavingsproblematiek. Gezien de interesse in het gebruik van medicinale cannabis en het veelvuldig voorkomen van cannabis als vorm van zelfmedicatie is het aan te raden een open gesprek te voeren over het gebruik hiervan, met daarbij aandacht voor de sterkte en samenstelling van de cannabis, de risico's en beperkt bewezen effectiviteit. Voor het aanraden van medicinale cannabis als (ondersteunende) therapie is tot op heden nog onvoldoende bewijs.

## LITERATUUR

1. S. Keyhani et al., 'Risks and Benefits of Marijuana Use: A National Survey of U.S. Adults', *Ann. Intern. Med.*, vol. 169, no. 5, pp. 282–290, Sep. 2018, doi: [10.7326/M18-0810](https://doi.org/10.7326/M18-0810).
2. N. Morina, J. M. Wicherts, J. Lobbrecht, and S. Priebe, 'Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long term outcome studies', *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 34, no. 3, pp. 249–255, Apr. 2014, doi: [10.1016/j.cpr.2014.03.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.002).
3. R. J. M. Niesink and M. W. van Laar, 'Does Cannabidiol Protect Against Adverse Psychological Effects of THC?', *Front. Psychiatry*, vol. 4, 2013, doi: [10.3389/fpsy.2013.00130](https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00130).
4. M. R. Amin and D. W. Ali, 'Pharmacology of Medical Cannabis', in *Recent Advances in Cannabinoid Physiology and Pathology*, vol. 1162, A. N. Bukiya, Ed. Cham: Springer International Publishing, 2019, pp. 151–165. doi: [10.1007/978-3-030-21737-2\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-030-21737-2_8).
5. L. Orsolini et al., 'Use of Medicinal Cannabis and Synthetic Cannabinoids in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Systematic Review', *Medicina (Mex.)*, vol. 55, no. 9, p. 525, Aug. 2019, doi: [10.3390/medicina55090525](https://doi.org/10.3390/medicina55090525).
6. J. Sarris, J. Sinclair, D. Karamacoska, M. Davidson, and J. Firth, 'Medicinal cannabis for psychiatric disorders: a clinically-focused systematic review', *BMC Psychiatry*, vol. 20, no. 1, p. 24, Dec. 2020, doi: [10.1186/s12888-019-2409-8](https://doi.org/10.1186/s12888-019-2409-8).
7. R. Jetly, A. Heber, G. Fraser, and D. Boisvert, 'The efficacy of nabilone, a synthetic cannabinoid, in the treatment of PTSD-associated nightmares: A preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over design study', *Psychoneuroendocrinology*, vol. 51, pp. 585–588, Jan. 2015, doi: [10.1016/j.psyneuen.2014.11.002](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.11.002).

## OVER DE EXPERTS

**Janne Punski-Hoogervorst** is basisarts met ervaring in de acute psychiatrie en verslavingsgeneeskunde. Zij is momenteel als arts-onderzoeker en promovenda verbonden aan de Universiteit Haifa, Israël, waar zij onderzoek doet naar aandachtstoornissen bij zorgvragers met PTSS. Daarnaast is zij covoorzitter van de militaire SIG van de ISTSS en editor van de 'Biological Perspectives'-sectie van de ISTSS Stresspoints' nieuwsbrief. Bij de NtVP is Janne bestuurslid met de portefeuille Communicatie.



Janne Punski-Hoogervorst

**Arjen Neven** is psychiater op het TOPGGz Centrum Dubbele Problematiek (CDP) van Fivoor in Den Haag. Daarnaast werkt hij op de afdelingen Duurzaam Verblijf Verslaafden en de Weerlanden. Deze afdelingen zijn gespecialiseerd in IDDT: Integrated Dual Diagnosis Treatment (geïntegreerde behandeling van psychische en verslavingsstoornissen). Verder is Arjen lid van het Landelijk Expertise- en Innovatiecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) van het Trimbos Instituut en is hij opleider bij Fivoor voor de forensische keuzestages voor artsen in opleiding tot specialist.



Arjen Neven