

**Psychotrauma wel beschouwd**

**Liber amicorum voor prof. dr. Rolf J. Kleber**

ter gelegenheid van zijn emeritaat als hoogleraar Psychotraumatologie



Dit boek is een uitgave van Arq Psychotrauma Expert Groep en vormt een onderdeel van de Arq-boekenreeks.

2015 Stichting Arq, Diemen

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission from the author.

Cover: Stephan Csikós, Den Haag  
Graphic Design: Kees Dogterom, Amsterdam  
Printing / binding: Digiprint Den Haag

Cover photograph: Erik Kottier

ISBN 978 90 5875 467 7

NUR 756

[www.arq.org](http://www.arq.org)

# Psychotrauma wel beschouwd

**Liber amicorum voor prof. dr. Rolf J. Kleber**

ter gelegenheid van zijn emeritaat als hoogleraar Psychotraumatologie

Redactie

Prof. dr. Peter van der Velden

Dr. Trudy Mooren

Dr. Jeroen Knipscheer



# Inhoudsopgave

## **Voorwoord**

Prof. dr. Werner Raub  
Drs. Jan-Wilke Reerds MBA en drs. Jan Schaart MHA 9

## **Ten geleide**

Prof. dr. Peter van der Velden  
Dr. Trudy Mooren  
Dr. Jeroen Knipscheer 13

## **Vertrouwen op veerkracht**

**Toegang tot psychische zorg na rampen**  
Juil Gouweloos, MSc 17

## **Veerkracht bij weeskinderen**

**De invloed van de sociale context op het welbevinden  
van weeskinderen in ontwikkelingslanden**  
Drs. Naomi van Damme 23

## **Groepstherapie met getraumatiseerde vluchtelingen**

Drs. Hans Rohlof 31

## **Psychotrauma: het niet vertelde verhaal**

Drs. Jeannette Lely 39

## **Child maltreatment and its aftermath: Can we mitigate its consequences across lifespan**

Aida Dias, MSc 45

## **Er is geen *sine qua non* in psychotherapie**

Joris F.G. Haagen, MSc 53

## **Onthoud te vergeten**

Marieke Sleijpen, MSc 61

<b>Afdalen in de hel met Hades: een klassiek-hermeneutische visie op psychotrauma</b> Dr. Erik L.J.L. de Soir	67
<b>Hoe kom je erbij en hoe kom je eraf?</b> <b>Veroordeling van slachtoffers van verkrachting als gedeeld probleem</b> Dr. Jackie June ter Heide	75
<b>Zorg bij grootschalig geweld in oorlogsgebieden</b> Dr. Kaz de Jong	81
<b>Diversiteit in behandelingen voor PTSS is een rijkdom</b> Dr. Mariel Meewisse	87
<b>Kinderen geboren uit seksueel geweld – een interventiemodel</b> Mr. dr. Elisa van Ee	97
<b>Stress-sensibiliteit en psychotherapie: over reflexiviteit</b> Dr. Geert Smid	103
<b>Kinderen Tetris laten spelen ter preventie van PTSS?</b> <b>Een gedachte-experiment</b> Dr. Eva Alisic	111
<b>Is het diversiteitsonderzoek na rampen en schokkende gebeurtenissen wel zo divers in Nederland?</b> Dr. Annelieke Drogendijk	117
<b>Posttraumatische groei na de missie: aanpassing of illusie?</b> Dr. Michaela Schok	125
<b>De emotionele gevolgen van medische fouten: onbekend gebied voor psychotrauma-onderzoek</b> Prof. dr. Jos de Keijser	131
<b>Gezinsdynamiek na ingrijpende gebeurtenissen</b> <b>Indische lessen</b> Dr. Trudy Mooren	141

<b>Durven en doorzetten – over inhoud en effect van cultuursensitieve traumatherapie</b>	
Dr. Jeroen W. Knipscheer	151
<b>Gezondheid als risicofactor voor posttraumatische stress-symptomen: een prospectieve studie</b>	
Prof. dr. Peter G. van der Velden	159
<b>Over de auteurs</b>	169





## Voorwoord

In dit *liber amicorum* ter gelegenheid van het afscheid van Rolf Kleber als hoogleraar Psychotraumatologie aan de faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht staat hij via zijn promovendi centraal. Zij blikken terug op hun promotieonderzoek of presenteren onderzoek dat voortbouwt op hun proefschrift. Deze opzet van het boek past bij Rolf Kleber en de rol die hij speelde en speelt voor zijn vele promovendi en de rol van die promovendi voor hem. Promovendibegleiding – daarom draait veel in zijn werk en onderzoek. Zijn thema's zijn de gevolgen van schokkende ervaringen zoals geweld, ongevallen, oorlogen en rampen en de psychologische verwerkingsprocessen daarvan. Ook onderzoekt hij interventies ter voorkoming van gezondheidsproblemen en ter bevordering van normale verwerking. Speciale aandacht is er voor de relatie werk en trauma, psychische effecten op langere termijn ten gevolge van oorlog en geweld, de studie van de gevolgen van calamiteiten en rampen, en culturele aspecten bij de verwerking van schokkende gebeurtenissen. Deze thema's komen terug in het *liber amicorum*.

In zijn loopbaan aan de Universiteit Utrecht heeft Rolf Kleber over een periode van decennia zijn stempel gedrukt op onderzoek en onderwijs rondom deze thema's en meer algemeen op onderwijs en onderzoek in de klinische psychologie aan onze universiteit. Veel van het onderzoek van Rolf Kleber is gedaan in samenwerking met de Stichting Arq, een bundeling van het Instituut voor Psychotrauma (in 1985 mede opgericht door Rolf Kleber), Stichting Centrum '45 en andere op psychotrauma gerichte organisaties. Arq ondersteunt de leerstoel psychotraumatologie en is een mooi voorbeeld van samenwerkingsrelaties die de faculteit en haar wetenschappers onderhouden met maatschappelijke organisaties. Arq heeft ook het *liber amicorum* mogelijk gemaakt.

Rolf wordt gewaardeerd als wetenschapper en als aimabel en betrokken collega. Wie hem kent, weet dat hij als wetenschapper actief zal blijven, zeker niet in de laatste plaats als begeleider van promovendi.

Prof. dr. Werner Raub  
Decaan faculteit Sociale Wetenschappen  
Universiteit Utrecht

In een boek waar zoveel inhoud wordt geschreven mag het voorwoord bescheiden zijn.

Rolf heeft in de afgelopen tien jaar intensief zijn rol vervuld als bijzonder hoogleraar van Arq. Hij deed dit met veel inzet en passie. Hij was vooral een mentor en coach voor zijn pupillen. De promovendi die hij begeleidde, en in de komende periode nog zal begeleiden, hebben in hem een wetenschapper ervaren die doorgaans kijkt naar mogelijkheden en niet naar de onmogelijkheden. En een hoogleraar die er ook echt was voor zijn studenten.

10

In zijn sturende rol lag het vermogen het academische gedachtengoed over te dragen en door te geven. Het opleiden van de homo universalis en hem lardereren met de scientia was zijn doel. Hij is daar, getuige dit prachtige boek, goed in geslaagd.

Rolf heeft feitelijk tien jaar een 'Arq loopbaan' gehad. Dertig jaar geleden begon hij het Instituut voor Psychotrauma (IVP) om er uiteindelijk als hoogleraar te eindigen. Namens het IVP is hij van 1998 tot 2005 in Tilburg hoogleraar geweest. Daarna werd hij formeel hoogleraar van Stichting Centrum '45 en het IVP. Al snel werden deze mooie organisaties partners in de holding Arq en werd Rolf, samen met zijn collega's trekker van het wetenschappelijk fundament in Arq. Rolf heeft sterk verbindende karaktereigenschappen die maken dat de inhoud ook echt een weg vond naar praktijk.

Arq kijkt dan ook met grote trots terug op een belangrijke periode waarin Rolf, en met hem auteurs in dit boek, vorm hebben gegeven aan een herkenbare positie van Arq en daarmee Nederland in het internationale veld van onderzoek met betrekking tot psychotrauma.

Het brede palet aan onderwerpen die hier in dit boek de revue passeren geeft ook de diepgang weer van de leermeester zelf. Hij groeide op in een tijd dat trauma en psychotrauma nog onvoldoende bekend waren bij het grote publiek, en zelfs bij collega's binnen de psychologie en de psychiatrie.

Hij begon zijn carrière in de wetenschap met zijn proefschrift *Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking* met als promotores prof. dr. P.B. Defares en prof. dr. P.E. Boeke. Hij deed dit traject samen met Danny Brom.

Jan Bastiaans zei destijds: 'op die man moet je letten ... het wordt een grote'.

Dat hebben we gedaan en we zijn prof. dr. R.J. Kleber erkentelijk en dankbaar voor zijn wetenschappelijk inzet in de afgelopen dertig jaar. En gelukkig zullen we hem nog vaak blijven horen.

Dank.

Drs. Jan-Wilke Reerds MBA

Drs. Jan Schaart MHA

Raad van bestuur Arq Psychotrauma Expert Groep



## Ten geleide

In de afgelopen dertig jaar zijn tal van gewoontes en gebruiken veranderd. De digitalisering van de samenleving is daarvan misschien wel de meest opvallende. Het gebruik van pc's, laptops en tablets neemt inmiddels een vaste plaats in ons dagelijkse leven. Zonder een smartphone voelt het leven bijna kaal. Internet is inmiddels *the Internet-of-things*. Er zijn nauwelijks nog levensgebieden waar de invloed ervan zich *niet* doet gelden.

Degenen die langer dan dertig jaar geleden afstudeerden, hadden daar nog nauwelijks boodschap aan. Een eigen IBM typewriter was welhaast het hoogst technologisch haalbare. Er waren natuurlijk wel computers op de universiteit: de zogenaamde Mainframes: zeer grote 'kamer vullende apparaten' in dat ene gebouw. Onderzoeksgegevens werden opgeslagen en verwerkt met ponskaart en -banden. Hier en daar deden de eerste personal computers hun intrede.

### Psychotrauma

Wie zich dertig jaar geleden aan deze ontwikkelingen verbond, was modern. Wie ermee carrière wilde gaan maken, had een zeer vooruitziende blik. Dat lag, wat de aandacht voor de gevolgen van schokkende gebeurtenissen betreft, niet echt anders. In die tijd was de aandacht voor 'trauma' nog niet zo gewoon als nu. Binnen de RIAGG's (de voorloper van de GGZ-instellingen) zag men nauwelijks trauma's. Met name de introductie van de posttraumatische stress-stoornis in de DSM-III (1980), onder invloed van de oorlog in Vietnam, bracht daar verandering in. Vanaf die tijd groeide de wetenschappelijke aandacht exponentieel. Er lijkt nu zelfs geen dag voorbij te gaan zonder krantenberichten over trauma's. Iedereen blijkt inmiddels de term posttraumatische stress-stoornis te kennen en tegenwoordig heeft iedere GGZ-instelling trauma-experts. Voor smartphones zijn inmiddels trauma-applicaties.

Zoals in beide voorwoorden reeds belicht: prof. dr. Rolf Kleber was en is een prominent lid van de voorhoede van de psychotraumatologie. Zo heeft hij in Nederland het Instituut voor Psychotrauma mede opgericht. Maar, had prof. dr. Rolf Kleber (1950) dertig jaar geleden ook die vooruitziende blik? Wist hij toen al hoe vanzelfsprekend de aandacht voor trauma zoals wij die nu kennen, zou worden? Had hij begin jaren tachtig voorzien dat hij later als hoogleraar psychotraumatologie de wetenschap zou gaan dienen? Was zijn eerste boek *Stressbenaderingen in de Psychologie* (1982) de opmaat voor wat later komen zou?

Was hij toen reeds ideeën aan het vormen hoe hij al zijn toekomstige promovendi zou gaan begeleiden? Was het onderzoek met dr. Danny Brom (Brom, Kleber & Defares, 1989) naar de effecten van de behandeling van PTSS retrospectief gezien een vingeroefening?

14

De eerlijkheid gebiedt ons te zeggen dat we het niet weten: we hebben er nooit echt naar gevraagd in de afgelopen bijna dertig jaar. Ondanks de talloze gesprekken, overleggen, meetings, reizen, etentjes, debatten, conferenties, telefoon- en mailverkeer, was het nimmer onderwerp van gesprek. Zoekend naar het antwoord blijft het gissen. Mogelijk houden de serendipitisten onder ons het op toeval en de calvinisten op predestinatie. Voor wie zich thuis voelt in de mystiek: misschien speelt zijn geboortegrond, Bandjermasin in Indonesië, een dominante rol. In ieder geval is een interessant gespreksthema voor overleg met prof. dr. Rolf Kleber geboren.

### **Dit boek**

Zoals gezegd, in de afgelopen dertig jaar zijn tal van bezigheden en gewoontes veranderd. Maar een aantal ervan nauwelijks of helemaal niet. Misschien is menselijk contact hier het meest sprekende voorbeeld: aandacht geven en ontvangen, vertrouwen krijgen en schenken, luisteren en ervaringen delen, waardering krijgen en waardering uiten. Al verandert wellicht de vorm, het fenomeen zelf blijft onverminderd belangrijk. Degenen die aan deze bundel hebben meegewerkt, tonen dat op een heel bijzondere manier.

Als (oud-) promovendi van prof. dr. Rolf Kleber hebben zij met veel plezier de handen ineengeslagen en deze bundel voor hem geschreven. Hun carrière is namelijk onlosmakelijk met hem verbonden: natuurlijk door zijn promotorschap, maar ook als mede-auteur en -onderzoeker, als collega, als inspirator en als bron van steun. Daarin drukken zij, ieder op geheel eigen wijze, op serene en wetenschappelijke toon hun waardering uit. Door de rijke schakering aan onderwerpen in deze bundel, onderstrepen zij tegelijkertijd de breedte van het werk van prof. dr. Rolf Kleber. Ze omvatten theorievorming, literatuur review, empirisch onderzoek, specifieke groepen getroffen en potentieel traumatische gebeurtenissen, culturele diversiteit, interventies en therapieën, reflectie en beschouwing. De rode draad is gelijk aan de rode draad in het werk van prof. dr. Kleber: de volle breedte en rijkdom van de psychologische kant van de psychotraumatologie.

### ... en 't volgende

Ons woord van dank is een boek: een liber amicorum. En daarmee hebben we ook meteen datgene gezegd wat we later niet meer zullen herhalen in de afzonderlijke bijdragen: dank voor alles! Daar moet hij het mee doen, maar uiteraard staat het hem vrij deze tekst vaak te herlezen.

En dat niet alleen, er wachten hem twee nieuwe opdrachten. De eerste is natuurlijk het bestuderen van alle bijdragen en de start van briefwisselingen met de auteurs daarover. Maar bovenal: we verwachten een nieuw boek van prof. dr. Rolf Kleber waarin hij eindelijk een theoretische synthese presenteert op het gebied van de psychotraumatologie (met een klein scheutje cultuurpsychologie). Het moment is nu aangebroken om met dezelfde energie en met gebruikmaking van zijn eruditie, dit werk vorm te geven en de komende jaren te finaliseren. Onze bijdragen zijn hopelijk *food for thought*, en opnames in de referentielijst in dit te schrijven boek worden natuurlijk verwelkomd.

Daarbij willen we prof. dr. Rolf Kleber op 'het scheiden van de markt' tot slot nog het volgende meegeven: *Beyond trauma* was als titel van het vorig boek (Kleber, Figley & Gersons, 1995) zonder meer gewaagd. Maar, ook in de afgelopen 20 jaar zijn tal van zaken veranderd. Problemen zijn *challenges* geworden, bezuinigingen efficiëntie-slagen, en conflicten *win-win* situaties. De turbo-taal-waan heeft blijkbaar attractieve kanten, en wellicht bruikbaar bij het zoeken naar een titel voor het nieuwe boek.

Onze hoop is dat prof. dr. Kleber dat vooral *nalaat*. Zijn kracht is juist weg te blijven van de waan van de dag. Daarmee hield en houdt hij een scherp oog voor trauma. Volgens ons is er geen enkele reden om daar na dertig jaar mee te stoppen: sommige bezigheden en gewoontes zijn het waard lang gekoesterd te worden.

Namens alle (oud-) promovendi en met hartelijke groet,

de Redactie

Prof. dr. Peter van der Velden

Dr. Trudy Mooren

Dr. Jeroen Knipscheer

Ten geleide

## **Referenties**

Brom, D., R.J. Kleber & P.B. Defares (1989), 'Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders', in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.

Kleber, R.J. (1982), *Stressbenaderingen in de psychologie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

16

Kleber, R.J., C. Figleyz, B.P.R. Gersons (Eds.) (1995), *Beyond trauma; cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Publishers.



# Vertrouwen op veerkracht

## Toegang tot psychische zorg na rampen

Juul Gouweloos, MSc

*Getroffenen van een ramp of crisis beschikken veelal over een grote mate van veerkracht en vinden vaak hun weg in het omgaan met de spanningen en wanorde na een ramp. Echter, er is een minderheid met ernstige psychische klachten en onvervulde zorgbehoeften. Deze bijdrage belicht de effectiviteit van interventies om mensen die risico lopen op het ontwikkelen van psychische klachten te identificeren en adequaat door te verwijzen naar de zorg.*

Getroffenen van een ramp of crisis beschikken veelal over een grote mate van veerkracht (Bonanno, Brewin, Kaniasty & La Greca, 2010). De meerderheid is zelfredzaam, maakt gebruik van sociale steun van vrienden en familie en vindt een weg in het omgaan met de spanningen en wanorde na een ramp. Ongeveer tien procent van de mensen ontwikkelt ernstige psychische problemen, zoals een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), depressie of angststoornis (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis & Andreski, 1998; Bonanno et al., 2010). Gelukkig zijn er voor deze problemen bewezen effectieve therapieën, zoals traumagerichte cognitieve gedragstherapie bij PTSS en EMDR (Bisson & Andrew, 2009). Wie dit leest zal denken: er hoeft niets te gebeuren na een ramp in een westers land als Nederland; immers de meeste mensen zijn zelfredzaam en voor de mensen die psychische problemen ontwikkelen, is er therapie.

Echter, uit ervaringen na rampen blijkt dat er een groep getroffen is met zogenaamde onvervulde zorgbehoeften: ze hebben ernstige psychische klachten, maar weten toch niet de weg naar de geestelijke gezondheidszorg te vinden (Brewin et al., 2010). Verklaringen die hiervoor gegeven worden zijn onbekendheid met de geestelijke gezondheidszorg, stigma op het gebied van psychische problemen, of vermijding van de herinneringen aan de gebeurtenis (Stuber et al., Weisaeth, 2005). Huisartsen weten ook niet altijd wanneer ze moeten verwijzen (Rosenbaum, 2005). PTSS wordt bijvoorbeeld niet altijd herkend, mogelijk doordat het zich uit in klachten die tot meerdere diagnoses kunnen leiden en gepaard gaat met somatische klachten. Cijfers over de grootte van de groep mensen met onvervulde zorgbehoeften variëren van 14 procent tot meer dan 50 procent, onder andere

vanwege sterke verschillen tussen studies in meetmethoden (Dyb, Jensen, Glad, Nygaard, & Thoresen, 2014; Stuber et al., 2005). Er zijn ook aanwijzingen dat na een ramp de weg naar zorg juist beter toegankelijk is dan normaal. Uit Nederlands onderzoek na de ontploffing van een vuurwerfabriek in Enschede blijkt dat getroffenen van de ramp vaker psychologische hulp vonden dan een controlegroep van mensen die niet waren blootgesteld aan de ramp (Van der Velden et al., 2006).

18

Aangezien iedere ramp verschilt in soort, omvang, impact op de populatie en de structuur van de aanwezige gezondheidszorg, adviseren richtlijnen op het gebied van psychosociale ondersteuning na rampen om altijd ondersteuning te bieden die passend is bij de specifieke context van de ramp (Reifels et al., 2013). Daarnaast pleiten ze ervoor om, in de weken, maanden en jaren na de ramp, mensen die risico lopen op het ontwikkelen van psychische klachten te monitoren en tijdig te signaleren wanneer specialistische, psychische hulp nodig is: de zogenaamde 'proactive outreach' of actieve aanpak (Bisson et al., 2010). Aan de ene kant klinkt dit als een logische aanbeveling: iedereen zal het ermee eens zijn dat mensen hier makkelijk toegang moeten hebben tot zorg. Aan de andere kant is een te actieve en interveniërende houding niet in lijn met de wetenschap dat een grote groep veerkrachtig is. Immers, om risicogroepen te identificeren, zullen ook mensen die zelfredzaam en veerkrachtig zijn, moeten worden benaderd en bevraagd. Mogelijk geeft een dergelijke actieve houding de (impliciete) boodschap aan getroffenen dat de eigen zelfredzaamheid niet voldoende is. Bovendien is de aanbeveling om risicogroepen tijdig te identificeren moeilijk uitvoerbaar: hoe weten zorgverleners wie er risico loopt? Zijn dit selecte groepen, bijvoorbeeld mensen die iemand verloren hebben, of groepen met een beperkt sociaal vangnet? En over welk risico spreken we eigenlijk? Specifieke klinische klachten als PTSS, of algehele malaise? Er zijn zoveel verschillende risicofactoren en problemen dat het haast onmogelijk is één bepaalde groep aan te wijzen, waarop gericht kan worden geïntervenieerd.

Aangezien de richtlijnen over psychosociale zorg na rampen voornamelijk gebaseerd zijn op consensus onder experts uit het veld, is er nog weinig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van interventies om mensen met klachten te identificeren en door te verwijzen naar hulp (Bisson et al., 2010). Tot op heden is een beperkt aantal evaluatiestudies aanwezig die meer zicht geven op de noodzaak van dergelijke actieve interventies. Een voorbeeld is het 'Screen and Treat' programma na de bomaanslagen in London in 2005 (Brewin et al., 2010): mensen die direct betrokken waren bij de ramp, werden na 6 weken gescreend op psychische klachten. Indien uit de screening bleek dat klachten aanwezig waren, werd nadere diagnostiek toegepast en werd, indien nodig, psychologische

behandeling aangeboden. Het bleek dat doorverwijzing naar hulp beter was te realiseren, dan wanneer vertrouwd werd op het reguliere circuit via de huisarts: meer mensen met ernstige psychische problemen kwamen in zorg. In navolging hierop werd ook na de terroristische aanslag in 2011 op het eiland Utoya in Noorwegen een dergelijke methode gebruikt (Dyb et al., 2014). Door middel van interviews werden 3 maanden na de aanslag klachten, zorggebruik- en behoeften van jongeren vastgesteld. Een minderheid had, ondanks ernstige klachten, zelf geen hulp, en kon door het programma ondersteund worden in het vinden van hulp.

19

Hoewel deze onderzoeken laten zien dat een deel van de mensen onvervulde zorgbehoeftes heeft, en het aannemelijk is dat het programma op zijn minst een bijdrage levert aan het vinden van zorg, blijft onduidelijk wat het effect van dergelijke interventies is op mensen met weinig klachten, en/of geen behoefte aan verwijzing naar zorg. Voelen zij zich verminderd zelfredzaam door de interventie? Bijvoorbeeld omdat er in vragenlijsten of interviews de nadruk gelegd wordt op mogelijke problemen die ze ervaren waar eventueel hulp bij nodig is van buitenaf. Onbekend is of dit invloed heeft op iemands vertrouwen in zijn eigen copingstrategieën om met de gebeurtenis om te gaan. Zelfredzaamheid bestaat eruit dat iemand gelooft dat hij of zij om kan gaan met de consequenties van de gebeurtenis, waaronder negatieve emoties gerelateerd aan de gebeurtenis, en goed kan blijven functioneren (Bosmans & Van der Velden, 2015). Ook zal een deel van de mensen die geen hulp nodig heeft, toch geïdentificeerd worden als hulpbehoevend in vragenlijsten (fout positieve testuitslag, type 1 fout). Is dat schadelijk? Daarnaast blijft onduidelijk of het nodig was de gehele groep te bevragen en of er niet gerichter geïntervenieerd kan worden. Een belangrijke vraag blijft wat precies het onderscheid is tussen mensen die zelf hulp hebben gevonden zonder interventie en mensen met onvervulde zorgbehoeften. Van der Velden (2013) wijst er in zijn oratie op dat het niet onwaarschijnlijk is dat er specifieke risicofactoren zijn voor mensen met onvervulde zorgbehoeften.

Het leed, de chaos en wanorde, gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid, roepen bij velen de behoefte op om getroffenen van rampen te ondersteunen. Het geven van goede informatie en het faciliteren van praktische en sociale steun is dan helpend. Of zoals Wessely (2005) het formuleert: 'The most appropriate immediate mental health interventions are practical, not emotional.' Ook dient op termijn psychische hulp beschikbaar te zijn, maar gelukkig enkel voor een minderheid. Hoewel het begrijpelijk is dat na rampen en crises hulpverleners liever het zekere voor het onzekere nemen (en dus liever mensen zonder klachten bevragen

dan mensen met klachten zonder hulp laten rondlopen), blijft het een vraag in hoeverre een actieve benadering van alle getroffen en hiertegen helpt. Een eerste stap om hier meer zicht hierop te krijgen is meer evaluatie onderzoek, met name naar het zorggebruik- en de zorgbehoeften van getroffen en. Een tweede stap is dat hulpverleners én media én autoriteiten ook durven te vertrouwen op de veerkracht en zelfredzaamheid van getroffen en – en dit vertrouwen ook tonen in hun acties.

## Referenties

- Bisson, J., & M. Andrew (2009), 'Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)', in: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, 1-123.
- Bisson, J., B. Tavakoly, A.B. Witteveen, D. Ajdukovic, L. Jehel, V.J. Johansen, D. Nordanger, F.O. Garcia, R. Punamaki, U. Schnyder, A.U. Sezgin, L. Wittmann & M. Olf (2009), 'TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process', in: *The British Journal of Psychiatry* 196 (1) 69-74.
- Bonanno, G.A., C.R. Brewin, K. Kaniasty & A.M. La Greca (2010), 'Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities', in: *Psychological Science in the Public Interest* 11 (1), 1-49.
- Bosmans, M.W.G. & P.G. van der Velden (2015), 'Longitudinal interplay between posttraumatic stress symptoms and coping self-efficacy: A four-wave prospective study', in: *Social Sciences and Medicine* 134, 23-29.
- Breslau, N., R.C. Kessler, H.D. Chilcoat, L.R. Schultz, G.C. Davis & P. Andreski (1998), 'Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the Detroit area survey of trauma', in: *Archives of General Psychiatry* 55, 626-32.
- Brewin, C.R., N. Fuchkan, Z. Huntley, M. Robertson, M. Thompson, P. Scragg, P. d'Ardenne & A. Ehlers (2010), 'Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes', in: *Psychological Medicine* 40 (12), 2049-2057.
- Dyb, G., T. Jensen, K.A. Glad, E. Nygaard & S. Thoresen (2014), 'Early outreach to survivors of the shootings in Norway on the 22nd of July 2011', in: *European Journal of Psychotraumatology*, 5, doi: 10.3402/ejpt.v5.23523.
- Reifels, L., L. Pietrantonio, G. Prati, Y. Kim, D.G. Kilpatrick, G. Dyb, J. Halpern, M. Olf, C.R. Brewin & M. O'Donnell (2013), 'Lessons learned about psychosocial responses to disaster and mass trauma: an international perspective', in: *European Journal of Psychotraumatology*, 4, doi: 10.3402/ejpt.v4i0.22897.

Rosenbaum, L. (2005), 'Post-traumatic stress disorder: a challenge for primary care - misunderstood and incognito', in: *British Journal of General Practice* 2, 83-84.

Stuber, J., S. Galea, J.A. Boscarino & M. Schlesinger (2005), 'Was there unmet mental health need after the September 11, 2001 terrorist attack?', in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 1-11.

22 Velden, P.G. van der (2013), *Problemen groter dan gedacht. Inaugurele rede door Prof. dr. Peter G. van der Velden*. Tilburg University: Tilburg.

Velden, P.G. van der, L. Grievink, R.J. Kleber, A.D. Drogendijk, A.R. Roskam, F.G.H. Marcelissen, M. Olf, M.L., Meewisse & B.P.R. Gersons (2006), 'Post-disaster mental health problems and utilization of mental health services: a four-year longitudinal comparative study', in: *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33, 279-288.

Weisaeth, L. (2001), 'Acute posttraumatic stress: nonacceptance of early intervention', in: *Journal of Clinical Psychiatr*, 62 (17), 35-40.

Wessely, S. (2005), 'Victimhood and resilience', in: *The New England Journal of Medicine* 353 (6), 548-550.

# **Veerkracht bij weeskinderen**

## **De invloed van de sociale context op het welbevinden van weeskinderen in ontwikkelingslanden**

Drs. Naomi van Damme

*Weeskinderen kunnen kwetsbaar zijn door de gebeurtenissen in hun leven. Hoe hun klachten precies in verband staan met andere omgevings- en/of kindfactoren is nog onvoldoende duidelijk. Om kinderen te voorzien in de nodige zorg, is het belangrijk zicht te krijgen op de noden en factoren die kunnen bijdragen aan veerkracht bij weeskinderen.*

### **Traumagerelateerde klachten bij weeskinderen**

Weeskinderen kunnen kwetsbaar zijn door de gebeurtenissen in hun leven. In 2015 woonden er in Sub-Sahara Afrika, Azië, Latijns Amerika en de Caraïben naar schatting meer dan 132 miljoen weeskinderen (Unicef, 2015). Een aantal onderzoeken toont aan dat er bij weeskinderen vaak sprake is van traumagerelateerde klachten zoals post-traumatische stress stoornissen (PTSS) en andere psychologische en psychiatrische klachten (Hermenau et al., 2011). Zo toont een onderzoek van Hermenau et al. (2011) aan dat meer dan 50% van de Afrikaanse weeskinderen in hun studie PTSS-klachten vertoonden. Deze mentale gezondheidsproblemen bij kinderen in weeshuizen worden ook in andere landen gevonden. Zo blijkt uit een studie van Rather (2011) naar psychiatrische stoornissen bij meisjes tussen 5-12 jaar woonachtig in weeshuizen te Kashmir, dat maar liefst 42% procent van de kinderen voldeden aan een psychiatrische diagnose waarvan 41% PTSS-symptomen en 25% symptomen van ernstige depressie (Rather, 2011). Traumablootstelling gekenmerkt door verlies van 1 of beide ouders bleek ook uit een studie bij weeskinderen in Bosnië en Herzegovina een van de meest voorspellende factoren te zijn voor de ontwikkeling van PTSS-klachten – al dan niet samengaand met depressie (Mevludin, Sinanović, Selimbašić, Pajević & Avdibegović, 2006).

Hoe deze klachten precies in verband staan met andere omgevings- en/of kindfactoren is nog onvoldoende duidelijk. Onderzoek van Whetten et al. (2009) toont een positieve correlatie tussen het aantal traumatische gebeurtenissen waaraan een weeskind wordt blootgesteld enerzijds en emotionele- en gedragsproblemen anderzijds. Weeskinderen rapporteerden dan ook meer angstklachten naarmate de frequentie van trauma exposure toenam. Opvallend was dat weeskinderen en afgestane kinderen meer traumatische gebeurtenissen meemaakten dan niet-weeskinderen. Bovendien bleek in hun studie dat weeskinderen – in vergelijking tot niet wezen – meer kans hadden om in de toekomst opnieuw blootgesteld te worden aan een gelijkaardige schokkende gebeurtenis of andere vormen van trauma (zoals geweld, mishandeling). Afgestane kinderen bleken het meeste kans te hebben om ook nog slachtoffer te worden van fysieke mishandeling of seksueel misbruik (84%), volwezen bleken meer kans te hebben om blootgesteld te worden aan familiaal geweld (59%) en opnieuw uit huisplaatsing vanuit hun dan nieuwe verblijfplaats bij externe familieleden (42%) (Whetten et al., 2009).

Om kinderen te voorzien in de nodige zorg dient men eerst goed zicht te hebben op de noden en het welzijn van deze kinderen (Whetten, Ostermann, Whetten, O'Donnell & Thielman, 2011). Maar wat als aandacht voor geestelijke gezondheid en onderzoek bij deze doelgroep kinderen in ontwikkelingslanden niet zo vanzelfsprekend is?

### **Onderzoek in ontwikkelingslanden en de beperkingen van de sociale context**

Het meemaken van schokkende gebeurtenissen hoeft niet altijd te resulteren in ernstige pathologie, ontwikkelingsproblemen of andere problemen. Zo blijkt uit meerdere onderzoeken dat de overgrote meerderheid van kinderen blootgesteld aan een schokkende gebeurtenis, deze gebeurtenis goed kon verwerken en opgroeide tot gezonde volwassenen (Hoffman, 2010). Er wordt wel gesteld dat zij veerkrachtig zouden zijn. Er zijn meerdere definities met betrekking tot veerkracht. Eén van deze definities omschrijft veerkracht als zijnde: *a dynamic process encompassing positive adaptation within the context of significant adversity* (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

Men kan zich afvragen wat dan precies bepaalde bio-, psycho- en sociale factoren zijn die kunnen bijdragen aan veerkracht bij kinderen. Het identificeren van factoren die bijdragen aan positieve ontwikkelingsuitkomsten ging dan ook stilaan steeds meer de plaats innemen van het voorheen overheersende pathologische model (Hoffman, 2010).



Ondanks dat er nog veel en uitgebreider onderzoek noodzakelijk zal zijn om een compleet antwoord op deze vraag te bieden, weten we al wel een aantal dingen. Zo blijkt uit eerder onderzoek dat met de juiste sociale steun en vaardigheden kinderen op een veerkrachtige wijze schokkende gebeurtenis te boven kunnen komen (Hoffman, 2010; Van den Bout & Kleber, 1994). Zo duiden sommigen op het belang van goede sociale vaardigheden, relationele vaardigheden, oplossingsvaardigheden evenals een positief zelfbeeld als zijnde factoren die kunnen bijdragen aan veerkracht bij kinderen (Haskett, Nears, Sabourin Ward & McPherson, 2006). Ook factoren eigen aan de ouders of het gezin zoals de mate van warmte in de opvoeding, de pedagogische vaardigheden van de ouder (Graham-Bermann, Gruber, Howell & Girz, 2009), familie en familiestructuren (Engle, Castle & Menon, 1996) en de relatie met een liefdevolle en warme volwassenen blijken een zeer belangrijke rol te spelen bij veerkracht bij kinderen (Aarts & Visser, 2007). Onderzoek binnen het domein van veerkracht enerzijds en de geestelijke gezondheid anderzijds blijft erg belangrijk om meer te leren over veerkracht en herstel na trauma.

25

Helaas zien we dat een opvallende 90% van ons hedendaags klinisch onderzoek – binnen het domein van de geestelijke gezondheid – plaats vindt in de zogenaamde hoge inkomstande landen (Patel, 2007). Psychologisch onderzoek in midden- en laaginkomstande landen (LAMIC; low and middle income countries) blijkt daarentegen zeer schaars (McAdam-Crisp, 2006; Wei, 2008). Dit terwijl het overgrote deel van de wereldbevolking deel uit maakt van deze LAMIC. Slechts 2 landen per 11 zijn geen LAMIC (Jacob et al., 2007; Wei, 2008). Het zijn helaas net deze LAMIC die het meeste nood hebben en geraakt worden door geestelijke gezondheidsproblemen (Wei, 2008).

Een vierde tot de helft van de bevolking in deze LAMIC bestaat uit kinderen. Onder deze kinderen leven kinderen met psychische noden die momenteel niet de nodige psychische ondersteuning krijgen (Patel, 2007). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn het gebrek aan financiële middelen in deze landen, beperkte mankracht, een slechte infrastructuur die dergelijk onderzoek mogelijk maakt evenals weinig of geen politieke beleidsafspraken die zich buigen over het thema Geestelijke Gezondheid (Jacob et al., 2007).

Daarnaast kan de betekenis en aanpak van geestelijke gezondheid in het algemeen en trauma in het bijzonder ook nog verschillen afhankelijk van de culturele setting, achtergrond en de doelgroep (Aarts & Visser, 2007). Hierdoor zijn de bevindingen uit onderzoek van hoge inkomstande landen niet altijd generaliseerbaar naar situaties van kinderen in lage inkomstande landen (Kleber, Figley & Gersons, 1995; McAdam-Crisp, 2006). Het merendeel van het bestaand veerkrachtonderzoek vond

plaats in de Verenigde Staten of het Westen waarbij een normatieve groep midden- en zelfs hogere klasse kinderen als referentiekader werd gehanteerd, hierdoor blijken deze onderzoeksbevindingen niet van toepassing voor kinderen met een andere culturele achtergrond, kinderen uit andere landen en de meer kwetsbare groepen kinderen (Hoffman, 2010). Meer specifiek blijkt onderzoek betreffende veerkracht en hoe deze zich ontwikkelt in andere culturen opvallend gering (Engle, Castle & Menon, 1996; Haskett, Nears, Sabourin Ward & McPherson, 2006).

26 De zogenaamde veerkracht georiënteerde opvoedingsprogramma's lijken dan ook eerder de goed opgeleide middenklasse gezinnen te bereiken. De kwetsbare doelgroepen kinderen en hun families – die het meeste baat zouden hebben bij deze veerkrachtondersteunende programma's – worden hierdoor helaas weer op de achtergrond geschoven (Hoffman, 2010).

### **Hebben weeskinderen minder kansen tot veerkracht?**

Ontwikkelingslanden krijgen vaak niet de benodigde kansen en middelen om hun kinderen te steunen en te stimuleren in hun ontwikkeling. Ondertussen trachten de weeskinderen te overleven in de vaker gerapporteerde situaties van geweld, mishandeling, armoede, verwaarlozing en soms ook misbruik. Waar een deel van deze weeskinderen een bijzondere mate van veerkracht vertonen, blijft er nog een groep weeskinderen die lijden onder de meegemaakte schokkende gebeurtenissen. Door het gebrek aan onderzoek, kennis en psychische begeleidingsprogramma's voor deze doelgroep, beschikken zij niet altijd over de juiste tools en gezonde sociale netwerken zoals wij deze in het Westen steeds meer trachten te installeren en versterken bij kinderen. Hun situatie isoleert hen vaak van de nodige gezonde leeromgevingen en sociale contacten. In het overleven en veerkrachtig omgaan met schokkende gebeurtenissen blijven deze kinderen beperkt tot de sociale relaties, kennis, middelen en tools die voorhanden zijn. Deze beperkingen kunnen ertoe leiden dat wat voor westerlingen als ongezonde copingvaardigheden wordt gelabeld, voor kinderen in een andere culturele settingen de beste manier kan zijn om terug te veren na schokkende gebeurtenissen. Denk hierbij aan straatkinderen die zich omwille van de nood aan sociale verbondenheid en bescherming aansluiten bij straatbendes. De vraag is of er dan een waardeoordeel kan gevormd worden over het al dan niet op een bepaalde manier terugveren na trauma wanneer er geen alternatieve hulpvormen voor handen zijn. Wordt veerkracht dan veelal bepaald door de sociale en politieke setting en de hieruit voortvloeiende toegang tot de nodige hulpbronnen waar kinderen uit kunnen putten? En wat is de rol van de bredere sociale-politieke context als we weten dat het nodige onderzoek deze LAMIC landen en vervolgens kinderen zeer beperkt bereikt? Heeft elk kind

dan een eerlijke kans om te komen tot herstel en groei ongeacht de setting waarin het zich begeeft? Men kan zich dan gaan afvragen in welke mate dat deze sociale context – hetzij in de vorm van directe hulpbronnen, relaties enerzijds, hetzij middels oog voor verdere kennis om het begrip veerkracht bij deze kinderen beter te kunnen begrijpen. Belangrijk is dat we ons deze vragen blijven stellen terwijl ik hoop dat we gelijktijdig trachten allen blijvend bij te dragen aan meer onderzoek, programma's en kennis voor kinderen in deze ontwikkelingslanden.

## Referenties

- Aarts, P. & W. Visser (2007), *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bout, J. van den & R. Kleber (1994), *Omgaan met verlies en geweld*. Utrecht: Kosmos-Z&K.
- 28 Engle, P., S. Castle & P. Menon (1996), 'Child development: Vulnerability and resilience', in: *Social Science & Medicine*, 43 (5), 621-635. doi:10.1016/0277-9536(96)00110-4.
- Graham-Bermann, S., G. Gruber, K. Howell & L. Girz (2009), 'Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV)', in: *Child Abuse & Neglect*, 33 (9), 648-660. doi:10.1016/j.chiabu.2009.01.002.
- Hasanovic M, O. Sinanovic, Z. Selimbasi, I. Pajevic, E. Avdibegovic (2006), 'Psychological disturbances of war-traumatized children from different foster and family settings in Bosnia and Herzegovina', in: *Croatian Medical Journal* 47: 85-94.
- Haskett, M., K. Nears, C. Sabourin Ward & A. McPherson (2006), 'Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning', in: *Clinical Psychology Review*, 26 (6), 796-812. doi:10.1016/j.cpr.2006.03.005.
- Hermenau, K., T. Hecker, M. Ruf, E. Schauer, T. Elbert & M. Schauer (2011), 'Childhood adversity, mental ill-health and aggressive behavior in an African orphanage: Changes in response to trauma-focused therapy and the implementation of a new instructional system', in: *Child And Adolescent Psychiatry And Mental Health*, 5 (1), 29. doi:10.1186/1753-2000-5-29.
- Jacob, K., P. Sharan, I. Mirza, M. Garrido-Cumbrera, S. Seedat & J. Mari, J. et al. (2007), 'Mental health systems in countries: where are we now?', in: *The Lancet*, 370 (9592), 1061-1077. doi:10.1016/s0140-6736(07)61241-0.
- Kleber, R., C. Figley & B. Gersons (1995), *Beyond trauma*. New York: Plenum Press.

- Luthar, S., D. Cicchetti & B. Becker (2000), 'The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work', in: *Child Development*, 71(3), 543-562. doi:10.1111/1467-8624.00164.
- McAdam-Crisp, J. (2006), 'Factors That Can Enhance and Limit Resilience for Children of War', in: *Childhood*, 13 (4), 459-477 doi:10.1177/0907568206068558.
- Patel, V. (2007), 'Mental health in low- and middle-income countries', in: *British Medical Bulletin*, 81-82(1), 81-96. doi:10.1093/bmb/ldm010.
- Rather, Y. (2011), 'Psychiatric disorders among children living in orphanages - experience from Kashmir', in: *European Psychiatry*, 26, 1080. doi:10.1016/s0924-9338(11)72785-7.
- UNICEF (2015), Orphans. Retrieved 2 July 2015, from [http://www.unicef.org/media/media\\_45279.html](http://www.unicef.org/media/media_45279.html)
- Whetten, K., J. Ostermann, R. Whetten, B. Pence, K. O'Donnell, L. Messer & N. Thielman (2009), 'A Comparison of the Wellbeing of Orphans and Abandoned Children Ages 6–12 in Institutional and Community-Based Care Settings in 5 Less Wealthy Nations', in: *PloS ONE*, 4(12), e8169. doi:10.1371/journal.pone.0008169.
- Whetten, K., J. Ostermann, R. Whetten, K. O'Donnell & N. Thielman (2011), 'More than the loss of a parent: Potentially traumatic events among orphaned and abandoned children', in: *J. Traum. Stress*, 24 (2), 174-182. doi:10.1002/jts.20625.
- Wei, F. (2008), 'Research capacity for mental health in low- and middle-income countries: results of a mapping project', in: *Bulletin Of The World Health Organization*, 86 (11), 908-908. doi:10.2471/blt.08.053249.



# Groepstherapie met getraumatiseerde vluchtelingen

Drs. Hans Rohlof

*Als vluchtelingen en asielzoekers zich melden als patiënt in de GGZ is hun klachtenpatroon vaak divers en complex. Naast PTSS kan het adaptieve systeem verstoord zijn en het gevoel van veiligheid en rechtvaardigheid aangetast. Ook kunnen er vragen leven op existentieel-spiritueel vlak. Deze bijdrage schetst de complexiteit van behandeling en hoe een groepsgerichte benadering hierin helpend kan zijn.*

## Complexe problematiek

Kleijn en collega's (1998) hebben onderzoek gedaan naar de problematiek van degenen die zich aanmelden als patiënt bij Stichting Centrum '45. Hierbij werden 232 aangemelde vluchtelingen en asielzoekers onderzocht. Meer dan 93% had last van angsten of depressiviteit. Daarnaast kwam de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij meer dan 77% van de patiënten voor. Silove (1999) zet de ervaringen van vluchtelingen naar aanleiding van onderzoek in een breder perspectief. Hij stelt dat met name een aantal adaptieve systemen bij vluchtelingen verstoord zijn. Het gevoel van veiligheid is weg, waardoor een permanente waakzaamheid blijft bestaan. Daarnaast geeft het verlies van naasten een verstoring in de hechting. Het rechtvaardigheidsgevoel is verstoord, waardoor vertrouwen in overheden en instanties verdwenen is. De vluchteling is zijn identiteit kwijt, waardoor vragen hierover ontstaan. Ten slotte zijn er vragen rond het bestaan en de betekenis van het leven, die op existentieel-spiritueel vlak problemen opleveren. Een dergelijke schets van het vluchtelingenbestaan geeft meteen aan, hoe complex een behandeling kan zijn, die immers meerdere vragen en problematieken tegelijkertijd moet aanpakken, die met elkaar om aandacht vragen.

## Behandeling van vluchtelingen en indicaties voor groepstherapie

Naar groepstherapie met vluchtelingen zijn tot nog toe weinig vergelijkende experimentele studies verricht. Wel zijn er beschrijvingen gepubliceerd van verschillende methoden van groepstherapie met vluchtelingen (Droždek et al., 1998; Van Emmerik & Van den Heuvel, 1999; Marsal Roig et al., 1999; Nicholson

et al., 1999; Kinzie et al., 1998). Enkel Droždek en collega's (2012) verrichten een vergelijkende studie over groepstherapie met vluchtelingen. Zij vonden een verbetering van klachten vergeleken met een controle-groep, die op de wachtlijst bleven staan (N = 72). Er kunnen drie doelstellingen voor groepstherapie met vluchtelingen worden geformuleerd. Als eerste is belangrijk het isolement te doorbreken dat vluchtelingen ervaren na traumatisering en het leven in ballingschap in een voor hen vreemde omgeving. Het contact met lotgenoten kan steun en erkenning geven. Daarnaast is het gezamenlijk ontwikkelen van sociale vaardigheden die ten dienste staan van handhaving in de Nederlandse maatschappij belangrijk. Hierbij kunnen vaardigheden van elkaar geleerd worden of in groepsverband onder leiding van een therapeut worden geoefend. Ook het in groepsverband ontwikkelen van vaardigheden die ten doel hebben symptomen van psychische stress en traumatisering te verminderen, is essentieel. Elementen van ontspanningstraining, concentratie- en geheugentraining, en agressiehantering kunnen hierbij toegepast worden, in verbale of non-verbale vorm.

Hieruit volgt dat patiënten die zichzelf isoleren vanwege achterdocht, verlaagd zelfbeeld, of algehele levensmoeheid, die moeite hebben zich te handhaven in Nederland vanwege gebrek aan sociale en culturele vaardigheden, en die lichamelijke en psychische symptomen van angst, depressie en posttraumatische stress hebben, in aanmerking komen voor groepstherapie. Contra-indicaties bij groepstherapie voor vluchtelingen kunnen divers zijn. Zo zijn er de normale contra-indicaties voor groepstherapie als: psychotische uitingen, ernstige suïcidaliteit, ernstige verslaving aan alcohol of drugs.

Een andere contra-indicatie is het hebben van een voorgeschiedenis als pleger van ernstige misdaden tegen de menselijkheid. Deze laatste contra-indicatie moet echter wel met een zekere nuance worden toegepast. Patiënten die gedwongen zijn geweest mee te doen met bepaalde oorlogshandelingen als kind kunnen in een groep meestal op veel sympathie van de anderen rekenen. Bij veteranen die op volwassen leeftijd soldaat zijn geweest ligt de zaak gevoeliger. Oorlogen zijn echter zelden geheel schoon gevoerd: dat speelt bij veel veteranen. Zij hebben daar vaak schuld- of schaamtegevoelens over, of frustraties. Praten hierover in een groep mede-veteranen kan dan veel herkenning en steun geven. Bij een ex-soldaat uit een bepaalde etnische groepering is het van belang van te voren goed te bepalen of er geen al te grote tegenstellingen in een groep gaan optreden. Indien de tegenstellingen als onwerkbaar moeten worden beschouwd, is het beter een nieuw persoon die de tegenstelling doet ontstaan niet in een groep op te nemen. En ten slotte kan een patiënt met geprononceerde racistische gevoelens in een groep die samengesteld is uit personen van verschillende etnische afkomst voor problemen zorgen.



## Groepsvormen

Op de dagkliniek van Stichting Centrum '45 wordt routinematig met groepen gewerkt. Van Emmerik en Van den Heuvel (1999) beschrijven diverse elementen in deze groepen. Ze noemen als belangrijke onderdelen van het programma:

1. Psycho-educatie: over PTSS, over sociale situaties in Nederland, over zelfverzorging.
2. Aandacht voor het individu in de groep, met specifieke richtlijnen voor individuele problemen.
3. Zorg voor veiligheid, waarbij ook problemen met de asielpcedure worden betrokken.
4. Het gebruik van de Nederlandse taal, als bindende activiteit, en om de integratie te bevorderen.
5. Aandacht voor existentiële factoren: hoe gaat de vluchteling zijn verdere leven zinvol maken.

33

In 2000 vond een eerste verkennende studie plaats naar de effecten van een nieuw psycho-educatief programma bij patiënten in de dagkliniek van Stichting Centrum '45 (Rohlof et al., 2000). Dit programma bestond uit een zevental verschillende video-instructies. In deze instructies geven twee verschillende vluchtelingen, die door acteurs worden gespeeld, verschillende soorten klachten weer die in het symptomencomplex van de post-traumatische stress-stoornis voorkomen. Vervolgens treedt een hulpverlener op, eveneens gespeeld door een acteur, die een instructie noemt van een remedie voor deze klachten. Ten slotte ziet men de vluchtelingen de instructie opvolgen, waarna ze melden hoeveel het geholpen heeft. Het video-psycho-educatie-programma, kortweg VPEP genoemd, werd in drie verschillende groepen, een mannengroep, een vrouwengroep en een gender-gemengde groep, toegepast. Hierbij werd aan elke afzonderlijke aflevering een zitting gewijd. De afleveringen hebben de volgende onderwerpen als thema:

1. Introductie met algemene kenmerken van PTSS.
2. Concentratie.
3. Ontspanning.
4. Boosheid.
5. Nachtmerries.
6. Herinneringen.
7. De toekomst.

De resultaten van de open studie naar de effecten van de video zijn als volgt (Koning, 2000). De studie bleef een open karakter houden want helaas kon er geen controlegroep worden gevormd. De respondenten (N = 21) vormden een zeer heterogene groep vanwege onder meer de aard van de meegemaakte traumatiseringen, co-morbiditeit en de beheersing van het Nederlands. De respons was met 46% gemiddeld voor een dergelijke studie met vluchtelingen. Er waren twee meetmomenten, vóór en na de VPEP, en 11 patiënten voltooiden de beide meetmomenten. Uit de resultaten kwam naar voren dat er enige veranderingen zijn opgetreden in het klachtenbeeld. PTSS-gerelateerde klachten, zoals wantrouwen in de omgeving, angstklachten en de frequentie van concentratieklachten bleken significant afgenomen. Hoewel de verandering in het inzicht in eigen klachten moeilijk te meten was, leek de VPEP voor enkelen toch bijgedragen te hebben aan een beter inzicht.

### **Conclusies en adviezen**

De literatuur en de klinische ervaring van het werken met groepen met vluchtelingen overziend, kunnen we tot een aantal conclusies en adviezen komen. Vluchtelingen vormen een zeer diverse groep. Wat ze wel gemeen hebben is hun status van gedwongen migrant (Van Dijk, 1996). Traumatisering komt hier meestal als derde factor bij. Het gemeenschappelijk focus van groepstherapie met vluchtelingen zal zich dus moeten richten op deze drie factoren: ballingschap, migratie met daarbij integratie in een nieuwe samenleving met een nieuwe taal en cultuur, en omgaan met de gevolgen van traumatisering. In hoeverre er aandacht is voor welke van de drie aspecten zal van de groep, en van de individuen in de groep afhangen. Het is voorts belangrijk om de aard van de groep van tevoren goed te beschrijven, om verkeerde indicatiestellingen te voorkomen. Een groeps cultuur die een vastgesteld focus heeft is belangrijk voor de cohesie. Groepen die qua focus heen en weer zwakken zullen de leden minder goed kunnen binden. Wel is het nodig om het natuurlijk verloop van een groep te blijven volgen als therapeut. Een daarvoor gevoelige therapeut zal zijn zeilen bijzetten als de wind uit een andere hoek gaat waaien, bijvoorbeeld als alle groepsleden na een periode van symptoombeheersing meer beginnen te praten over eerdere trauma's. Het vinden van de grootste gemene deler is daarbij een van de moeilijkste opgaven van de groepstherapeut. Degenen die voor de groep uitlopen kunnen snel splitsing veroorzaken. Als er een groeps lid bijvoorbeeld uitgebreid over trauma's praat terwijl dat niet de groeps cultuur is en de andere groepsleden daar niet aan toe zijn, kan het spanningsniveau aanzienlijk toenemen. Het vereist heel wat vaardigheden van de groepstherapeut om dat te doorzien. Niet alle signalen zullen immers goed worden herkend, gezien de transculturele problemen daarbij.

Vanuit de literatuur en vanuit de eigen praktijkervaring is het goed te verdedigen om op indicatie naast de groepstherapie ook ruimte te houden voor individuele psychotherapie. Vluchtelingen kunnen vanwege hun wantrouwen, hun culturele achtergrond en hun soms extreme traumatisering de neiging hebben om zich in groepen niet erg bloot te geven. Men kan als therapeut trachten om dat in de groep te doorbreken, maar ook kan men de individuele patiënt gelegenheid geven zich te uiten in individuele gesprekken. Elke keer dient dit wel ter afweging te zijn. Veel nadruk op individuele psychotherapie houdt het groepsproces op. Teveel de nadruk leggen op de groep als enige therapeutische middel kan echter stagnatie geven.

35

Communicatie in een groep vluchtelingen blijft een heikel punt. Zeker als de groepsleden uit zeer uiteenlopende culturen en taalgebieden komen, kunnen snel misverstanden ontstaan. Groepsleden uit dezelfde cultuur zullen dan subgroepen vormen. Aandacht moet worden besteed aan non-verbale communicatie. Daarbij geldt vaak dat de non-verbale houding theateraler gekleurd kan zijn dan men van Nederlanders gewend is. Vluchtelingen komen vaak uit landen en culturen waarin psychologische hulp in de taboesfeer ligt. Daarbij bestaat de aarzeling om psychologische hulp te aanvaarden bij extern veroorzaakte stoornissen. En is er het algeheel wantrouwen in instituties.

Vluchtelingen zijn bij uitstek slachtoffers van sociaal-politieke onrust. Het is dus van belang om de politiek op de een of andere manier ook een plaats te geven in de behandeling (Kramer, 1999). Aspecten daarvan zullen in de groepen altijd terugkomen. Respect voor elkaar en respect van de groepstherapeuten die immers meestal uit een meer beschermde omgeving komen is daarbij belangrijk. Aandacht voor identiteit en existentiële zaken zullen in elke groep terugkomen: men dient hier als behandelaar op bedacht te zijn. Onzekerheid rond de vluchtelingenstatus kan voor de patiënt aanzienlijke stress betekenen, en voor zijn behandelaar veel frustratie geven (Rohloff & Bloemen, 1998).

Tot slot, het werken met vluchtelingen en asielzoekers, in of buiten groepen, vraagt veel van behandelaars maar schenkt ook veel voldoening. Over de positieve aspecten van de dagelijkse omgang met vluchtelingen, die in feite ook mensen zijn die voor het leven hebben gekozen, is weinig geschreven. Het met vluchtelingen samen trachten hun leven weer op de rails te zetten is een aanzienlijke, maar dankbare taak voor een hulpverlener.

## Referenties

- Dijk, R. van (1996), 'Gedwongen migratie: de kern van het vluchtelingenbestaan', in: J. de Jong & M. van den Berg (red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie* (pag. 21-34). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Droždek, B. (1998), 'Getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen', in: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 490-501.
- 36 Droždek, B., A.M. Kamperman, N. Bolwerk, W.A. Tol & R.J. Kleber (2012), 'Group therapy with Asylum Seekers and Refugees with Posttraumatic Stress Disorder', in: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200:758-765.
- Emmerik, M. van & D. van den Heuvel (1999), 'Dagbehandeling van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers', in: *ICODO-info*, 16 (1-2), 80-88.
- Kinzie, J.D., P. Leung, A. Bui, R. Ben, K.O. Keopraseuth, C. Riley, J. Fleck & M. Ades (1998), 'Group therapy with Southeast Asian refugees', in: *Community Ment.Health.J.*, 24, 157-166.
- Kleijn, W. Chr., J.E.J.M. Hovens, J.J. Rodenburg & R.J.P. Rijnders (1998), 'Psychiatrische symptomen bij vluchtelingen aangemeld bij het psychiatrisch centrum De Vonk', in: *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 142, 1724-1728.
- Kramer, S. (1999), *Het psychologiseren van politieke ervaringen. Over hulpverlening aan vluchtelingen in Nederland*. Utrecht: ISOR, Universiteit Utrecht.
- Marsal Roig, Chr., I. Santini & M. Groenberg (1999). 'Groepstherapie', in: J. Rohlof, M. Groenberg & C. Blom (red.), *Vluchtelingen in de GGZ* (pag. 178-185). Utrecht: Stichting Pharos.
- Nicholson, B.L. & D.M. Kay (1999), 'Group treatment of traumatized Cambodian women: a culture-specific approach', in: *Soc. Work*, 44, 470-479.
- Rohlof, J.G.B.M. & E.J.J.M. Bloemen (1998), 'Asielzoekers en vluchtelingen', in: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 976-979.

Rohlof, J., D. Koning & J. Hovens (2000), *Gemeten meningen van vluchtelingen over een psycho-educatie-video, alsmede therapeutische effecten*. Paper op 28<sup>e</sup> voorjaarscongres, NVvP, Maastricht.

Silove, D. (1999), 'The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma', in: *J of Nerv and Ment Dis*, 187, 200-207.



# Psychotrauma: het niet vertelde verhaal

Drs. Jeannette Lely

*'Een lege kist gaapte ons aan.'*  
(Adriaan van Dis, 2014, p. 283)

*In de roman 'Ik kom terug' van Adriaan van Dis krijgt de ik-figuur een voorstel van zijn 98-jarige moeder; zij vertelt hem haar levensverhaal en in ruil bezorgt hij haar de pillen voor een zachte dood. Aan het einde van het verhaal – na het overlijden van moeder – blijkt dat haar scheepskist, bergplaats en herinnering aan haar jaren in voormalig Nederlands-Indië, leeg is op twee fotootjes na.*

*Een lege kist... Buiten de context van het voorafgaande verhaal valt er geen betekenis te verlenen aan dat beeld. Dit principe geldt ook voor psychotrauma. Dit essay biedt een kleine verkenning van behandel- en onderzoeksmogelijkheden bij psychotrauma, waarbij een verhalend of narratief perspectief centraal staat. Na een schets van enkele elementen uit de narratieve psychologie volgt nadere uitwerking hiervan op het terrein van behandeling en onderzoek van psychotrauma.*

## Narrativisme

Binnen de psychologie en filosofie is de afgelopen veertig jaar veel aandacht geweest voor de invloed van taal op onze werkelijkheid. Men spreekt wel van de narratieve of linguïstische wending in mens- en cultuurwetenschappen. De werkelijkheid is immers voor een groot deel wat wij tot werkelijkheid maken (Watzlawick et al., 1974). En dat gebeurt in sociale interacties, conversaties of collectieve vertogen: kortom in taal. Taal geeft de werkelijkheid niet alleen weer, maar schept haar ook. Mensen denken, nemen waar, verbeelden volgens narratieve structuren. Bij waarnemingsexperimenten met geometrische figuren, vertellen proefpersonen er een verhaal over (Sarbin, 1986). Ook in domeinen als het recht of de economie worden feiten in een verhaal geordend, met een instabiele beginsituatie, een midden of complicatie en een – al dan niet nagestreefde – afloop of oplossing (Ankersmit, 1990). Door middel van selectie en ordening vormt de verteller verhaal: een *Gestalt*, waarbij het geheel meer is dan de som der delen. Patiënten doen in hun klachtenpresentatie hetzelfde. Vanuit de context van het verhaal kan ook betekenis verleend worden aan afzonderlijke gebeurtenissen: een existentieel proces.

Vanuit het sociaal-constructionisme is de narratieve therapie ontstaan. Een verhaal over zichzelf – een zelfnarratief – wordt daarbij opgevat als sociale (re) constructie. Daarbij spelen sociale conventies over wat wel of niet geoorloofd is een grote rol. Over dezelfde gebeurtenissen kunnen verschillende verhalen verteld worden: aangepast aan het collectieve vertoog of juist zo, dat recht gedaan wordt aan individuele ervaringen. Zo ontstaan uitzonderingsverhalen (Epston & White, 1990). Deze nieuwe verhalen bevatten een andere ordening en selectie van feiten. Daarbij vindt er een verschuiving plaats van voor- en achtergrond, zodat een nieuwe *Gestalt* ontstaat. Individuele narratieve therapie kan ondersteund worden in gemeenschappen.

In een samenleving bestaan gedeelde *master narratives* (bijvoorbeeld: slachtoffers van verkrachting zijn schuldig). Om die te veranderen – zodat de betrokken slachtoffers de ruimte krijgen hun zwijgen te doorbreken – is de ontwikkeling van een collectief *counter narrative* noodzakelijk (Lindemann Nelson, 2001). Het vertellen en het onderzoeken van het levensverhaal versterkt het functioneren van de mens als persoon met een zelf, een centrum van continuïteit en moreel handelen (McAdams, 1993). Men kan groeien in een rol als verteller: zo kan men in geval van slachtoffer van een schokkende gebeurtenis transformeren tot getuige en wellicht zelfs gids of leraar (McAdams, 1993).

### **Narratieve interventies en onderzoek bij psychotrauma**

Psychotrauma zet het leven op zijn kop. Een traumatische ervaring kan maken dat men terecht komt in een wereld buiten de gangbare horizon; voorheen misschien verboden gebied en in elk geval onherbergzaam terrein. De regels van vóór het trauma gelden erna niet meer. Zelfs de woorden voor de traumatische ervaringen ontbreken vaak. Naast vermijding, schaamte of schuldgevoelens speelt daarbij ook de begeleidende alexithymie vaak een rol. Narratieve interventies bieden juist bij deze problemen een toegang voor verandering. Vanuit het levensverhaal leveren biografie en genogram heel persoonlijke informatie op en ook aanknopingspunten voor behandeling. Te denken valt aan het oproepen van vroegere vormen van veerkracht of re-enactment van eerder ervaren sociale steun in de levensloop. ‘Wat zou je grootmoeder je in deze situatie ingefluisterd hebben?’ Het vertellen van een levensverhaal ordent gebeurtenissen in de tijd en geeft hun onderlinge verband en betekenis weer. Daarbij vormen (in)consistentie en (dis)continuïteit indicatoren voor het niveau van functioneren (McAdams, 1993; Pennebaker, 1997). Volgens Linley en Joseph (2011) is het vinden van betekenissen verbonden met beter functioneren (Kleber, 2012). Betekenisverlening maakt het ook mogelijk dat



bepaalde gebeurtenissen verbonden worden met andere ervaringen. Janet (1915-1919) gaf al aan 'dat men het (traumatische) gebeuren met andere gebeurtenissen in het leven moet verbinden, zodat het een plaats krijgt in de levensgeschiedenis die [...] voor ons een essentieel element van onze persoonlijkheid is' (Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Op die manier kan het gevoel van isolatie, het gevoel nog steeds in een andere wereld te leven, verminderen. Bovendien kan retrospectief de betekenis van bepaalde ervaringen verschuiven. In de Narratieve Exposure Therapie (NET) – hoewel meer een cognitieve dan narratieve therapie – wordt exposure ingekaderd in het levensverhaal (Jongedijk, 2014). Mocht het te moeilijk zijn om te vertellen, valt aanvulling met psychomotorische therapie en/of creatieve therapievormen te overwegen. Wat vertelt het lichaam; wat vertellen de handen? Diverse narratieve methoden kunnen behulpzaam zijn bij behandeling van psychotrauma. Ordening van schokkende gebeurtenissen in beginsituatie, crisis en een oplossing daarvan (of niet) helpt de cliënt grip te krijgen op verwarrende ervaringen. Uitbeelding van de continuïteit met behulp van een levenslijn vindt plaats binnen de NET. Bij een sterk belastende of schaamtevolle traumatische herinnering kan men de inhoud een fantasienaam te geven (Epston & White, 1990). Deze externalisering maakt het vertellen gemakkelijker. De rollen van slachtoffer, getuige of gids geven een perspectief van innerlijke groei. Rondom metaforen kunnen psychotherapeuten en vaktherapeuten (beeldend en drama) zeer creatief samenwerken. Getuigeniselementen in een behandeling kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van een *counter narrative*, al is het maar op persoonlijk vlak. Het ontwikkelen van collectieve *counter narratives* is een zaak van lange adem (Hoeven, 2015). Gebrek aan collectief draagvlak maakt dat individuele *counter narratives* niet zonder problemen kunnen worden gedeeld in een repressieve context (Tankink, 2004). De behandeling zelf is een soort verhaal met een begin, een midden en een einde. Afronding door middel van een (herenigings)ritueel is uitermate effectief en zinvol. Ook bij onderzoek kunnen narratieve methoden worden toegepast. Tekstanalyse maakt deel uit van het instrumentarium van kwalitatief onderzoek (Pennebaker, 1997; O'Kearney & Perrott, 2006). Binnen het denkkader van de Transactionele Analyse is scriptanalyse ontwikkeld. Ook binnen dramatherapie bestaat script- of scenario-analyse. De levensverhalen die gedocumenteerd zijn binnen NET-behandelingen vormen een goudmijn voor narratief onderzoek.

## Tot slot

Zonder volledigheid na te streven, werden enkele aanzetten gepresenteerd voor narratieve behandelinterventies en onderzoeksmethoden bij psychotrauma.

Het narrativisme heeft wortels binnen het sociaal constructionisme, maar kent ook fenomenologische elementen, een ontwikkelingsperspectief en existentiële kanten. Narratieve behandelingen bieden een waardevolle aanvulling op andere interventies. Op het vlak van onderzoek levert aanvulling van kwantitatieve analyses met tekstanalyse en script- of scenario-analyse een gevoeliger onderzoeksinstrumentarium op. Zo kunnen betekenisvolle levenservaringen van ontwrichte mensen beter tot hun recht komen.

- 42 Terug naar Adriaan van Dis. Hij groeide op als buitenstaander in een sfeer van verzwegen traumatische herinneringen aan de oorlog in voormalig Nederlands-Indië. Uit het voorafgaande verhaal bleek dat de kist inzet was van een langdurige strijd tussen moeder en zoon. De gapende leegte heeft iets van een spottende anticlimax, maar kan ook gezien worden als eerbetoon aan de moeder die ervoor koos te blijven zwijgen. In het verhaal blijft een lacune. De leegte als beeld van een bijna niet te vertellen verhaal?

*Een lege kist gaapte ons aan.*

## Referenties

- Ankersmit, F. (red) (1990), *Op verhaal komen. Over narrativiteit in de mens- en literatuurwetenschappen*. Kampen: Kok Agora.
- Dis, van, A. (2014), *Ik kom terug*. Amsterdam: Uitgeverij Augustus.
- Epston, D. & M. White (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Hoeven, L. (2015), *Een boek om in te wonen. De verhaalcultuur na Auschwitz*. Hilversum: Uitgeverij Verloren.
- Jongedijk, R.A. (red) (2014), *Levensverhalen en psychotrauma. Narratieve Exposure Therapie in theorie en praktijk*. Diemen: Arq / Amsterdam: Boom.
- Kleber, R.J. (2012), 'Theoretische visies op trauma en de posttraumatische stressstoornis', in: E. Vermetten, R.J. Kleber & O. van der Hart (red), *Handboek posttraumatische stressstoornissen* (pp. 83-96). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kolk, van der, W.A., & O. van der Hart (1991), 'Het binnendringend verleden: de flexibiliteit van het geheugen en de inprenting van trauma's', in: *ICODO-info* 4, p.1-14.
- Lindemann Nelson, H. (2001), *Damaged Identities. Narrative Repair*. London: Ithaka.
- McAdams, D.P. (1993), *Stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: William Morrow and Company.
- O'Kearney, R. & K. Perrott (2006), 'Trauma Narratives in Posttraumatic Stress Disorder: A Review', in: *Journal of Traumatic Stress* vol.19, no.1, p. 81-93.
- Pennebaker, J.W. (1997), *Opening Up: The healing power of expressing emotions*. New York/London: Guilford Press.
- Sarbin, T.R. (1986), *Narrative Psychology*. New York: Praeger.

Jeannette Lely

Tankink, M. (2004), 'Not talking about traumatic experiences: harmful or healing? Coping with war memories in southwest Uganda', in: *Intervention*, 2, 3-17.

Watzlawick, P., J.H. Beavin & D.D. Jackson (1974), *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

# **Child maltreatment and its aftermath: Can we mitigate its consequences across lifespan?**

Aida Dias, MSc

*Child maltreatment is globally considered as adverse and detrimental for a healthy development. Nevertheless, it is difficult to prevent, and long-lasting mental health consequences occur. In this contribution, ideas on opportunity and feasibility of public health interventions are outlined.*

## **Child maltreatment**

Childhood Maltreatment (CM) is a recognized problem in both developing and developed countries. It is defined as any act that harm, potentially harm or threat a child (Gilbert et al., 2009). Estimated prevalence strongly varies, although studies in the community suggest a rough percentage of 14% of moderate or severe exposure (Dias, Sales, Hessen & Kleber, 2014; Habetha, Bleich, Weidenhammer & Fegert, 2012). Because caregivers are the main perpetrators, there is a high risk for chronicity, greatly increasing its harmful potential (English, Graham, Litrownik, Everson & Bangdiwala, 2005; Higgins, 2004). CM exposure is often clandestine and disclosure might be hampered by several reasons: the child is unknowing to the harmful acts; feelings of loyalty and dependency towards the perpetrator; and the victim's shame and guilty feelings.

Despite efforts are being undertaken to prevent CM at primary level, existing programs are considered insufficient to tackle CM (Sethi et al., 2013). The lack of visible scars of most of CM forms and its clandestine nature may hamper the efficacy of preventive plans. Additionally, educational practices considered as maltreating might be socially accepted in some cultural contexts. For agencies for children protection it is difficult to cover all CM cases. It has been estimated that only about one in each ten cases are detected (Gilbert et al., 2009).

In this contribution, I outline ideas about opportunities and feasibility of public health interventions for consequences of CM in later life. I'll start by describing consequences across the lifespan. Then I'll focus on possibilities for public health interventions.

## Consequences across lifespan

Costs associated to CM lifetime consequences are considered huge, namely in terms of lack of productivity and medical services consumption (Fang, Brown, Florence & Mercy, 2012; Yanos, Czaja & Widom, 2010). Poor perceived health, pain interfering with daily life and more visits to health professionals have been described (Chartier, Walker & Naimark, 2007). Less life quality (Corso, Edwards, Fang & Mercy, 2008), worst economical wellbeing (Zielinski, 2009) and higher consumption of health care services (Yanos et al., 2010) were as well outlined.

46

Childhood maltreatment is also regarded as a cause for mental health suffering among community subjects (Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003). Scott et al. (2012) identified positive relations between CM and first onset DSM-IV/ CIDI disorders, emphasizing the strong effects of a maladaptive family functioning (Scott, McLaughlin, Smith & Ellis, 2012). Other poor mental health outcomes were found in abused or neglected adults, namely psychosis (Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005), depression, mood disorders and anxiety (Heim, Shugart, Craighead & Nemeroff, 2010) and personality disorders, specially the borderline type (Battle et al., 2004). Other behavioural consequences like substance abuse, aggression, violence, criminal behaviour and suicidal attempts, homelessness, high-risk sexual behaviour and eating disorders were found to be also positively correlated with CM (Gilbert et al., 2009). Increased risk for revictimization and post-traumatic stress disorder were equally confirmed (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Widom, Czaja & Dutton, 2008).

In line with Kendall-Tackett (2002), CM health related problems are mediated by four pathways: behavioral, cognitive, emotional and social dimensions (Kendall-Tackett, 2002). CM exposed adults are more prone to be involved in high risk behaviors (substance abuse, violence, high risk sexual behavior, suicide, smoking, eating disorders, sleep difficulties). Social interactions might be altered through the development of a dysfunctional interpersonal style that alters the capability to form and maintain healthy social relationships, which increases the risk for revictimization and homelessness. From a cognitive perspective, CM exposed adults show dysfunctional internal working models, perceiving the world as dangerous and regarding themselves as less efficient to cope with it. Emotionally, CM exposed adults are at increased risk to develop depression and PTSD, disorders that are closely related with emotional dysregulation and decreased social support. Working together, those four pathways may contribute to deepen the CM consequences across life-span.

## **Can we mitigate consequences of child maltreatment in adults?**

From a public health perspective, associated consequences such as rised disease chronicity, health-risk behaviours and increased likelihood for poor parenting are reasons to consider CM exposure as a high priority for intervention (Berzenski, Yates & Egeland, 2014; Miller, Chen & Parker, 2011; Norman et al., 2012). CM is a complex phenomenon that needs to be understood including the individual, familial and societal level (Cicchetti, Toth & Maughan, 2000). Although, the diversity of CM forms and the inespecificity of its consequences make it hard to develop widespread interventions to prevent disease in CM exposed adults (Buckingham & Daniolos, 2013). How can we build interventions to provide care for those who were exposed to CM and struggle daily with difficulties not fitting into medical diagnoses? An overlook of the maladaptive psychosocial and emotional characteristics of adults that were abused or neglected during infancy may help to figure out relevant adult interventions to mitigate CM harmful effects in a public health perspective.

47

Interventions focused on variables mediating the relation between CM exposure and poor health can be regarded as targets in order to reduce the burden of CM consequences across lifespan. Similarly, resilience studies and therapeutic outcomes on CM can shed light over possibilities to prevent disease and to reduce the risk for poor parenting among affected subjects.

Poor social support and loneliness were found to be mediators between CM exposure and poor health (Shevlin, McElroy & Murphy, 2015; Sperry & Widom, 2013). Similarly, emotion regulation difficulties have been identified (Young & Widom, 2014). However, being maltreated during childhood does not fataly result in adult disability. An interplay among vulnerability and protective factors mediates the impact of CM exposure. Collishaw et al., (2007) found that 44% of community subjects abused during childhood had no psychopathology and displayed positive adaptation in several life domains. Resilience studies outlined characteristics like good social support, low neuroticism and better peer relations as predictors for better adaptation among CM exposed individuals (Collishaw et al., 2007).

Although there is a scarcity for evidence-based interventions for subjects exposed to CM, therapeutic programmes including training for social skills and emotion regulation like STAIR (Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002) and the Integrative Treatment for Complex Trauma (Lanktree et al., 2012) were found to be effective in reducing CM related psychopathology.

CM exposure is related to poor adult health. Proximal factors such as poor emotional regulation and deficit in social skills can be explored as potential

Aida Dias

targets for improving long-term consequences of CM. Public health interventions addressing these areas can be considered feasible and need to be explored. The use of modern information technologies provides unique conditions to apply evidence-based interventions in large scale and monitor closely its outcomes.



## References

- Battle, C.L., M.T. Shea, D.M. Johnson, S. Yen, C. Zlotnick, M.C. Zanarini ... L.C. Morey (2004), 'Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study', in: *Journal of Personality Disorders*, 18 (2), 193–211.
- Berzenski, S.R., T.M. Yates & B. Egeland (2014), 'A Multidimensional View of Continuity in Intergenerational Transmission of Child Maltreatment', in: J.E. Korbin & R.D. Krugman (Eds.), *Handbook of Child Maltreatment* (2nd Ed., pp. 125–127). Dordrecht: Springer.
- Brewin, C.R., B. Andrews & J.D. Valentine (2000), 'Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults', in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748–766. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748
- Buckingham, E.T. & P. Daniolos (2013), 'Longitudinal Outcomes for Victims of Child Abuse', in: *Current Psychiatry Reports* C7 - 342, 15 (2), 1–7 LA – English. doi:10.1007/s11920-012-0342-3
- Chartier, M.J., J.R. Walker & B. Naimark (2007), 'Childhood abuse, adult health, and health care utilization: results from a representative community sample', in: *American Journal of Epidemiology*, 165 (9), 1031–1038.
- Cicchetti, D. (2013), 'Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children – past, present, and future perspectives', in: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (4), 402–422. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x
- Cicchetti, D., S. Toth & A. Maughan (2000), 'An Ecological-Transactional Model of Child Maltreatment', in: A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* SE - 37 (pp. 689–722). Springer US. doi:10.1007/978-1-4615-4163-9\_37
- Cloitre, M., K. Koenen, L.R. Cohen & H. Han (2002), 'Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse', in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1067–1074. doi:10.1037/0022-006X.70.5.1067

- Collishaw, S., A. Pickles, J. Messer, M. Rutter, C. Shearer & B. Maughan (2007), 'Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample', in: *Child Abuse & Neglect*, 31 (3), 211–229.
- Corso, P.S., V.J. Edwards, X. Fang & J.A. Mercy (2008), 'Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood', in: *American Journal of Public Health*, 98(6), 1094–1100.
- Dias, A., L. Sales, D. Hessen & R. Kleber (2014), 'Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: the harmful effects of emotional abuse', in: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–12. doi:10.1007/s00787-014-0621-0
- Edwards, V.J., G.W. Holden, V.J. Felitti & R.F. Anda (2003), 'Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study', in: *The American Journal of Psychiatry*, 160 (8), 1453–1460.
- English, D.J., J.C. Graham, A.J. Litrownik, M. Everson & S.I. Bangdiwala (2005), 'Defining maltreatment chronicity: Are there differences in child outcomes?', in: *Child Abuse & Neglect*, 29 (5), 575–595. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.009
- Fang, X., D.S. Brown, C.S. Florence & J.A. Mercy (2012), 'The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention', in: *Child Abuse & Neglect*, 36 (2), 156–165. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.006.
- Gilbert, R., C.S. Widom, K. Browne, D. Fergusson, E. Webb, & S. Janson (2009), 'Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries', in: *The Lancet*, 373 (9657), 68–81.
- Habetha, S., S. Bleich, J. Weidenhammer & J.M. Fegert (2012), 'A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect', in: *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10.

- Heim, C., M. Shugart, W.E. Craighead & C.B. Nemeroff (2010), 'Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect', in: *Developmental Psychobiology*, 52 (7), 671–690.
- Higgins, D.J. (2004), 'The importance of degree versus type of maltreatment: a cluster analysis of child abuse types', in: *The Journal of Psychology*, 138 (4), 303–324.
- Kendall-Tackett, K. (2002), 'The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health', in: *Child Abuse & Neglect*, 26 (6-7), 715–729.
- Lanktree, C.B., J. Briere, N. Godbout, M. Hodges, K. Chen, L. Trimm ... W. Freed (2012), 'Treating Multitraumatized, Socially Marginalized Children: Results of a Naturalistic Treatment Outcome Study', in: *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21 (8), 813–828. doi:10.1080/10926771.2012.722588.
- Miller, G.E., E. Chen & K.J. Parker (2011), 'Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms', in: *Psychological Bulletin*, 136, 959–97. doi:10.1037/a0024768.
- Norman, R.E., M. Byambaa, R. De, A. Butchart, J. Scott & T. Vos (2012), 'The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis', in: *PLoS Med*, 9(11), e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349.
- Read, J., J. van Os, A.P. Morrison & C.A. Ross (2005), 'Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications', in: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x
- Scott, K.M., K.A. McLaughlin, D.A.R. Smith & P.M. Ellis (2012), 'Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings', in: *The British Journal of Psychiatry*, 200 (6), 469–75. doi:10.1192/bjp.bp.111.103267
- Sethi, D., M. Bellis, K. Hughes, R. Gilbert., F. Mitis & G. Galea (2013), *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen.

Shevlin, M., E. McElroy & J. Murphy (2015), 'Loneliness mediates the relationship between childhood trauma and adult psychopathology: evidence from the adult psychiatric morbidity survey', in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50 (4), 591–601. doi:10.1007/s00127-014-0951-8

Sperry, D.M. & C.S. Widom (2013), 'Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation', in: *Child Abuse & Neglect*, 37 (6), 415–425. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.006

52

Widom, C.S., S.J. Czaja & M.A. Dutton (2008), 'Childhood victimization and lifetime revictimization', in: *Child Abuse & Neglect*, 32 (8), 785–796.

Yanos, P.T., S.J. Czaja & C.S. Widom (2010), 'A prospective examination of service use by abused and neglected children followed up into adulthood', in: *Psychiatric Services Washington DC*, 61 (8), 796–802.

Young, J.C., & C.S. Widom (2014), 'Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood', in: *Child Abuse & Neglect*, 38 (8), 1369–1381. doi:10.1016/j.chiabu.2014.03.008

Zielinski, D.S. (2009), 'Child maltreatment and adult socioeconomic well-being', in: *Child Abuse & Neglect*, 33 (10), 666–678.

# Er is geen *sine qua non* in psychotherapie

Joris F.G. Haagen, MSc

*In hoeverre zijn specifieke vormen van psychotherapie equivalent aan elkaar in therapeutisch effect? Er bestaat nog altijd een hevige controverse over de superioriteit van bepaalde therapieën ten opzichte van andere therapieën. Deze bijdrage gaat in op verschillen in effectiviteit van psychotherapie en de invloed van modellen en factoren op verschillen in superioriteit.*

## Introductie

Bijna negentig jaar geleden deed Saul Rosenzweig (1936) zijn beroemde *Dodo Bird* Uitspraak afkomstig van een citaat uit Alice in Wonderland: *Everybody has won, and all must have prizes*. Rosenzweig stelde in een korte uiteenzetting van enkele pagina's dat alle psychotherapieën equivalent aan elkaar zijn in therapeutisch effect. Het was de start van een hevige controverse die tot de dag van vandaag voortduurt over de superioriteit van bepaalde therapieën ten opzichte van andere therapieën. Ten grondslag aan de controverse ligt de keuze tussen het volgen van het *medische model* dat uitgaat van specifieke ziekten, die het beste behandeld kunnen worden met specifieke behandelingen, waarbij therapie-specifieke componenten de werkzaamheid van therapie en verschillen tussen therapieën verklaren (Wampold, Ahn, & Coleman, 2001), tegenover het *gemeenschappelijke factoren model* dat de werkzaamheid van psychotherapieën baseert op gemeenschappelijke factoren die terugkomen in alle psychotherapieën en verklaart waarom er geen verschillen in werkzaamheid worden gevonden. Bij gemeenschappelijke factoren draait het om aspecten als de kwaliteit van de therapeutische relatie, behandelverwachtingen, cliënt- en behandelaar kenmerken en het geloof van de behandelaar in een therapeutische ideologie. Vooralsnog voert het medische model de boventoon, maar is onze drift om verschillen tussen psychotherapieën te vinden gegrond?

## Behandelverschillen

In de afgelopen decennia waren we getuige van een wildgroei aan honderden nieuwe psychotherapieën voor tientallen stoornissen vanuit een dozijn verschillende therapeutische ideologieën (psychodynamisch, cognitief, gedrag, etc.). Deze ontwikkeling ging gepaard met de opkomst van de wetenschappelijke

empirie om te toetsen welke behandeling superieur was. Onze aannamen over de effectiviteit van bepaalde behandelingen liggen verankerend in honderden studies die behandelrichtlijnen bundelen en daarbij graag spreken van de superioriteit van bepaalde psychotherapieën ten opzichte van anderen. Behandelrichtlijnen moeten immers doelgericht en beslisvaardig zijn. Zo raden psychotraumarichtlijnen (ISTSS, IOM, NICE, ACPMH) doorgaans exposure-therapieën aan en zijn bijvoorbeeld psychodynamische therapieën in ongenade gevallen. Dit alles gaat uit van de onfeilbaarheid van het medisch model.

54

## **Behandelovereenkomsten**

Waar men aan voorbij gaat is dat er ook aanzienlijke malen geen verschillen in effect worden gevonden tussen therapieën. Zeven jaar geleden publiceerden Benish, Imel en Wampold (2008) een meta-analyse over PTSS behandelingen. Zij stelden dat alle *therapeutisch bedoelde* psychotherapieën – een interventie gegrondvest op een psychologische ideologie, die een therapeut-cliënt behandelrelatie omhelsde, en aansloot bij de patiënt zijn problematiek – minimaal en willekeurig van elkaar verschillen. Hun hypothese werd bevestigd en terstond startte een controverse waarin twee partijen bewijs leverden van de *verschillen* en *gelijkwaardigheid* tussen psychotherapieën (Ehlers e.a., 2010; Wampold e.a., 2010). Deze discussie is echter niet kenmerkend voor het psychotraumaveld. Sinds de uitspraken van Rosenzweig tot de dag van vandaag zijn voorstanders (Baardseth e.a., 2013; Barth e.a., 2013; Benish e.a., 2008; Cuijpers e.a., 2014; Luborsky e.a., 2002; Miller & Moyers, 2015; Seligman, 1995; Smith & Glass, 1975; Wampold e.a., 2010) en tegenstanders (Bisson e.a., 2013; Ehlers e.a., 2010; Norcross, 1995; Shapiro & Shapiro, 1982; Tolin, 2010) met elkaar aan de haal om empirisch de (on)zin van de Dodo Bird Uitspraak te tonen. De discussie strekt zich uit over PTSS, depressie, middenstoornissen, en verder. Daartussen zit een groep gematigde onderzoekers die wel degelijk verschillen tussen behandelingen aantonen, maar deze slechts klein en weinig klinisch relevant schatten (Gerger, Munder & Barth, 2014; Marcus, O'Connell, Norris, & Sawaqdeh, 2014; Miller & Moyers, 2015). De conclusie, na negen decennia en honderden effectiviteitsstudies blijkt het niet mogelijk om *consistent* de superioriteit aan te tonen van specifieke psychotherapieën voor een groot aantal stoornissen.

## **Kritiek huidige kennis**

Er is nog ander bewijs dat verschillen in effectiviteit kan verklaren. De bewijsvoering van de effectiviteit tussen behandelingen is doorgaans gebaseerd op een bepaald

type design voor effectstudies, namelijk Randomized Controlled Trials (RCT). Dit design wordt beschouwd als de 'gouden standaard' voor het aantonen van verschillen tussen condities (interventies) en richtlijnen leunen sterk op deze studies. RCT's hebben een hoge interne generaliseerbaarheid doordat participanten ad random toegewezen worden aan een conditie en alle andere behandel- en meetvoorwaarden identiek zijn. Het is echter de vraag of de cliënten die we op deze wijze bestuderen, overeenkomen met de cliënten die we behandelen. Ongeveer 30% van de cliënten met PTSS worden uit behandelstudies uitgesloten (Bradley e.a., 2005), vanwege inclusie- en exclusiecriteria die doorgaans complexe problematiek (dissociatie, zelfbeschadigend gedrag, comorbiditeit) buiten beschouwing laat (Corrigan & Hull, 2015). Behandelstudies zijn daarnaast afhankelijk van de welwillendheid en motivatie van cliënten om deel te nemen; zodoende betreft het een subgroep die geen afspiegeling is van de werkelijke praktijk. RCT resultaten vallen dan ook dikwijls tegen in de praktijk waar therapieën minder effectief blijken (Budd e.a., 2009). Gecontroleerde studiedesigns kenmerken zich daarnaast door beperkingen in het type, duur en format van behandeling die doorgaans niet overeenkomen met de wijze waarop behandeling in de praktijk wordt gegeven. Kortom, onze huidige kennis is een afspiegeling van eenvoudigere problematiek onder 'klinische laboratorium omstandigheden' die voorbij gaat aan de praktijk. Een volledige inclusie van de behandelpopulatie zou kunnen betekenen dat de effectiviteit van, en de verschillen in effectiviteit tussen, behandelingen afneemt.

### **Reikwijdte psychotherapie**

Mogelijk wordt teveel nadruk gelegd op psychotherapie als exclusieve aanjager van herstel. Slechts de helft van de cliënten heeft baat bij PTSS behandeling (Bradley e.a., 2005), ook andere psychische stoornissen kenmerken zich door aanzienlijke nonreponse. Recentelijk toonde Cuijpers e.a. (2014) in een meta-analyse dat de meerwaarde van psychotherapie – bij de aan PTSS verwante stoornis depressie – boven andere vormen van ondersteuning slechts 14% was, terwijl verschillen tussen psychotherapieën afwezig waren. Lambert en Barley (2001) stelde eerder vast op basis van een review van behandelstudies dat psychotherapie specifiekelementen slechts 15% van het behandelresultaat zouden verklaren, terwijl herstel voor 85% te danken is aan andere factoren binnen en buiten de therapie. Deze studie is overigens niet zonder kritiek, maar kan beschouwd worden als een ruwe maat. Wanneer we er van uit gaan dat de reikwijdte waartussen psychotherapieën invloed uitoefenen op behandelverloop varieert van 0-15%, is het dan niet verwonderlijk dat verschillen in effect tussen therapieën inconsistent en vaak klein zijn? Psychotherapieën zijn overigens ondanks hun uiteenlopende theoretische

achtergronden verbluffend overeenkomstig. Het draait steeds om de sociale interactie tussen cliënt en behandelaar waarbij de behandelaar het perspectief van de cliënt probeert te veranderen via cognities, gevoelens en gedrag.

## Implicaties

56 Het lijkt onwaarschijnlijk dat specifieke behandelcomponenten zullen leiden tot grote verschillen tussen psychotherapieën als die tot dusverre nog niet overtuigend zijn aangetoond. Daarmee is de tijd rijp om onze focus te verleggen naar hoe psychotherapie *in zijn algemeenheid* werkt. Dit kan door designs beter te spiegelen aan praktijk, door gemeenschappelijke factoren verder te specificeren, en door individuele verschillen in klachtenverloop te doorgronden. Rekening moet worden gehouden met de gevaren van het bundelen van wetenschappelijke kennis wanneer deze kennis niet zondermeer beschouwd kan worden als een adequate afspiegeling van de praktijk en te eenzijdig leunt op het medisch model. In toenemende mate scheppen richtlijnen de kaders en inhoud van de zorg. Ondanks het nobele uitgangspunt (optimale zorg), is het bedenkelijk of het aanprijzen van specifieke therapieën altijd aansluit bij de wensen, verwachtingen en noden van de cliënt. Een kritische beschouwing van de richtlijnen wordt steeds actueler nu het adviserende karakter vervormt tot dwang doordat zorgverzekeraars richtlijngericht werken afdwingen.

## Conclusie

Er zijn redenen om aan te nemen dat therapieën onderling niet tot weinig verschillen en dat de invloed van therapie-specifieke componenten op zijn best bescheiden is. Rosenzweig's beroemde Dodo Bird Uitspraak staat nog overeind, terwijl de psychotherapie is doorgeschoten in de queeste naar verschil en steeds meer wegheeft van de zoektocht naar de onbereikbare heilige graal. De richtlijnen doen er goed aan om naast het medisch model meer aandacht te schenken aan het *common factor* model. Het huidige eenzijdige denken in richtlijnen begint steeds meer weg te krijgen van Orwells citaat uit de *Animal Farm* en diens nare bijmaak: *All animals [therapies] are equal, but some animals are more equal than others.*



## Referenties

- Baardseth, T.P., S.B. Goldberg, B.T. Pace, A.P. Wislocki, N.D. Frost, J.R. Siddiqui, ...B.E. Wampold (2013), 'Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux', in: *Clinical Psychology Review*, 33, 395–405. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.004
- Barth, J., T. Munder, H. Gerger, E. Nüesch, S. Trelle, H. Znoj, ... P. Cuijpers (2013), 'Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis', in: *PLOS Medicine*, 10 (5), e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454
- Benish, S., Z. Imel & B. Wampold (2008), 'The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons', in: *Clinical Psychology Review*, 28, 746-758 doi:10.1016/j.cpr.2007.10.005
- Bisson, J.I., N.P. Roberts, M. Andrew, R. Cooper & C. Lewis (2013), 'Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults', in: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, 1-241. doi:10.1002/14651858.CD003388.pub4.
- Bradley, R., J. Greene, E. Russ, L. Dutra & D. Westen (2005), 'A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD', in: *American Journal of Psychiatry*, 162 (2), 214-227.
- Budd, R. & I. Hughes (2009), 'The Dodo Bird Verdict – Controversial, inevitable and important: A commentary on 30 years of meta-analyses', in: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 510-522. doi:10.1002/cpp.648
- Corrigan F.M. & A.M. Hull (2015), 'Neglect of the complex: Why psychotherapy for post-traumatic clinical presentations is often ineffective', in: *The British Journal of Psychiatry*, 39, 86-89. doi:10.1192/pb.bp.114.046995
- Cuijpers, P., E. Karyotaki, E. Weitz, G. Andersson, S.D. Hollon & A. van Straten (2014), 'The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis', in: *Journal of affective disorders*, 159, 118-126. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026

Ehlers, A., J. Bisson, D. Clark, M. Creamer, S. Pilling, D. Richards ... W. Yule (2010), 'Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder?', in: *Clinical Psychology Review*, 30, 269-276 doi:10.1016/j.cpr.2009.12.001

Gerger, H., T. Munder & J. Barth (2014), 'Specific and nonspecific psychological interventions for PTSD symptoms: A meta-analysis with problem complexity as moderator', in: *Journal of Clinical Psychology*, 70, 601-615. doi:10.1002/jclp.22059

58

Lambert, M.J. & D.E. Barley (2001), 'Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome', in: *Psychotherapy*, 38 (4), 357-361.

Luborsky, L., R. Rosenthal, L. Diguier, T.P. Andrusyna, J.S. Berman, J.T. Levitt, ...E.D. Krause (2002), 'The dodo bird verdict is alive and well — mostly', in: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 2-12.

Marcus, D.K., D. O'Connell, A.L. Norris & A. Sawaqdeh (2014), 'Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies', in: *Clinical Psychology Review* 34, 519-530. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.001>

Miller, W.R. & T.B. Moyers (2015), 'The forest and the trees: Relational and specific factors in addiction treatment', in: *Addiction*, 110, 401-413. doi:10.1111/add.12693

Norcross, J.C. (1995), 'Dispelling the Dodo Bird Verdict and the exclusivity myths in psychotherapy', in: *Psychotherapy*, 32 (3), 500-504.

Rosenzweig, Saul (1936), 'Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy', in: *American Journal of Orthopsychiatry*, 6 (3), 412-15.

Seligman, M.E.P. (1995), 'The effectiveness of psychotherapy' in: *American Psychologist*, 50 (12), 965-974.

Shapiro, D.A. & D. Shapiro (1982), 'Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement', in: *Psychological Bulletin*, 92, 581-604. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.581>

- Smith, M.L. & G.V. Glass (1977), 'Meta-analysis of psychotherapy outcome studies', in: *American psychologist*, 32 (9), 752.
- Tolin, D. F. (2014), 'Beating a Dead Dodo Bird: Looking at Signal vs. Noise in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders', in: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21 (4), 351-362. doi:10.1111/cpsp.12080
- Wampold, B.E., H-n Ahn & H.L.K. Coleman (2001), 'Medical model as metaphor: Old habits die hard', in: *Journal of Counseling Psychology*, 48 (3), 268-273.
- Wampold, B.E., Z.E. Imel, K.M. Laska, S. Benish, S.D. Miller, C. Flückiger ...S. Budge (2010), 'Determining what works in the treatment of PTSD', in: *Clinical psychology review*, 30, 923-33. doi:10.1002/jclp.20683
- Watts, B.V., P.P. Schnurr, L. Mayo, Y. Young-Xu, W.B. Weeks & M.J. Friedman (2013), 'Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder', in: *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 541-550. doi:10.4088/JCP.12r08225.



# Onthoud te vergeten

Marieke Sleijpen, MSc

*Herinneringen zijn niet alleen gekleurd en kneedbaar, maar ook vergeetbaar. Ze zijn onderhevig aan een proces waarbij informatie in het geheugen verloren gaat. Dit essay is een beschouwing over vergeten.*

Lange tijd dacht men dat eenmaal opgeslagen herinneringen voor altijd in ons geheugen zijn vastgelegd, maar nu weten we dat ze vervormbaar zijn (Alberini & LeDoux, 2013). Reactivatie kan herinneringen labiel maken, waarna ze verstevigd, verzwakt, bijgesteld of zelf uitgewist kunnen worden. Eigenlijk is dit ook niet zo verrassend, want stel je voor dat we alles zonder meer zouden onthouden en er nooit enige sturing aan zouden kunnen geven?

Vergeten is 'gefundenes Fressen' voor psychologen. Die stellen vragen als: 'hoe vergeten we?', 'bestaat verdringing en is daar bewijs voor?', 'waarom vergeten we eigenlijk zo vaak onze dromen?', 'waarom is niet jouw idee vergeten, maar wel vergeten dat het jouw idee is?' en 'wat gebeurt er met gedeelde herinneringen als degene waar je die herinneringen mee deelt er niet meer is...?'

Soms is het wel prettig en zelfs handig dat we gemakkelijk vergeten, bijvoorbeeld als het om vervelende of schaamtevolle gebeurtenissen gaat. Maar doorgaans zijn we bang om te vergeten. Of misschien is het meer de angst om vergeten te worden, een existentiële angst die een directe relatie heeft met de vraag naar de zin van het leven...?

Vergeten kan verschillende oorzaken hebben. Het kan het gevolg zijn van gebrekkige opslag van de betreffende informatie, het niet kunnen vasthouden of het niet meer kunnen terugvinden van informatie. Informatie wordt beter opgeslagen of 'gecodeerd' als het een bepaalde betekenis voor ons heeft en het terugvinden gaat vaak makkelijker als we kunnen beschikken over een 'katalysator'. Zo kan geur of beeld plotseling de herinnering tevoorschijn toveren van een 'vergeten' gebeurtenis uit het verleden. Maar de tragedie van het herinneren is wel dat telkens wanneer we onze herinneringen ophalen ze in meer of mindere mate vervormd worden.

Dergelijke 'katalysatoren' om gebeurtenissen te herinneren kunnen echter ook tot frustratie leiden. Niet alle herinneringen zijn gewenst. Wanneer vuurwerk afgestoken wordt kan dit bij veteranen of vluchtelingen de verschrikkingen van oorlog doen herleven. Al te sterke herinneringen aan stressvolle ervaringen

verdwijnen gelukkig meestal na verloop van tijd (Ehlers, 2010). Maar voor sommige mensen blijven intrusieve herinneringen gedurende langere perioden bestaan, zowel in de vorm van gedachten als beelden en veroorzaken soms zeer ernstige functiebeperkingen (Sherin & Nemeroff, 2011). Dit laatste is een belangrijk kenmerk van posttraumatische stressstoornis (PTSS).

62

Door mensen met PTSS worden vaak vermijdingsstrategieën gebruikt om herinneringen van nare ervaringen te omzeilen en het leed dat daaruit voortkomt te beperken. Maar het is als bij de opdracht om niet aan een roze olifant te denken; buitengewoon moeilijk, zo niet onmogelijk, daar dan geen voorstelling van te krijgen. Niettemin blijken we toch wel in staat om herinneringen te onderdrukken, zelfs wanneer zich een 'reminder' aandient. Dit fenomeen wordt 'suppression induced forgetting' genoemd en sommige onderzoekers suggereren dat dit een voorspeller kan zijn waarom de een wel en de ander niet PTSS ontwikkelt (Catarino, Küpper, Werner-Seidler, Dalgleish & Anderson, 2015).

Hoe begrijpelijk het ook is dat mensen liever niet terugdenken aan traumatische ervaringen omdat ze gepaard gaan met nare gevoelens, deze vermijding verstoort een constructief en evenwichtig verwerkingsproces. Behandeling van PTSS richt zich daarom op het blootstellen aan en verwerken van traumatische ervaringen. In de psychoanalyse wordt ervan uitgegaan dat het voor mensen in de meeste gevallen goed is om te voelen wat er in hem of haar omgaat zodat conflicten (tussen *id*, *ego* en *superego*) opgelost kunnen worden. Daarom moet de weerstand tegen de vermeden herinnering worden opgeheven en bewerkt. Als de gebeurtenis werkelijk beleefd mag worden komt het tot rust en verdwijnen de symptomen. Ook methoden van cognitieve gedragstherapie zijn gericht op de blootstelling aan trauma-gerelateerde herinneringen (exposure) en herziening (uitdaging, cognitieve herstructurering) van gedachten en assumpties (Stöfvel & Mooren, 2010). Verandering in betekenisverlening wordt gezien als een van de werkzame bestanddelen. Daarvoor is confrontatie en het doorbreken van vermijding noodzakelijk.

Therapieën zijn er meestal op gericht herinneringen te ontdoen van het teveel aan emotionele lading. Nadat een herinnering is opgeroepen, wordt ze als een 'nieuwe' herinnering weer opgeslagen. Dwarrelend in het werkgeheugen is de herinnering labiel en daar spelen niet alleen de psychotherapie, de EMDR, maar ook farmacologische ingrepen op in. Pitman en collega's (2002) deden onderzoek naar mensen die na een potentieel traumatische ervaring op de eerste hulp terecht kwamen en bètablokkers kregen. Het stresshormoon noradrenaline activeert de amandelkern die het geheugen versterkt. Bètablokkers werken

de noradrenaline tegen en voorkomen dat herinneringen al te sterk worden opgeslagen. Herinneringen worden bepaald door eiwitten die verbindingen leggen tussen hersencellen. Alles wat de productie van die eiwitten verhindert 'verzwakt het cement van die geheugenverbindingen' (De Schippers, 2006).

De neurowetenschap brengt ons mogelijk naar de praktijk van het wissen van onaangename en psychisch pijnlijke herinneringen. Een vergeetpil zou ons kunnen beschermen tegen die herinnering en er zijn al experimenten gedaan. Wanneer we de neuronen kunnen lokaliseren die ons telkens terugvoeren naar de nare gebeurtenis, zijn we misschien instaat de opgedane ervaringen te wissen alsof ze nooit hebben plaatsgevonden ('Eternal Sunshine of the Spotless Mind'...). Uit onderzoeken van Merel Kindt (2013) blijkt dat we aangeleerde angsten met behulp van het medicijn propranolol (een bètablokker) kunnen wissen. Niet de herinnering zelf, maar alleen de angstreactie verdwijnt. Dit zou mogelijk zijn doordat het emotionele geheugen uit 'afzonderlijke' componenten bestaat; de herinnering aan feiten en de emotionele reactie daarop. Op deze manier wordt weliswaar de herinnering zelf niet gewist, maar ook hierbij kunnen ethische kanttekeningen worden geplaatst. Een propranololpil zou terechte angsten kunnen wissen en het zou tot misbruik kunnen leiden doordat mensen over hun eigen grenzen gaan.

Dergelijke technieken roepen veel vragen op! Voorstanders zullen beargumenteren dat het vergeten of herschrijven van herinneringen aan de orde van de dag is; we doen niks anders dan dingen van tv, van internet, van gesprekken vergeten of 'herschrijven'. Het brein neemt, zonder dat we ons daar erg bewust van zijn, voortdurend een loopje met wat we denken werkelijk te hebben meegemaakt. Het is heel goed mogelijk iemand wijs te maken dat hij of zij als kind ergens bij was, terwijl dat beslist niet het geval is geweest, of dat hem of haar iets is overkomen, terwijl dat nooit heeft plaatsgevonden. Het Zweedse wittebrood dat volgens veel overlevenden van de hongervinter in 1945 uit de hemel neerdaalde vanuit vliegtuigen van de geallieerden, is een prachtig voorbeeld van een collectieve valse herinnering. In de beleving van deze mensen is dit waar, maar een feit is dat dit Zweedse wittebrood nooit vanuit de lucht gedropt werd.

Anderen beschouwen het als ons lot dat we moeten leven met wat we meemaken en dat dit gewoon fundamenteel is voor iemands persoonlijke ontwikkeling. In die context wordt zelfs gesproken over 'posttraumatische groei'. De positieve effecten van het worstelen met traumatische gebeurtenissen zijn prominente thema's in de menselijke geschiedenis. De Duitse filosoof Friedrich Nietzsche deed in 1888 al de wereldberoemde uitspraak 'Dat wat ons niet doodt maakt ons sterker'. In klinisch onderzoek krijgt posttraumatische groei echter pas recentelijk veel aandacht.

Studies laten zien dat mensen die de meest vreselijke gebeurtenissen meegemaakt hebben desondanks, of beter gezegd juist daardoor een sterkere waardering van het leven, meer betekenisvolle relaties en een rijker existentieel en spiritueel leven kunnen ervaren. Hierbij wordt gewaarschuwd voor een te rooskleurige blik. Zoellner en Maercker (2006) beschrijven een 'januskopmodel' waarin ze suggereren dat posttraumatische groei niet alleen een constructieve, zich zelf overstijgende, maar ook een zich zelf misleidende, illusoire en niet heilzame kant heeft.

64

Als we alles zo maar zouden vergeten weten we niet meer wie we zijn en dat boezemt ons angst in. We zijn bang voor het verval van onze hersenen en het demoon dementie. Maar wat we misschien nog wel enger vinden is om vergeten te worden... Gemist worden geeft immers bestaansrecht en we hopen te 'overleven' in de goede herinneringen van onze dierbaren. Volgens Douwe Draaisma (2010) hopen we niet zozeer op een leven in de hemel of op een ander soort eeuwig voortbestaan, maar zoeken we het veel dichterbij huis: in het geheugen van mensen die om je geven. Maar we ontkomen er niet aan dat wanneer we nog slechts voortleven in de herinnering van anderen onze eigen herinneringen verdwenen zijn (Van het Reve, 1987).



## Referenties

- Alberini, C. M. & J.E. LeDoux (2013), 'Memory reconsolidation', in: *Current Biology*, 23, R746-R750.
- Catarino, A., C.S. Küpper, A. Werner-Seidler, T. Dalgleish & M.C. Anderson (2015), 'Failing to Forget Inhibitory-Control Deficits Compromise Memory Suppression in Posttraumatic Stress Disorder', in: *Psychological science*, 26, 604– 616.
- De Schipper, S. (2006, 2 September), 'De gruwel uit het hoofd poetsen', in: *De Volkskrant*.
- Draaisma, D. (2010), *Vergeetboek*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Ehlers, A. (2010), 'Understanding and treating unwanted trauma memories in posttraumatic stress disorder', in: *Zeitschrift für Psychologie*, 218, 141–145.
- Kindt, M. (2013), 'Wissen van angstreacties: nieuwe inzichten in de plasticiteit van angstgeheugen', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 454-455.
- Pitman, R.K., K.M. Sanders, R.M. Zusman, A.R. Healy, F. Cheema, N.B. Lasko ... & S.P. Orr (2002), 'Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol', in: *Biological psychiatry*, 51, 189-192
- Reve, K. van het (1987), 'Mijn eigen dood', in: *De ondergang van morgenland* (1990). Amsterdam: GA van Oorschot.
- Sherin, J.E. & C.B. Nemeroff (2011), 'Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma', in: *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 263–278.
- Stöfösel, M. & T. Mooren (2010), *Complex Trauma*. Springer Science & Business Media.
- Zoellner, T. & A. Maercker (2006), 'Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model', in: *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.



# Afdalen in de hel met Hades: een klassiek-hermeneutische visie op psychotrauma

Dr. Erik L.J.L. de Soir

*Dit artikel biedt een blik op het concept van psychologisch trauma in de hedendaagse Franse trauma theorie, geïnspireerd door een Freudiaanse visie op overweldigende gebeurtenissen. In plaats van het accent te leggen op een empirisch onderbouwde biologische, gedragsmatige of cognitieve visie op psychotrauma, beschrijft de Franse theorie op hermeneutische wijze de onderliggende zin van traumasymptomen. Deze benadering is nog steeds toonaangevend in Latijnse landen, als startpunt van een psychotherapie waarbij de patiënt gebracht wordt tot het transformeren van de traumatiserende ervaring in een narratieve of beschrijvende vorm die integreerbaar is in het levensverhaal, mits ontlading van de vastzittende emoties heeft plaatsgevonden.*

In de Griekse mythologie is Hades een broer van Zeus, Poseidon, Hera, Hestia en Demeter. Bij de verdeling van de macht over de wereld tussen Zeus, Poseidon en hem, kreeg hij het onderaardse dodenrijk en werd hij daarmee de derde wereldheerser. In zijn donkere rijk, de onderwereld, is Hades een hard en meedogenloos heerser. Hij staat aan niemand toe terug te keren naar het rijk der levenden.

Een overlevende van de gasontploffing van Ghislenghien, de ramp die op 30 juli 2004 in België voor 24 doden zorgden, schetste zijn overlevingstocht als een spreekwoordelijk *parcours traumatique chez Hades*, als een afdaling in de hel (De Soir, 2013). Dit parcours beschreef hij als een progressief trauma in tien stappen. De traumatiserende ervaringen als zwaarverbrande, gemerkt voor het leven, zijn slechts gedeeltelijk te beschrijven aan de hand van de DSM-5.

Kunnen slachtoffers na traumatisering terugkomen uit de hel? In wat volgt, wordt het psychotrauma omschreven vanuit de klassieke psychodynamische traumatheorie die nog steeds heerst over de hedendaagse Franse klinische praktijk. Hulpverleners, met name in Nederland, die te maken krijgen met getroffen en van potentieel traumatiserende ervaringen zijn tegenwoordig nog maar weinig vertrouwd met de beschrijvende psychodynamische kant van een psychotrauma. In hun opleiding kregen ze meestal vooral noties mee vanuit de Angelsaksische psychotraumatologie op basis waarvan zowel de acute als de uitgestelde begeleiding worden uitgebouwd. Dit artikel wil het psychotrauma belichten vanuit een fenomenologisch en metaforisch, maar klinisch relevant standpunt.

## **Van de potentieel traumatiserende gebeurtenis tot het psychotrauma**

68

Een potentieel traumatiserende gebeurtenis is plots, onvoorspelbaar en van de orde van het niet representeerbare: wat traumatiserend is, is wat we ons niet kunnen inbeelden en waarvoor we geen duidelijke voorstelling in ons netwerk van concepten hebben. We weten allemaal wel wat de dood is, maar zolang we de dood niet recht in de ogen gekeken hebben, kunnen we er ons weinig van voorstellen. De dag dat dit echter wel gebeurt, kunnen we die ervaring niet meer echt uitdrukken in woorden. Ze wordt dan als dusdanig niet ‘inschrijfbaar’ in de autobiografie van ons leven. Een potentieel traumatiserende gebeurtenis kan aldus op termijn leiden tot een psychotrauma: een geheel van onderling betekenisvolle symptomen die samenhangen met de gebeurtenis in kwestie. Het psychotrauma is niet altijd rechtstreeks verbonden aan de objectieve ernst van een gebeurtenis, maar veeleer een direct gevolg van de subjectieve beleving van een persoon die een potentieel traumatiserende gebeurtenis meemaakt. Een veel gestelde vraag is: wanneer is iets traumatiserend? Of: welke soort gebeurtenissen zijn traumatiserend?

Uit de formele en informele getuigenissen van getroffenen van de gasramp van Ghislenghien (De Soir et al., 2008; De Soir, 2015), blijkt dat er veel verschillende mogelijke ontmoetingen zijn tussen een mens en de ultieme bedreiging, in dit geval in de vorm van ‘sterven in het vuur’. Het lijkt erop dat indien de verdedigingsmechanismen van het psychisch apparaat overweldigd worden, er zich een trauma zal ontwikkelen op basis van de verstoring van het intrapsychisch evenwicht.

Louis Crocq (2000, 2002), de grijze eminentie van de Franse psychotraumatologie, beschrijft in zijn publicaties hoe affecten als ‘versteende angst’ (*effroi*) en ‘ontreddering’ van centrale betekenis zijn voor wat hij het ‘psychotraumatisch syndroom’ noemt. Het gaat om een soort angst in de overtreffende trap. Deze is zo intens dat de getroffene een verpletterende onmacht ervaart, een alles overheersende ontreddering die op de lange termijn zelfs tot een duurzame verandering in de persoonlijkheid kan leiden. Freud (1951) beschrijft hoe een dergelijke gebeurtenis, soms voor altijd, een bron van verstoring nalaat in het psyche. De effecten van de plotse inbraak in het psychisme, zullen zich ook nog laten voelen als de bedreiging al verdwenen is. Maar, het psychisch apparaat dat plots getroffen werd door een teveel aan activatie, zal alles in het werk stellen om deze opwindung te assimileren of integendeel te verwerpen. Claude Barrois op zijn beurt legt in zijn boek *Les névroses traumatiques* (Barrois, 1998) uit hoe de traumatogene stimulus de prikkelbarrière doorboort en er een grote hoeveelheid activatie wordt achtergelaten in het psychisme. De prikkelbarrière wordt door de

hedendaagse Franse auteurs, in navolging van Freud (1951) op metaforische wijze gezien als een soort beschermend schild dat het psychisme omgeeft en beschermt tegen te plotse en indringende ervaringen. Als dat schild wordt doorboord door een vitaal bedreigende gebeurtenis, drijft deze gebeurtenis zich als een wig in het psychisme en wordt een overweldigende angst – waardoor de getroffene zoals in het mythologisch verhaal van de Medusa versteent uit verschrikking – ‘aangemaakt’. Dit is wat later zal worden omschreven als ‘effroi’.

## Het repetitiesyndroom

69

Op klinisch vlak zullen de tekenen van stress en angst pas ontstaan nadat er sprake geweest is van een doorboring van de prikkelbarrière door een indringende (lees: potentieel traumatiserende) ervaring: dus na de ervaring van ‘effroi’. Later zal een repetitiesyndroom ontstaan op basis van de indringende (potentieel) traumatiserende beelden. Het repetitiesyndroom brengt de getroffene steeds terug naar het moment waarop er overweldiging ontstond, waar de normale defensie van het psychisme faalde op een betekenisvol moment. Door het repetitiesyndroom zal de getroffene steeds exact naar dat moment teruggebracht worden, zowel door herbeleving in normale waaktoestand als in nachtmerries.

De eerder genoemde Barrois (1998) beschrijft het trauma als een verlies van de verbinding met de wereld. Een individu wordt geconfronteerd met het ondenkbare, vooral het niet representeerbare, namelijk de eigen eindigheid. Niemand kan zich inbeelden hoe het is om jezelf letterlijk te voelen opbranden en je weefsels te zien wegsmelten in de hitte, zoals gebeurde met de slachtoffers die verbrandden in de hel van Ghislenghien. De confrontatie waarop niemand voorbereid kan zijn, veroorzaakt een unieke toestand van *effroi* of *versteende angst*. Het individu wordt geplaatst tegenover de dood als absolute waarheid of zekerheid. Een dergelijke (potentieel) traumatiserende gebeurtenis wordt beleefd als een ruptuur in de continuïteit van het bestaan. Een soort schorsing van alle bestaande relaties met anderen (die deze gebeurtenis niet meemaakten). Ondanks het feit dat we allemaal weten dat we vroeg of laat zullen sterven, heeft de dood geen reële representatie in ons onbewuste. Het ogenblik van plotse confrontatie met de reële aanblik van de dood zorgt dus voor een ruptuur in de continuïteit van het leven. Vanaf nu is er alleen nog het leven *voor* en *na*, met als plotse en abrupte overgang tussen beiden de traumatiserende gebeurtenis die door de plotse confrontatie met de dood een onuitwisbare en onverteerbare indruk naliet.

De overlevenden van Ghislenghien hadden geen enkele kans om de ontploffing het hoofd te bieden of om hun psychisme terug te zien evolueren naar een normale toestand omdat dit een assimileren van de gebeurtenis vereist (wat

ernstig wordt belemmerd indien dergelijke hoeveelheden activatie achtergelaten worden in het psychisme). Het assimileren van het niet representeerbare – de omgeving na een ontploffing waarin mensen terechtkomen in een omgeving van 300°C heet en daardoor letterlijk smelten en verdampen – is onmogelijk. De symptomen van neurovegetatieve activatie, namelijk de hyperactivatie onder impuls van de alarmmechanismen van het organisme die alleen tot doel hebben om voldoende energie voor overleving aan te maken, zullen slechts kunnen uitdoven indien er voldoende gewerkt wordt aan het letterlijk kunnen verwoorden van het gebeuren, in een omgeving die opnieuw veilig, geborgen en gecontroleerd is. Alleen dan kan het gebeuren ingeschreven worden in de autobiografie van het leven, na herhaalde confrontatie met ontlading van de telkens opnieuw opgeroepen affecten (emoties). De getroffene wordt hierdoor uit zijn isolatie gehaald en legt door verwoording van zijn traumatiserende beleving opnieuw een brug naar ‘de wereld van de sprekkenden’.

### **De ontmoeting met het reële van de dood**

François Lebigot (2002, 2005) beschrijft het psychotrauma als een intieme ontmoeting tussen een individu en het reële van de dood. Het kan ook anders uitgedrukt worden: het psychotrauma is een plotse en bondige ontmoeting met het absolute *niets*. Het is pas na dit ogenblik van ‘absoluut niets’, dat twee mechanismen in actie schieten: de spiraal van stress waardoor het organisme zich tegen de bedreiging wapent en de spiraal van angst als reactie op de vitale dreiging. Het is letterlijk in dit *niets*, ontstaan uit deze enorme ontploffing waardoor letterlijk ook even alle zuurstof die broodnodig is voor de overleving wordt weggeblazen, dat de essentie van het psychotrauma vervat zit. Freud (1951) wees er eerder ook al op dat de dood geen representatie heeft in het onbewuste: we weten dat we zullen sterven, maar tijdens ons leven geloven we het niet echt. Zelfs als we ziek worden, is er nog een verschil tussen ‘weten’ dat we zullen sterven of plots oog in oog staan met het niet-representeerbare: de dood. Elke rechtstreekse ontmoeting met de dood haalt ons bruusk uit deze illusie. In dat opzicht vindt de overlevende in zijn psychisch apparaat geen representaties waaraan hij zijn beleving kan ophangen. Geen associatief netwerk waarin het reële van de dood een plaats vindt.

### **L’effroi de la mort**

De binnendringing van het traumatische beeld vindt in het psychische apparaat dus geen representatie om zich aan te hechten en geïntegreerd te worden. In de

getuigenissen van slachtoffers is het net *deze leegte in het denken* en een *totale afwezigheid van woorden* die gepaard gaat met een *totale afwezigheid van emoties* die telkens weer voorkomen in hun verklaringen. Overlevenden van Ghislenghien spraken, bij gebrek aan woorden om hun ervaring precies weer te geven, in Bijbelse termen over de ontmoeting met de vuurkolom die zich tot 500 meter hoog de lucht inboorde en het geluid dat ze van niets kenden. Dat zorgde voor een verstomming waarin even geen enkele reactie meer was, net voordat een enorme paniek en angst zich terug meester over hen maakte. Pas dan volgden emoties die hen terug aan familieleden en wat van belang is in het leven herinnerden.

Freud maakte in zijn werken over *hysterie* het onderscheid tussen vrees, angst en verschrikking (vrije vertaling van *effroi*). Vrees en angst verwijzen eveneens naar stress of spanning. In een toestand van totale verschrikking bestaat er geen affect (gevoel) en geen representatie (beeld of betekenis) meer. Volgens Lebigot (2002) is er geen psychotrauma zonder *effroi*.

### **Kan je terugkomen uit de hel van Hades?**

Het 'overlevingsparcours' van rampengetroffenen die proberen terug te komen uit de hel van Hades, kan uitgelegd worden aan de hand van de psychodynamische theorieën, die nog toonaangevend zijn in de Franstalige psychotrauma interpretatie. François Lebigot (2002, 2005) ziet, zoals al eerder uitgelegd, de confrontatie met het reële van de dood als essentieel in de interpretatie van psychotrauma. Eerst is er het moment van *effroi de la mort* (doodsverschrikking) waarop de wereld stilstaat en er een siddering door het hele organisme gaat, een soort totale verlatenheid, pas daarna gevolgd door de ketting van stress- en angstreacties. Het is dit moment van verstijving of verstarring, waarin de persoon zich in de meest absolute leegte en afgesneden van de wereld bevindt, penetreert tot diep in het psychisme en waarvan de beleving later zal terugkomen als repetitiesyndroom.

In het geval van traumatisering, zal de zintuiglijke indruk (o.m. bestaande uit sensaties, beelden, geluiden, geuren, smaken, gedragingen) van het reële van de dood zich in het psyche vestigen als een vreemd voorwerp. De beleving van het absolute niets of de dood te hebben ontmoet, is amper uitwisbaar. De ruwe herinnering van de gebeurtenis zal (metaforisch gezien) als een soort vreemd voorwerp aanwezig blijven in het onbewuste. Aan de oppervlakte zijn er voor de bekende traumasymptomen, maar de betekenis ervan bevindt zich dieper, vaak gedurende lange tijd als het ware ingekapseld als een onzichtbare trauma-cyste, om er zich te gedragen als een parasiet met betrekking tot normaal functioneren. Getroffen personen zullen soms automatisch flarden van de traumatiserende gebeurtenis herbeleven. De persoon in kwestie omschrijft ze misschien als

eigenaardigheden (of zo worden ze door anderen omschreven), maar het is alleen de afsplitsing van dit trauma-stuk, deze cyste, die een illusie van normaliteit in stand houdt.

72 Volgens de psychodynamische uitleg is de traumatische herbeleving de uiting van het feit dat de kernen van de traumatiserende gebeurtenis, omdat ze het reële van de dood uitdrukken, in het psychisme geen representatie vinden om zich aan te binden of die transformerend kan werken. De trauma-cyste zal zich dan ook niet gedragen als een gewone herinnering: ze blijft in diverse opzichten oorspronkelijk en intact, tot op het kleinste detail. Op het ogenblik dat ze terug in het bewuste te voorschijn komt (onder vorm van een nachtmerrie of een flashback), zorgt ze ervoor dat de getroffene niet meer het onderscheid kan maken tussen verleden en heden. Een traumagetroffene herbeleeft de oorspronkelijk traumatiserende gebeurtenis dus in het hier en nu, alsof ze zich opnieuw in realiteit afspeelt.

Vandaag weten we dankzij neurobiologisch onderzoek dat de subcorticale structuren, dus de primitieve delen van de hersenen die niet onderworpen zijn aan de bewuste controle en die geen verbale representatie kennen, andere vormen van herinnering kennen dan de meer ontwikkelde structuren van de prefrontale cortex. Hierdoor zien we in bedreigende crisissituaties vaak schijnbaar irrationeel en onbegrijpelijk gedrag, vergelijkbaar met reacties die dieren onder levensbedreiging vertonen, maar in realiteit zijn het vooral reacties die net de overlevingskansen verhogen. Zo is het geweten dat moeders vaak erg precies terugvallen op gedrag waarmee ze hun kinderen kunnen redden, net zoals getrainde mensen terugvallen op mechanismen die aangeleerd zijn. Achteraf vertellen over deze momenten is dan ook bijna onmogelijk en de enige toegangspoort naar de beleving wordt het sensorimotorische en/of emotionele niveau. Hedendaags onderzoek toont ook aan dat hoge niveaus van activatie interfereren met de normale werking van de functies van de frontale kwab (o.a. de zone van Broca) die nodig is voor het verwoorden van ervaringen. Tijdens de herbelevingen van het repetitiesyndroom, waarbij de oorspronkelijke ervaring weer als levensecht wordt ervaren, functioneren de hersenen dus opnieuw als gedurende het proces van traumatisering, op het sensorimotorische niveau waardoor de verwoording van emoties en de ratio achter hun aangepast instinctief gedrag moeilijk zijn. Alsof de *hardware* van het systeem door het meemaken van deze ervaring kortgesloten is. In begeleiding is de beste en meest directe toegangspoort tot deze kortgesloten reflexen dan ook opnieuw het impliciete, sensori-motorische niveau. Getroffenen van traumatiserende ervaringen qua gedrag, sensoriële stimulatie, context en beleving terug tot de gewaarwordingen brengen van net voor de kortsluiting (lees: overweldiging) en hen door de blokkade heen loodsen: de geblokkeerde responsen laten afmaken,



waardoor zowel emoties als cognities sterk gecorrigeerd kunnen worden en de trauma getroffenene terug een beleven van aanpassing en controle ervaren.

Het is echter belangrijk om deze aannemelijke klinische en fenomenologische verbanden empirisch nog veel beter te onderzoeken en een verbinding te maken tussen de hermeneutische trauma interpretaties, de neurobiologische traumamodellen, de cognitief-gedragsmatige therapie en de huidige aanpak binnen de lichaamsgerichte traumatherapie. Het huidige wetenschappelijk onderzoek is sterk gericht op het gebruik van gevalideerde meetschalen op groepen getroffenenen, maar biedt onvoldoende diepgang. Het valt te bedenken, gezien de rijkdom van klinische literatuur uit het verleden, dat onderzoek op basis van gevalsstudie meer naar waarde geschat wordt. In plaats van een scholenstrijd zou, meer dan nu, vragenlijstonderzoek moeten worden vergeleken of gecombineerd met kwalitatieve onderzoek. Door beide te bundelen en samenhang te zoeken vergroten we onze kennis op dit vlak.

## Referenties

Barrois, C. (1998), *Les névroses traumatiques*. 2nd edition. Paris: Dunod.

Crocq, L. (2000), Le retour des enfers et son message, in: *Revue francophone du stress et du trauma*, 1 (1), 5-19.

Crocq, L. (2002), *Traumatisme psychique et névrose traumatique*. Cours du Diplôme Universitaire Stress & traumatismes majeurs. Paris.

74

De Soir, E., E. Zech, A. Versporten, H. van Oyen, R. Kleber, O. van der Hart & J. Mylle (2008), 'Prédiction de l'ESPT lors d'une catastrophe technologique', in: *Revue francophone du stress et du trauma*, 8 (3), 211-224.

De Soir, E. (2013), *Redders in nood... Opvang van mensen in crisis*. Tiel: Lannoo Campus.

De Soir, E. (2015), *Trauma and Mental Health in the Wake of a Technological Disaster: The Ghislenghien Disaster*. Doctoraatsthesis. Antwerpen/Apeldoorn: Maklu Uitgevers.

Freud, S. (1951b), *Inhibitions, symptômes et angoisse*. Paris: Presses Universitaires de France, 1986.

Janet, P. (1889), *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.

Lebigot, F. (2002), 'L'effroi du trauma psychique. Le regarder en face ou s'en protéger', in: *Revue francophone du stress et du trauma*, 2 (3), 139-146.

Lebigot, F. (2005), *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris: Dunod.

Nijenhuis, E.R.S. (1999), *Somatoform dissociation: phenomena, measurement, and theoretical issues*. Assen: Van Gorcum, Reprint Norton, New York, 2004.

# Hoe kom je erbij en hoe kom je eraf?

## Veroordeling van slachtoffers van verkrachting als gedeeld probleem

Dr. Jackie June ter Heide

*‘Wat zal er nu gebeuren met mijn dochter? Ze is vies, onrein, nu en voor altijd. Ze is bezoedeld. Ik dacht dat ik deze plek kon vertrouwen... ik dacht dat ik haar kon vertrouwen.’*

(moeder van een verkrachte dochter, geciteerd in Meichenbaum, 1985, p. 96)

*Het meemaken van seksueel geweld kan leiden tot een veroordeling van het slachtoffer als vies, schuldig of verwerpelijk – door het slachtoffer zelf, maar ook door naasten of de maatschappij. Dergelijke oordelen kunnen groot psychisch lijden veroorzaken. Hoe ontstaat een dergelijk fenomeen? Enerzijds lijkt er sprake te zijn van een herbeleving van de oorspronkelijke viesheid. Anderzijds lijkt het onbewuste een verband te leggen tussen viesheid, morele verwerpelijkheid en sociale uitstoting. Naar bovenstaand fenomeen is slechts beperkt onderzoek verricht maar het begrijpen ervan is essentieel om slachtoffers van seksueel geweld en hun familieleden te kunnen helpen.*

### Een gedeeld probleem

Posttraumatische stress leidt ertoe dat mensen negatief gaan denken over zichzelf, anderen en de wereld. Dat wisten we al (bijv. Janoff-Bulman, 1992), maar in de herziene PTSS-diagnose volgens DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) wordt dit voor het eerst formeel erkend. Patiënten met PTSS zien zichzelf bijvoorbeeld als slecht, anderen als onbetrouwbaar, of de wereld als gevaarlijk. Het opnemen van het symptoom ‘persisterende en overdreven negatieve overtuigingen of verwachtingen over zichzelf, anderen of de wereld’ in DSM-5 leidt ertoe dat hernieuwde belangstelling uit kan gaan naar dit eerder wat onderbelichte fenomeen. Het meemaken van een traumatische ervaring kan er ook toe leiden dat anderen negatief over het slachtoffer gaan denken. Dat is wonderlijk, maar komt vaak voor. Vooral slachtoffers van seksueel geweld zijn kwetsbaar voor veroordeling door anderen. Ze kunnen worden gezien als vies of schuldig of verwerpelijk. Dit

komt niet alleen voor in collectivistische samenlevingen, waarin vrouwen<sup>1</sup> het risico lopen op gedwongen scheiding of zelfs dood wanneer bekend wordt dat zij verkracht zijn, maar ook in individualistische samenlevingen, waarin verkrachte vrouwen bijvoorbeeld wordt afgeraden aangifte te doen of waarin daders worden vrijgesproken.

76

Verkrachte vrouwen die lijden onder hun negatieve overtuigingen kunnen hulp zoeken in de geestelijke gezondheidszorg. De overtuiging vies te zijn of schuldig of verwerpelijk kan leiden tot stoornissen als posttraumatische stress, depressie of wasdwang. Idealiter resulteert traumagerichte therapie in een correctie van dergelijke cognities: 'Ik ben schoon, ik heb gedaan wat ik kon, ik ben okay'. Dit corrigeren kan echter een uitdaging zijn wanneer de omgeving de negatieve overtuigingen actief bekrachtigt. Ook naasten van verkrachte vrouwen kunnen gebukt gaan onder negatieve overtuigingen. De culturele verwachting dat verkrachte vrouwen verstoten moeten worden, kan hun mannen opzadelen met morele dilemma's. Vrouwen besluiten er dan ook vaak toe hun ervaring te verzwijgen om zichzelf en hun echtgenoten te beschermen (Tankink & Richter, 2007).

Waarom raken slachtoffers van verkrachting ervan overtuigd dat ze vies en schuldig en verwerpelijk zijn? Waarom delen anderen deze mening? Een slachtoffer dat zich gewassen heeft, is toch niet meer vies? Iemand die tot een seksuele handeling gedwongen is, is toch niet schuldig? Iemand die verkracht is, is toch geen bedreiging voor de maatschappij? Hoe komen slachtoffers en anderen tot deze overtuigingen, en beter nog: hoe komen ze er af? Dit artikel biedt een beperkt antwoord op deze vragen.

### **Viesheid en moraal**

Voor een antwoord op de vraag waarom verkrachting leidt tot een oordeel van viesheid, schuld en verwerpelijkheid kunnen we maar beperkt bij de klinische psychologie terecht. De conceptualisatie van posttraumatische stressstoornis als een angststoornis in DSM-IV heeft de afgelopen decennia bijgedragen aan een zekere versmalling van de klinische blik. In een casus in het boek *Treating the trauma of rape* van Foa en Rothbaum (1998) zegt een verkrachte vrouw: 'Ik voel me vies en lelijk en kwetsbaar'. De therapeut antwoordt hierop, 'Als gevolg van de verkrachting kun je het gevoel hebben dat de wereld gevaarlijk is en dat je kwetsbaar bent' (p. 141). Dat is zeker waar, maar het lijkt niet het hele verhaal.

---

1 Omdat de betekenisgeving van verkrachting van mannelijke slachtoffers kan verschillen van die van vrouwelijke slachtoffers beperken wij ons in dit artikel tot vrouwelijke slachtoffers.

Primair noemt deze vrouw zich vies. Ook een andere vrouw in het boek zegt: ‘Het enige wat ik dacht dat [mijn familieleden] van mij vonden was dat ik vies was, en verkracht natuurlijk.’ Wat willen deze vrouwen hiermee zeggen? Moeten we die viesheid letterlijk nemen, of is het een metafoor? Beide lijken het geval.

‘Ik ben vies’ lijkt enerzijds een verwoording van een herbeleving. Tijdens een herbeleving wordt een gevoel dat optrad bij de traumatische ervaring opnieuw beleefd alsof de ervaring plaatsvindt in het hier-en-nu. Verkrachting leidt tot vies zijn – lichaamsmateriaal van de verkrachter, zoals zweet en sperma, komt op of in het lichaam van het slachtoffer. Slachtoffers wassen zich na een verkrachting maar het gevoel vies te zijn, blijft. ‘Het lichaam houdt de stand bij’, zoals Bessel van der Kolk zegt (2014). Klinisch psychologen hebben de laatste jaren meer aandacht gekregen voor dit fenomeen. Jung en Steil (2013) hebben bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar het effect van cognitieve therapie op gevoelens van viesheid na verkrachting. Opzoeken van informatie over de snelheid waarmee huidcellen vervangen worden, blijkt te leiden tot een vermindering van het gevoel van viesheid.

Anderzijds lijkt ‘ik ben vies’ een metafoor. Niet de klinische psychologie wijst hierop, maar de sociale psychologie. In sociaal-psychologische experimenten blijken viesheid en schoonheid samen te gaan met moraal en sociale verbondenheid. Proefpersonen hebben bijvoorbeeld meer interesse in schoonmaakproducten wanneer zij hebben gedacht aan een onethische daad dan aan een ethische daad, en ervaren minder schaamte en walging over een onethische daad wanneer zij na het vertellen erover hun handen wassen (Zhong & Liljenquist, 2006). Proefpersonen die zich schoon voelen, hebben een strenger moreel oordeel over zaken als abortus en pornografie (Zhong, Strejcek, & Sivanathan, 2010). In een schoon ruikende ruimte zijn proefpersonen meer geneigd tot vertrouwen en vrijgevigheid dan in een normale ruimte (Liljenquist, Zhong, & Galinsky, 2010). Kennelijk is er op onbewust niveau een verband tussen schoonheid en goedheid, viesheid en slechtheid. ‘Schone’ mensen zijn geneigd tot verbondenheid met andere schone mensen, en ‘vieze’ mensen lopen een hogere kans op veroordeling en uitstoting.

Hoe komt ons onbewuste aan een dergelijke associatie? Frans de Waal (1996) heeft aangetoond dat mensapen heel goed in staat zijn tot morele overwegingen. Ze worden boos wanneer een andere aap een aantrekkelijkere beloning krijgt voor een taak dan zijzelf, en ze verkiezen het belonen van zichzelf en een groepsgenoot boven het belonen van alleen zichzelf. Dergelijk moreel gedrag versterkt de sociale cohesie van de groep. Iets anders wat de verbondenheid van de groep versterkt, is elkaar vlooiën. Een aap die bij de groep hoort, is een schone aap. Een aap die buiten de groep valt, is vies, en kwetsbaar voor bijvoorbeeld seksuele dwang (Muller & Wrangham, 2009). Zou ons onderbewuste de causale verbanden snappen: als je

goed bent, hoor je bij de groep, en als je bij de groep hoort, blijf je schoon? Of gooit ons onderbewuste alles op één hoop: je bent vies dus je moet slecht geweest zijn en daarom hoor je er niet meer bij? Het laatste zou bij verkrachting weleens het geval kunnen zijn.

### **In de praktijk**

78

Het lijkt misschien een academische exercitie, dit speuren naar dwarsverbanden tussen klinische psychologie, sociale psychologie en primatologie, maar het is het niet. Verkrachting wordt massaal ingezet als wapen in oorlog en bij onderdrukking van bevolkingsgroepen. Slachtoffers zoeken hun heil in het westen maar durven uit angst voor veroordeling hun ervaringen niet te delen. Hulpverleners laten hun westerse technieken los op fenomenen die ze slechts zeer beperkt begrijpen. Begrijpen hoe negatieve betekenisgeving na verkrachting tot stand komt is essentieel om slachtoffers van verkrachting en hun familieleden te kunnen helpen. Om met professor Prlwytzkofsky te spreken: dit vraagt ener wetenschappelijker onderzoek – en vervolgens een vertaalslag naar de klinische praktijk.

## Referenties

- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- De Waal, F. (1996), *Good Natured: The Origins of Right and Wrong in Humans and Other Animals*. London: Harvard University Press.
- Foa, E.B. & B.O. Rothbaum (1998), *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Janoff-Bulman, R. (1992), *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jung, K. & R. Steil (2013), 'A randomized controlled trial on cognitive restructuring and imagery modification to reduce the feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress disorder', in: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 213–220. doi:10.1159/000348450
- Liljenquist, K., C.B. Zhong, A.D. Galinsky (2010), 'The smell of virtue: Clean scents promote reciprocity and charity', in: *Psychological Science*, 21(3) 381-383.
- Meichenbaum, D. (1985), *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Muller, M.N. & R.W. Wrangham (2009), *Sexual coercion in primates and humans: An evolutionary perspective on male aggression against females*. London: Harvard University Press.
- Tankink, M. & A. Richters (2007), 'Giving voice to silence: Silence as coping strategy of refugee women from South Sudan who experienced sexual violence in the context of war', in: B. Droždek & J.P. Wilson (Ed.), *Voices of trauma: Treating psychological trauma across cultures* (pp. 191-210). New York: Springer.
- Van der Kolk, B. (2014), *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Group.

Jackie June ter Heide

Zhong, C.B. & K. Liljenquist (2006), 'Washing away your sins: Threatened morality and physical cleansing', in: *Science*, 313, 1451-1452. doi:10.1126/science.1130726

Zhong, C.B., B. Strejcek & N. Sivanathan (2010), 'A clean self can render harsh moral judgment', in: *Journal of Experimental Social Psychology*, 46, 859-862.



# Zorg bij grootschalig geweld in oorlogsgebieden

Dr. Kaz de Jong

*Massaal geweld zoals in Syrië, Irak en de Centraal Afrikaanse Republiek stelt de humanitaire gemeenschap voor de uitdaging psychologische ondersteuning te geven aan de getroffen. Deze bijdrage beschouwt het psychosociaal onderzoek dat uitgevoerd is tijdens en vlak na verschillende humanitaire conflicten tussen 1999 en 2013.*

## Over de dominantie van de diagnose PTSS: kritieken en alternatieven

Het denken over, en ontwerpen van, psychosociale hulpverlening is sterk gedomineerd door het 'universele' Post Traumatisch Stress Stoornis (PTSS) concept. PTSS is sinds 1981 opgenomen in handboek voor diagnostiek van mentale aandoeningen (DSM). Hierdoor lijkt het dat er consensus is over de symptomen en de universaliteit van PTSS. Echter, over de definitie van de aanleiding voor het ontwikkelen van een PTSS, een traumatische ervaring, bestaat onduidelijkheid. Elke nieuwe versie van de DSM hanteert een andere definitie van een traumatische ervaring.

Veel hulpverleningsorganisaties nemen de veronderstelde universaliteit van PTSS en de causaliteit tussen geweld en de prevalentie van PTSS over bij de ontwikkeling van een programmatisch model voor interventies in gebieden van grootschalig geweld. Sinds het midden van de jaren negentig van de vorige eeuw leidt dit tot de algemeen gangbare opvatting dat in gebieden van grootschalig geweld hele bevolkingsgroepen aan PTSS lijden (Ager & Vuk, 1995).

Er is veel kritiek op deze vooronderstellingen. Zelfs indien PTSS universeel voorkomt kunnen mensen het geweld anders ervaren of een andere betekenis toekennen. Zo zijn bijvoorbeeld bepaalde initiatie-rituelen bij bepaalde volkeren zonder meer gewelddadig maar worden 'acceptabel' door de betekenis hiervan. Ook de veronderstelde causale relatie tussen blootstelling aan geweld en het voorkomen van PTSS is twijfelachtig. PTSS is immers niet de enige mentale aandoening waaraan geweld ten grondslag ligt. Zo wordt na de blootstelling aan potentieel traumatische gebeurtenissen aandoeningen zoals depressie of andere angst stoornissen (fobieën) beschreven. Daarnaast: moet het optreden van klachten niet gezien worden als een normale aanpassingsreactie waarvan de meeste mensen op eigen kracht herstellen? De critici zien de impact van geweld

als een collectieve ervaring die niet gereduceerd moet worden tot een individueel mentaal gezondheidsprobleem of een medische aandoening.

### **Kernvragen bij de hulpverlening in gebieden van massaal geweld**

82 Hoe kan de behoefte aan psychosociale hulp worden gemeten? Aan het begin van de 21-ste eeuw bestonden er hiervoor weinig instrumenten en methodes. Bij de verschillende onderzoeken die wij uitvoerden in landen zoals Sierra Leone, Sri Lanka, Tsjetsjenië, Ingoesjetië, India (Kasjmir) en Somalië konden wij geen gebruik maken van bestaande en reeds gebruikte methodes. In onze onderzoeken is zoveel mogelijk uitgegaan van een symptomatische benadering. Het gebruik van diagnostische etiketten, zoals PTSS en depressie, werd vermeden.

Andere kernvragen in dit verband zijn: wordt er al ondersteuning geboden en hoe, welke diensten hebben voorrang, welke praktische interventies zijn nodig in gebieden met massaal geweld? Ook dit was onbekend ten tijde van de uitvoering van onze studies.

Er zijn twee perspectieven in de beantwoording van deze vragen te onderscheiden. Enerzijds zijn er de 'experts' die bio-psycho-sociale modellen en perspectieven (zoals PTSS) gebruiken bij het ontwerp van een psychosociaal interventiemodel. De getroffen worden gedefinieerd als patiënten die door experts behandeld worden. Daar tegenover staat de 'lokale benadering'. In dit gedachtegoed spelen de getroffen een centrale rol. Zij weten het beste wat er nodig is en moeten daarom de aard en prioriteiten van de hulpverlening bepalen. Tenslotte, is de vraag naar de effecten van psychosociale interventies in gebieden van grootschalig geweld essentieel.

### **Behoeft aan psychosociale zorg na geweld: het belang van de context**

Onze bevolkingsonderzoeken in conflictgebieden tonen aan dat bijna 100% van de ondervraagden wel een of meerdere ernstige geweldservaringen heeft meegemaakt. Wij vonden in Kasjmir en Somalië bij grofweg een derde van de respondenten substantiële psychosociale klachten; in Tsjetsjenië (80%) en Ingoesjetië (67%) lag dit percentage nog veel hoger. Het gebruik van onder meer deze wetenschappelijk onderbouwde epidemiologische bevindingen heeft bijgedragen aan de acceptatie van psychosociale interventies in deze crisisgebieden. De uitkomsten van epidemiologisch onderzoek bevestigden het intuïtieve gevoel van hulpverleners namelijk dat psychosociale interventies gerechtvaardigd zijn.

Veel psychosociaal bevolkingsonderzoek wordt bekritiseerd vanwege de vaak geringe omvang van de gehanteerde steekproef. Onze steekproefgrootten (variërend

van 250 tot 510) waren evenwel voldoende substantieel om representativiteit en statistische 'power' te garanderen; de steekproefgrootte in Somalië (N=80) was een uitzondering vanwege de slechte veiligheidssituatie waardoor weinigen konden participeren en het onderzoek uiterst beperkt moest worden. Een ander kritiekpunt is het gebruik van instrumenten die niet gevalideerd zijn voor niet-westerse regio's. Beide kritiekpunten kunnen leiden tot een te hoge inschatting van psychosociale behoeften. Vergelijking met de uitkomsten van andere, in de regio uitgevoerde, bevolkingsonderzoeken (die ook geen gevalideerde instrumenten gebruikten), leidt echter tot de conclusie dat onze onderzoeken geen overdreven prevalentie waarden weergeven.

83

Uit onze onderzoeken blijkt dat het gerapporteerde geweld geen goede indicator van psychosociaal lijden is. Het begrip 'algemene blootstelling aan geweld' differentieert onvoldoende; immers bijna 100% van de mensen rapporteerde hieraan blootgesteld te zijn. Maar ook verfijnde specificaties van het gerapporteerde geweld zoals het 'zelf zien of ervaren van geweld' blijken een slechte indicator van lijden te zijn. In ons onderzoek in Somalië vinden wij geen relatie tussen de hoeveelheid ervaren geweld en de mate van PTSS gemeten middels een gevalideerde versie van de Post Traumatic Diagnostic Scale. Alle respondenten melden gemiddeld vijf ernstige geweldservaringen terwijl 'slechts' 30% substantiële PTSS symptomen rapporteren. Het bleek dat het vermogen om een specifiek traumatische gebeurtenis te beschrijven wel geassocieerd was met PTSS maar de hoeveelheid geweldservaringen niet. Blijkbaar ervaren mensen die leven in gebieden waar veel chronisch geweld plaatsvindt, gewelddadige gebeurtenissen alleen als traumatisch wanneer deze afwijken van het 'gewone' dagelijkse geweld. De context speelt een belangrijke rol bij de beleving van geweld (Horowitz & Wakefield, 2007)..

Onze onderzoeken hebben bijgedragen aan het denken over alternatieve indicatoren voor het bepalen van geweld gerelateerd psychosociaal lijden. We vonden alternatieve indicatoren zoals: het huidig gevoel van veiligheid, gedwongen verhuizing, totaal of gedeeltelijk onvermogen om te werken/functioneren. Deze bleken in bijna alle situaties goede indicatoren te zijn van psychosociale kwetsbaarheid.

Op basis van onze onderzoeken raden wij aan om in toekomstig psychosociaal bevolkingsonderzoek indicatoren en methodologie te gebruiken die beter bij de context passen. In *noodhulp* situaties is het gebruik van alternatieve indicatoren zinvol en praktisch. Deze indicatoren tonen psychosociale kwetsbaarheid aan. Bovendien geven deze een behoefte aan die niet direct gerelateerd is aan pathologie. Dit voorkomt onnodige stigmatisatie. Nadeel is dat er geen precieze vaststelling is van de heersende pathologie. In contexten met *gestabiliseerd geweld* of post-conflict

situaties waarin het veiligheidsniveau het toelaat om uitgebreider onderzoek te doen, moet het gebruik van lokaal ontworpen en gevalideerde instrumenten, die lokaal gedefinieerde symptomen en pathologie meten, de nieuwe standaard worden. Dit houdt in dat het klinisch interview, de 'gouden standaard' in de psychiatrie, ook cultureel aangepast wordt.

### **Een psychosociaal interventie model**

84 Tegenwoordig is er een consensus over de doelstellingen, strategieën en methoden bij het verlenen van psychosociale hulp in gebieden geteisterd door grootschalig geweld. Algemene richtlijnen voor psychosociale en geestelijke gezondheidsinterventies in geweldsgebieden zijn beschikbaar (Inter-Agency Standing Committee, 2007). Deze 'best practice' is ten dele gebaseerd op onderzoek door ons uitgevoerd.

In het door ons beschreven programmatische model (de Jong, & Kleber, 2003; de Jong, 2005) zijn de werving en training van nationale staf en hun invloed op de ontwikkeling van het programma cruciaal. Echter, een expliciete keuze tussen de 'expert' of 'getroffene' benadering wordt niet gemaakt. Ons model gaat uit van een pragmatische mix met een goede balans tussen de visie van experts en getroffenen. Experts zijn veelal nodig om de kwaliteit te garanderen maar de getroffenen zijn essentieel om de interventies te vertalen naar lokaal acceptabele hulpverlening.

De hulpverlening kan zich richten op het individu of op het verbeteren van de sociale ecologie van de gemeenschap. De kerndoelstelling van psychosociale programma's is niet veranderd: het creëren van een omgeving voor zowel het individu als de gemeenschap, die helpt bij de omgang met de door geweld veroorzaakte psychosociale problemen. Echter, in het beginstadium van de ontwikkeling van ons psychosociale model lag het accent meer op de individuele benadering. Interventies in de gemeenschap beperkten zich voornamelijk tot het stimuleren van zelfhulp en het bekendmaken met de dienstverlening.

Met het voortschrijden van de tijd hebben we geleerd om beter om te gaan met de diversiteit van de groep oorlogsgetroffenen en de context. Een 'strikte' benadering gericht op het omgaan met de herinneringen aan geweldservaringen verbreedde zich tot een methodologie waarin ook het omgaan met andere, algemene problemen van de gemeenschap zoals prostitutie, huiselijke geweld, aandacht krijgen. Een stapsgewijze aanpak maakt de interventie relevanter voor de steeds veranderende context. In *acute noodsituaties* hanteert de dienstverlening een medische, verticale benadering gericht op de overleving van de meest kwetsbaren. Ontwikkelt zich hierna een *chronische crisis* dan kan de dienstverlening zich

richten op het omgaan met de geweldservaringen *en* het aanpassen aan de nieuwe situatie. Het aansluiten bij de eigen kracht van getroffenen (veerkracht) is leidend geworden in onze psychosociale hulpverlening voor oorlogsgetroffenen.

### **Zijn psychosociale interventies effectief?**

Een van de eerste effectstudies op dit gebied is door ons uitgevoerd in Bosnië-Herzegovina (Mooren, de Jong, Kleber, Kulenovic, & Ruvic, 2003). De studie toonde aan dat twee derde van 5066 cliënten een belangrijke verbetering van klachten vertoonde. Onze meta-analyse (de Jong, Knipscheer, Ford & Kleber, 2014) van alle psychosociale interventies in geweldsgebieden bevestigde dit beeld. Voor getroffenen lijdend aan PTSS werden duidelijke effecten aangetoond voor Narratieve Exposure Therapie: 71% van de cliënten verbeterde significant. Significante klachten reductie werd ook aangetoond voor varianten van counseling zoals flexibele en verzoeningscounseling (een groepsgewijze, aanpak met 'exposure', skill building en verzoening). Het belangrijkste was dat de behandeling een vorm van gecontroleerde 'exposure' kende. Cultureel aangepaste behandelvormen gebaseerd op oplossingsgerichte en cognitieve gedragstherapie leidden tot duidelijke verbetering van angst- en depressieklachten. Tevens bleken verschillende vormen van counseling (zoals oplossingsgericht, stress reducerend) het functioneren van cliënten te verbeteren. Deze uitkomsten bevestigen het belang van psychosociale interventies in gebieden van grootschalig geweld – en lijken te suggereren dat bestaande methodieken universeel effectief kunnen worden ingezet. Zowel symptoomvermindering als de verbetering van het functioneren zijn cruciaal bij het overleven in gebieden van doorlopend, massaal geweld.

De moeilijkheid om onderzoek te doen in geweldsgebieden maar ook de complexiteit van cultureel verantwoord onderzoek, nodigen uit tot het ontwikkelen van alternatieve evaluatiemethodieken. We hebben geëxperimenteerd met 'waarderingsschalen'; een horizontale lijn lopend van 0-10 waarop de cliënt en de hulpverlener onafhankelijk de ernst van de problematiek moet scoren. Deze methode heeft een goede validiteit en vooralsnog lijkt het een goed alternatief voor de gangbare, westerse, niet gevalideerde instrumenten.

Meer onderzoek naar de effectiviteit van psychosociale interventies in gebieden waar zich grootschalig geweld voordoet, is nodig – en bij voorkeur is dit gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek. Echter, van groter belang is dat het onderzoek cultureel valide is en gebruik maakt van lokaal ontwikkelde, psychologische ziektebegrippen en daarop gebaseerde instrumenten.

## Referenties

Ager, I. & S.M. Vuk (1995), *Theory and practice of psychosocial projects under war circumstances in Bosnia-Herzegovina and Croatia*. Zagreb: ECHO/ECTF.

De Jong, K. & R. Kleber (2003), 'Early psychosocial interventions for refugees and war-affected populations', in: R. Orner R en U. Schnyder (Eds.), *Reconstructing early interventions after trauma*. (pp. 184–193). Oxford: Oxford University Press.

86

De Jong, K., J.W. Knipscheer, N. Ford & R. Kleber (2014), 'The efficacy of psychosocial interventions for adults in contexts of ongoing man-made violence. A systematic review', in: *Health*, 6, 504–516. doi:org/10.4236/health.2014.66070

De Jong, K. (2005), *Psychosocial and mental health interventions in areas of mass violence: a community based approach. Guideline document (First Edition)*. MSF Amsterdam: Médecins Sans Frontières.

Horwitz, A.V. & J.C. Wakefield (2007), *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Inter-Agency Standing Committee. (2007), *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.

Mooren, G.T.M., K. de Jong, R.J. Kleber, S. Kulenovic & J. Ruvic (2003), 'The impact of a mental health program in Bosnia-Herzegovina: Effects on coping and general health', in: *Journal of Clinical Psychology*, 59 (1), 1–28.

# Diversiteit in behandelingen voor PTSS is een rijkdom

Dr. Mariel Meewisse

*Er zijn meerdere effectieve psychologische behandelmethodieken voor de posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Van de verschillen en overeenkomsten in interventies valt veel te leren. Moeten we streven naar eenheid in methodieken, of is variatie in interventies juist aangewezen wanneer we rekening houden met de verscheidenheid in traumagerelateerde problematiek?*

Hoewel de verschillen in effectieve behandelingen voor de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) veelal worden benadrukt, zijn de overeenkomsten aanzienlijk (zie ook Schnyder, Ehlers, Elbert, Foa, Gersons et al, 2015). In alle behandelmethodieken hebben beelden van herinneringen aan de traumatische gebeurtenissen met een sterke affectieve lading een belangrijke rol. Zintuigelijke ervaringen, cognities, lichamelijke sensaties, emoties en de connotatie, ook wel appraisal genoemd, die de herinneringen in het hier-en-nu oproepen worden daarbij uitgevraagd. De actieve vermijding van gedachten en gevoelens, wat zo typerend is voor PTSS, wordt doorbroken. Inadequate copingstrategieën die ingezet werden om op korte termijn de heftige emoties te kunnen tolereren maken plaats voor het doorstaan en verdragen van angst, woede, schaamte, walging en verdriet. Gedurende de therapiesessie beleeft de cliënt pijnlijke momenten gekoppeld aan de traumatische gebeurtenis. Het benoemen van emoties verzwakt de emotionele respons en leidt tot verlaging van fysiologische arousal (Niles, Craske, Lieberman & Hur, 2015) en maakt dan ook onderdeel uit van ieder protocol. Het vindt plaats in aanwezigheid van de therapeut die steunt en aanmoedigt en gedurende dit proces een verandering van de connotatie van het trauma en de gevolgen tracht te bewerkstelligen, al gebeurt dat niet altijd even expliciet.

In Nederland nemen we in vergelijking met andere landen een bevoorrechte positie in wat betreft de beschikbaarheid van effectieve behandelingen voor PTSS (Koelkebeck, Andlauer, Jovanovic & Giacco, 2015). De verschillende behandelmethoden hebben ieder een eigen theorie over het ontstaan of voortbestaan van PTSS-klachten, en zo ook een eigen invalshoek om verwerking van de traumatische gebeurtenissen te bereiken. Zonder de wens uitputtend te

zijn, bespreek ik hieronder de traumagerichte behandelingen die in Nederland het meest gebruikt worden: Prolonged Exposure (PE), Eye-Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR), Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP) en Narratieve Exposure Therapie (NET).

### **Wat is de rationale en het doel van de verschillende methoden?**

88

Bij PE wordt aangenomen dat emoties, zoals angst, gerepresenteerd worden in het geheugen als cognitieve netwerken met inbegrip van representaties van pijnlijke stimuli, emotionele responsen en hun betekenis (McLean, Asnaani, & Foa, 2015). Een dergelijk emotionele structuur wordt geactiveerd wanneer een persoon geconfronteerd wordt met informatie die linkt aan een deel van de representaties. Bij PTSS is de traumatische herinnering gerepresenteerd als een pathologisch emotioneel netwerk dat foutieve associaties met zich meebrengt over representaties van stimuli, reacties en de betekenis. Een kaal geschoren hoofd van een willekeurig persoon kan daardoor bij een cliënt met PTSS na seksueel geweld ervaren worden als gevaarlijk, omdat de verkrachter een skinhead was, en de sirene van een ambulance wordt bij een persoon met PTSS als gevolg van een ernstig auto-ongeval als levensbedreigend ervaren door associaties met de tevergeefs ingezette reanimatie van een inzittende door de ambulanceverpleegkundige. PTSS wordt in stand gehouden door vermijding van traumagerelateerde gedachten, beelden en triggers, in combinatie met niet-helpende en veelal foutieve perceptie en opvattingen die men ontwikkeld heeft in de nasleep van de traumatische gebeurtenis(sen), zoals 'de wereld is extreem gevaarlijk' en 'ik ben incompetent' (McLean et al, 2015). Herstel vindt plaats door confrontatie met trauma-gerelateerde percepties, gedachten, gevoelens, situaties, en activiteiten zodat activatie van associaties met het trauma op gang komt en de geanticiperde pijnlijke en schadelijke uitkomst wordt ontkracht. Deze cognitieve herstructurering vindt plaats met behulp van imaginaire exposure (IE), dat wil zeggen door terug te gaan naar de traumatische herinnering en deze hardop te vertellen waarna verwerking van de ervaring volgt, en door middel van in-vivo exposure. In-vivo exposure betekent confrontatie met trauma-gerelateerde situaties en objecten uit het dagelijks leven die vermeden worden vanwege de spanning die het oproept, maar op zichzelf geen gevaar met zich mee brengen.

NET is gestoeld op dezelfde netwerktheorie als PE en baseert zich eveneens op principes van associatief leren (Elbert, Schauer & Neuner, 2015; Jongedijk, 2014). Het uitgangspunt van NET is dat de traumatische herinneringen van een persoon met PTSS gefragmenteerd zijn opgeslagen. Flashbacks kunnen gezien worden



als dergelijke gefragmenteerde herinneringen; het zijn losse flitsen of beelden zonder context. Verwerking vindt plaats door de gefragmenteerde herinneringen te integreren in een coherent levensverhaal. Gebeurtenissen of periodes uit het leven van de cliënt worden visueel inzichtelijk gemaakt door stenen en bloemen te leggen langs een touw die de levensloop symboliseert. De stenen verwijzen naar negatieve gebeurtenissen en de bloemen naar positieve. Op chronologische volgorde in de tijd wordt op iedere steen IE toegepast. Belang wordt gehecht aan verbinden van de contextuele informatie van de gebeurtenis van destijds (wanneer, waar) met sensorische informatie (horen, zien, ruiken, voelen) en de gedachten, emoties en fysieke reacties die men heeft ervaren. Vervolgens worden gevoelens van destijds vergeleken met de gevoelens in het hier-en-nu. Zodra de angst onder woorden is gebracht, realiseert de cliënt dat er geen gevaar op dit moment is en dat de bron van spanning de herinnering betreft (Elbert et al, 2015). Het verkrijgen van een coherent levensverhaal wordt ook versterkt doordat de therapeut een document schrijft voor de cliënt met alle gebeurtenissen die gedurende de therapie geadresseerd zijn.

89

In EMDR en NET lijkt er overeenstemming te bestaan over de wijze van informatieverwerking. Bij EMDR wordt ervan uitgegaan dat psychische problemen voortkomen uit onvoldoende of inadequaate verwerkte herinneringen van negatieve gebeurtenissen gedurende het leven (Shapiro & Laliotis, 2015). Het brein is ontwikkeld om informatie te verwerken met het doel emotionele pijn te verlichten en gebruik te maken van de ervaringen voor ons functioneren in toekomstige situaties. Huidige situaties worden logisch in verbinding gebracht met bestaande herinneringen. Anders dan bij de netwerktheorie vanuit PE is dat EMDR niet zo zeer de nadruk op de betekenis legt, maar ervan uitgaat dat negatieve gebeurtenissen *op zichzelf* soms dermate pijnlijk en overweldigend zijn dat het niet lukt om de informatie te verwerken. Dan blijven de herinneringen als bevroren in de tijd bestaan met inbegrip van negatieve affecten, sensaties en overtuigingen die eenvoudig getriggerd kunnen worden door interne en externe stimuli. De verontrustende ervaringen uit het verleden bepalen de waarneming in het heden, en dit leidt dan tot een vicieuze cirkel van disfunctioneren. Therapeutische verandering wordt gezien als bijproduct van verwerking die geproduceerd wordt door spontaan gegenereerde interne associaties die ontlokt worden tijdens bilaterale stimulatie (Shapiro & Laliotis, 2015), zoals horizontale oogbewegingen of handtaps op de knieën. Echter, in de laatste jaren wordt de effectiviteit van stimulatie niet meer zo zeer toegewezen aan bilaterale aspecten, maar aan het gegeven dat de stimulus belastend is voor het werkgeheugen (Baddely, 1998). Het werkgeheugen heeft een beperkte capaciteit waardoor de traumatische

herinneringen concurrentie krijgen van de oogbewegingen. Er is dan weinig plaats voor de levendigheid en de naarheid van de herinnering waardoor de herinnering met een andere lading terug gezet kan worden in het geheugen (ten Broeke, de Jongh & Oppenheim, 2012).

90

In de theorie van BEPP wordt PTSS gezien als een voortdurende afwisseling tussen intrusies en vermijding (Gersons, Meewisse & Nijdam, 2015). BEPP gaat ervan uit dat mensen door opvoeding en ervaringen in hun leven overtuigingen en copingstrategieën aanleren om zich optimaal staande houden in hun sociale context. Als deze overtuigingen het ontoelaatbaar maken om kwetsbaar te zijn en heftige emoties te ervaren, dan ontstaat een ernstig dilemma na het doormaken van trauma. Door angst, krenking of schaamte worden heftige emoties dan niet geaccepteerd, terwijl intens verdriet, woede en walging inherent zijn aan het doormaken van levensbedreigende gebeurtenissen. EMDR en BEPP delen de visie dat gebeurtenissen in het leven op zichzelf pijnlijk en overweldigend kunnen zijn, ongeacht de betekenis die men hieraan verleent. Bij BEPP wordt echter meer nadruk gelegd op de het onderdrukken van de heftige emoties waardoor klachten tot lange tijd na trauma in stand worden gehouden of verergeren en natuurlijk herstel uitblijft. Om te voorkomen dat men opnieuw heftig geëmotioneerd raakt, is men zeer alert op interne en externe waarschuwingssignalen waardoor het gevoel van onveiligheid wordt vergroot. Schrikachtigheid en problemen met inslapen of concentratie voor alledaagse zaken zijn veelal het gevolg van onveiligheidsgevoelens. Partners van cliënten lijden mee met hun dierbare en kunnen, bewust of onbewust, een belangrijke rol spelen bij het onderdrukken van emoties. De cliënt met PTSS wil zijn partner niet belasten met zijn heftige gevoelens of hoort bijvoorbeeld uit machteloosheid van de partner dat hij het incident nu eindelijk eens moet vergeten. Partners worden om die reden nadrukkelijk betrokken bij psycho-educatie over PTSS en de evaluatiemomenten in de behandeling. Het doel van imaginaire exposure vanuit BEPP, alswel het gebruik van traumagerelateerde memorabilia en schrijfp opdrachten, is om onderdrukte gevoelens te uiten en de betekenis die men verleent aan de traumatische gebeurtenissen bloot te leggen, te rouwen over verliezen die men heeft geleden, en gedurende de daarop volgende fase van betekenisverlening flexibiliteit in manieren van coping te krijgen om te komen tot een nieuw evenwicht van waaruit het leven verder wordt ingevuld (Gersons, Meewisse, Nijdam & Olff, 2011).

In de bespreking van de verschillende traumabehandelingen komt dus steeds terug dat de cliënt gemotiveerd moet worden om de heftige herinneringen aan traumatische gebeurtenissen ten volle, dat wil zeggen zonder vermijdingsstrategieën, te laten

beleven. Er zijn echter duidelijke stijlverschillen welke herinneringen daarbij van belang worden geacht.

### **Welke herinneringen worden behandeld?**

Allereerst de overeenkomsten: alle methodieken benadrukken het belang van het adresseren van zogenaamde 'hotspots'. Dat zijn de momenten in de herinnering die in het heden een sterke affectieve lading oproepen. Wanneer een cliënt slechts één enkele traumatische gebeurtenis heeft doorgemaakt, is het volkomen duidelijk dat deze gebeurtenis specifiek behandeld moet worden. Veelal hebben cliënten met PTSS echter meerdere traumatische gebeurtenissen doorgemaakt, en vergen de meeste methodes wat puzzelwerk om de juiste herinneringen te selecteren.

Bij NET valt het puzzelwerk reuze mee: op chronologische volgorde van tijd in de levensloop wordt op iedere steen, die staat voor een negatieve gebeurtenis, IE toegepast. Dit gebeurt ongeacht of een cliënt in de tegenwoordige tijd PTSS klachten ondervindt als gevolg van die specifieke gebeurtenis en of de gebeurtenis daadwerkelijk doodsdreiging of schending van de fysieke integriteit behelsde. Het doet recht aan het gegeven dat iedere ingrijpende levensgebeurtenis een zee aan informatie bevat die bepalend is voor onze beleving, betekenisverlening, en coping strategieën in het huidige leven.

Bij PE wordt niet iedere ingrijpende of potentieel traumatische gebeurtenis gebruikt voor imaginaire exposure, maar wordt specifiek gewerkt met de herinneringen aan traumatische gebeurtenissen die gekoppeld zijn aan de PTSS-klachten en het disfunctioneren. Na een traumatische gebeurtenis hebben mensen met PTSS namelijk niet zo zeer vaker intrusies dan degene zonder PTSS. Het verschil komt tot uitdrukking in de manier waarop intrusies beleefd worden. Mensen met PTSS ervaren de intrusies alsof het hier-en-nu gebeurt, en reageren met meer angst, hopeloosheid, woede en schaamte dan mensen zonder PTSS (Kleim, Graham, Bryant & Ehlers, 2013). Bij PE worden dan ook de herinneringen van gebeurtenissen genomen waarvan de cliënt op dit moment pijnlijke herbelevingen heeft. Deze gebeurtenissen worden herhaaldelijk en langdurig (prolonged) bewerkt met IE en een nabespreking hiervan.

Bij BEPP wordt doorgaans volstaan met slechts één specifieke traumatische gebeurtenis te adresseren met IE op basis van het genoemde hier-en-nu effect van intrusies aan een traumatische gebeurtenis. Evenals bij PE is dat veelal de gebeurtenis die terugkomt in nachtmerries of flashbacks, maar wordt ook gekeken naar het moment waarop een omslag in functioneren plaatsvond. Indien een

omslag in functioneren of een exacerbatie van klachten plaatsvindt na een niet-traumatische gebeurtenis, dan wordt een typerende traumatische gebeurtenis uit het verleden gekozen waarnaar de luxerende recente situatie verwijst. Soms wordt gedacht dat BEPP minder geschikt is voor cliënten die meerdere traumatische gebeurtenissen hebben doorgemaakt, omdat doorgaans slechts één herinnering wordt geadresseerd met IE. BEPP gebruikt echter verschillende technieken om uiting te geven aan emoties en patronen te doorbreken die in dienst staan van het onderdrukken hiervan. Ook poogt BEPP cliënten te laten leren van hun ervaringen zodat zij niet steeds opnieuw behandeling behoeven na het doormaken van ingrijpende gebeurtenissen.

Bij EMDR zijn de PTSS gerelateerde intrusies eveneens de target en volgt de selectie op volgorde van de spanning die het beeld nu nog oproept. Hierbij wordt steeds gezocht naar een duidelijk verband tussen de symptomen, die het doel zijn van behandeling, en de herinnering (ten Broeke et al, 2012). In EMDR wordt in vergelijking tot de andere behandelmethoden weinig aandacht besteed aan contextuele details voorafgaand en na afloop van een hotspot. Slechts de momenten met de hoogste affectieve lading die gerepresenteerd worden, worden als stilstaande beeldopnames uitgelicht.

### **Wanneer doet men wat?**

EMDR lijkt zich toe te spitsen op verandering van de levendigheid van intrusies, PE richt zich op confrontatie en ontcrachten van dysfunctionele betekenis, BEPP focust op uiten van onderdrukte gevoelens en blootleggen van leerervaringen, en bij NET wordt een overzicht van levensgebeurtenissen en integratie van gefragmenteerde herinneringen beoogd. Kortgezegd kan men de conclusie trekken dat wanneer levendige intrusies op de voorgrond staan EMDR geïndiceerd is, en PE als een dysfunctioneel zelfbeeld en ingesleten vermijdingsgedrag meespeelt bij de instandhouding van klachten. Indien vroegere leerervaringen een rol spelen en de cliënt behoefte heeft aan reflectie op een veranderd levensperspectief dan is BEPP een juiste toepassing. Bij verlies aan overzicht door een veelheid aan gebeurtenissen en beperkt ziekte-inzicht of taalproblemen past juist NET weer goed. Maar leg de indicatiestelling voor aan een deskundige van een van de specifieke traumagerichte behandelmethodiek en zij schetsen u een ander beeld. Met een kleine aanpassing in de specifieke methodiek blijken er dan weinig beperkingen voor indicatie bij belemmerende (comorbide) klachten of dynamiek van de cliënt.

In de laatste jaren groeien behandelmethodieken ook steeds meer naar elkaar toe. EMDR wekt mogelijk nog het meeste af van de andere behandelingen. In

EMDR wordt echter steeds meer gestuurd op therapeutische verwerking in plaats van dit te zien als bijproduct van spontane associaties, en wordt gebruik gemaakt van verschillende interventies die veel weg hebben van de andere traumagerichte methodieken: in een poging hardnekkige negatieve overtuigingen te falsifiëren worden vragen gesteld door de therapeut die sturend zijn in het denkproces, zoals de vraag wat een goede vriendin vindt wanneer er sprake is van onterecht zelfverwijt over de toedracht van een ongeluk. Deze zogenoemde cognitive interweaves vertonen gelijkenis met cognitieve herstructurering vanuit PE. Het inkorten van associatieketens tot enkel de film of zelfs het beeld van de ingrijpende gebeurtenis bij instabiliteit van de cliënt (Geurink & Oppenheim, 2015) lijkt veel op imaginaire exposure. Het uitleven van wensen of verlangens zoals in het woedeprotocol (Veerbeek, 2012) doet denken aan het uitleven van woede zoals in de doorlopende brief van BEPP. Deze toevoegingen zijn prachtige voorbeelden van integratie van methodieken.

93

### **Verdere ontwikkeling is nodig**

Voortgaande ontwikkeling van PTSS-behandelingen is hard nodig. Weliswaar kunnen we het merendeel van de cliënten met PTSS goed behandelen, maar nog lang niet alle. Ook heeft menigeen restklachten na een evidence based behandeling die de kwaliteit van leven na behandeling nog flink in de weg staan. Wanneer therapeuten ervaren zijn in meerdere effectieve PTSS-behandelingen bevordert dit het inzicht en de toepassingsmogelijkheden. In de praktijk blijken deze therapeuten de verschillende interventies veelal af te wisselen. Wellicht helpt deze wisseling in interventies bij PTSS gelijkelijk aan de resultaten die bij angststoornissen zijn gevonden waarbij meer variatie in exposure opdrachten tot een groter therapie-effect leidde (Craske et al., 2008). Nader onderzoek kan hier helderheid over verschaffen. Wellicht is de belangrijkste les dat we niet moeten uitgaan van één beste behandeling voor PTSS. Mensen met PTSS hebben gemeenschappelijke kenmerken, maar het klachtenbeeld en de dynamiek varieert onderling ook aanzienlijk. Een 'one-size fits all'- behandeling lijkt dan ook niet gewenst. Laten we blijven nadenken waarom we een interventie inzetten, ook al gebruiken we een zogenaamde 'evidence based' methodiek. Wat heeft een cliënt nodig en wat zijn de disfunctionele betekenissen en copingstrategieën die klachten in stand houden? Vanuit een trauma tool-kit kunnen we dan een keuze maken uit specifieke interventies waardoor een taylor-made behandeling wordt samengesteld. Wat een rijkdom!

## Referenties

- Baddely, A.D. (1998), *Human Memory: Theory and practice*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Broeke, E. ten, A. de Jongh & H.-J. Oppenheim (2012), *Praktijkboek EMDR* (herziene derde druk). Amsterdam: Pearson.
- 94 Craske, M.G., K. Kircanski, M. Zelikowsky, J. Mystkowski, N. Chowdhury & A. Baker (2008), 'Optimizing inhibitory learning during exposure therapy', in: *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- Ehlers, A., A. Hackmann, R. Steil, S. Clohessy, K. Wenninger & H. Winter (2002), 'The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis', in: *Behaviour Research and Therapy*, 40, 995-1002.
- Elbert, T., M. Schauer & F. Neuner (2015), 'Narrative Exposure Therapy (NET): Reorganizing memories of traumatic stress, fear, and violence', in: U. Schnyder & M. Cloitre (Ed.), *Evidence based psychological treatments for trauma-related disorders* (pp. 229-254). New York: Springer.
- Gersons, B.P.R., M.L. Meewisse & M.J. Nijdam (2015), 'Brief eclectic psychotherapy for PTSD', in: U. Schnyder & M. Cloitre (Ed.), *Evidence based psychological treatments for trauma-related disorders* (pp. 255-276). New York: Springer.
- Gersons, B.P.R., M.L. Meewisse, M.J. Nijdam & M. Olf (2011), *Protocol Beknopte eclecticische psychotherapie voor PTSS*.
- Geurink, M. & H.-J. Openheim (2015), 'Eerst stabiliseren of direct traumaverwerking: een schijndiscussie!?', in: *EMDR magazine*, 3, 18-21.
- Jongedijk, R. (2014), *Levensverhalen en Psychotrauma*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Koelkebeck, K., O. Andlauer, N. Jovanovic & D. Giacco (2015), 'Interventions for posttraumatic stress disorder in psychiatric practice across Europe: a trainees' perspective', in: *European Journal of Psychotraumatology*, 6.

- Kleim, B., B. Graham, R.A. Bryant & A. Ehlers (2013), 'Capturing intrusive re-experiencing in trauma survivors' daily lives using ecological momentary assessment', in: *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 998-1009.
- McLean, C.P., A. Asnaani & E.B. Foa (2014), 'Prolonged exposure therapy', in: U. Schnyder & M. Cloitre (Ed.), *Evidence based psychological treatments for trauma-related disorders* (pp. 143-160). New York: Springer.
- Niles, A.N., M.G. Craske, M.D. Lieberman & C. Hur (2015), 'Affect labeling enhances exposure effectiveness for public speaking anxiety', in: *Behaviour Research and Therapy*, 68, 27-36.
- Schnyder, U., A. Ehlers, T. Elbert, E. Foa, B. Gersons, P. Resick, F. Shapiro & M. Cloitre (2015), 'Psychotherapies for PTSD: what do they have in common?', in: *European Journal of Psychotraumatology*, 6.
- Shapiro, F. & D. Laliotis (2015), 'EMDR therapy for trauma-related disorders', in: U. Schnyder & M. Cloitre (Ed.), *Evidence based psychological treatments for trauma-related disorders* (pp. 205-228). New York: Springer.
- Veerbeek, H. (2012), *EMDR-protocol Woede, Wrok en Wraak*.





# Kinderen geboren uit seksueel geweld – een interventiemodel

Mr. dr. Elisa van Ee

*In tijden van oorlog en complexe noodtoestanden neemt gender gerelateerd geweld, waaronder met name verkrachtingen, van vrouwen toe (Stark & Ager, 2011). Verkrachting en gedwongen zwangerschap heeft een dusdanig ontwrichtende werking op het slachtoffer, haar gezin en de gemeenschap dat dit onderdeel kan zijn van een systematisch beleid en een oorlogsstrategie. In de Democratische Republiek Congo (DRC) wordt het percentage verkrachte vrouwen geschat op 12% en dat van het aantal zwangerschappen gerelateerd aan dit seksueel geweld op 6-17% (Peterman, Palermo & Bredenkamp, 2011; Scott et al., 2015).*

## Risicofactoren en interacties

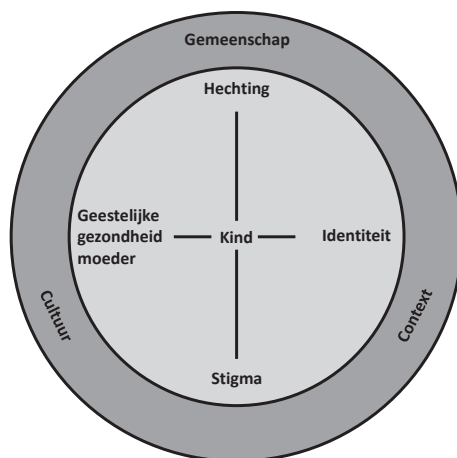
Kinderen geboren uit seksueel geweld vormen een kwetsbare groep. Al vanaf hun allereerste begin worden zij geconfronteerd met bedreigingen van hun leven, zoals pogingen tot abortus, gecompliceerde bevallingen zonder zorg voor moeder en kind, en infanticide. Na de geboorte groeien zij op bij een moeder die traumatische ervaringen heeft overleefd en die haar eigen kind mogelijk ook beleeft als dat van een verkrachter, of zelfs als geboren uit haat en als een vijand. Ook de gemeenschap kan deze kinderen zien als behorend tot de etnische groep van de vijand. Hun identiteit raakt onlosmakelijk verbonden met die van een verkrachter en met een oorlogsdaad. Klinische ervaring leert dat extreme ambivalentie, verwaarlozing, mishandeling of verstoting niet zelden voorkomen in deze populatie (van Ee & Kleber, 2012, 2013). Traumatische ervaringen in hun specifieke context raken niet alleen het individu, maar ook het gezin en de gemeenschapsverbanden (Fairbank, Friedman, de Jong, Green, Solomon, 2003).

De mentale gezondheid van moeder, de hechting met en de identiteit van haar kind en het stigma van de gemeenschap zijn geen losstaande risicofactoren, maar interacterende factoren. Zo is een interactie aangetoond tussen de mentale gezondheid van de moeder en het stigma van de gemeenschap jegens moeder en/of kind. Vrouwen die blootgesteld werden aan seksueel geweld in een oorlog rapporteerden meer ernstige traumagerelateerde klachten zoals vermijding, angst en hyperarousal in vergelijking met vrouwen met oorlogservaringen niet

gerelateerd aan seksueel geweld. Vrouwen met aan oorlog gerelateerde seksuele geweldservaringen rapporteerden meer posttraumatische groei, maar minder erkenning door de gemeenschap als trauma-overlevenden in vergelijking met vrouwen met oorlogservaringen niet gerelateerd aan seksueel geweld (Kuwert et al., 2013). Een onderzoek van Scott en collega's (2015) toont aan dat in de DRC 38,4% van de vrouwen met een kind geboren uit seksueel geweld zich op verschillende wijzen gestigmatiseerd voelde. Vrouwen die rapporteerden dat de gemeenschap haar stigmatiseerde hadden een hoger risico om aan de criteria van posttraumatische stress-stoornis (PTSS), angst- of depressieve stoornis te voldoen. Vrouwen die aangaven dat hun kind gestigmatiseerd werd door hun partner (42,9%), familie (31,8%), en gemeenschap (38,1%) hadden een hoger risico om aan de criteria voor alle gemeten stoornissen te voldoen. Vrouwen daarentegen die acceptatie van henzelf of hun kind rapporteerden door de partner, familie en/of de gemeenschap na seksueel geweld hadden minder kans om te voldoen aan de criteria voor een stoornis. Daarnaast zijn er aanwijzingen gevonden voor een samenhang tussen enerzijds de hechting van moeder met kind en anderzijds PTSS-symptomen gerelateerd aan vluchtelingtrauma. Hoe meer PTSS-symptomen, hoe groter het risico op een onveilige of zelfs gedesorganiseerde hechting (van Ee, 2013). Ook is een samenhang tussen de hechting van het kind met de moeder, het stigma van de gemeenschap en de identiteit van het kind beschreven. Adolescente meisjes, geboren uit seksueel geweld gedurende de oorlog in voormalig Joegoslavië, beschrijven dat zij zich verraden en misbruikt voelen door hun moeder en door de gemeenschap. Andere meisjes beschrijven dat zij zichzelf zien als 'de ander', als 'kanker', en zij hebben de haat geïnternaliseerd (Erjavec & Volčič, 2010). De meerderheid van deze meisjes heeft de perceptie van hun moeder of van de gemeenschap verankerd in de eigen identiteit.

### **Een interventiemodel**

Figuur 1 maakt de verschillende risicofactoren en de interacties inzichtelijk vanuit een individueel en gemeenschapsperspectief. De factoren geestelijke gezondheid, hechting en identiteit zijn ontwikkeld vanuit een psychologisch denkkader uitgaande van het individu of de dyade. Het is niet gebruikelijk om het gemeenschapsperspectief in psychosociale interventies mee te nemen. In dit geval is dat echter noodzakelijk om stigmatisering en de interacties bespreekbaar te maken. Een interventiemodel voor kinderen geboren uit seksueel geweld kan niet functioneren zonder beide perspectieven.



Figuur 1. *Interventiemodel kinderen geboren uit seksueel geweld*

In de nasleep van een conflict is het in de huidige tijd bijna vanzelfsprekend dat interventies gericht op herstel plaatsvinden vanuit vredesopbouw en een psychosociaal perspectief. Psychosociale interventies richten zich in zijn algemeenheid op het verbeteren van het welzijn van individuen en gezinnen en benadrukken het belang van gezond psychisch functioneren en nabije relaties. Vredesopbouw, daarentegen, richt zich op processen in de gemeenschap en instituties en benadrukt het belang van wederopbouw en oprichting van bestuur, openbare diensten en instellingen. Psychosociale werkers achten hun werk niet direct gerelateerd aan sociale veranderingen diegenen die werken aan vredesopbouw zien hun werk niet direct gerelateerd aan het individuele welzijn. Vanuit beide perspectieven is een breed palet aan interventies ontwikkeld waarvan onduidelijk is hoe effectief deze zijn en waar de prioriteit zou moeten liggen (Hamber, Gallagher & Ventevogel, 2014). Een integratief perspectief is echter noodzakelijk om de situatie van kinderen geboren uit seksueel geweld te verbeteren. Interventies zijn nodig op individueel, dyadisch en systemisch niveau, het psychosociale perspectief dient onderdeel van vredesopbouw te zijn, met aandacht voor cultuur en context (Hart, 2008). Zo kunnen psychosociale interventies bijdragen aan het voorbereiden van individuen om zich te verbinden met sociale processen in de gemeenschap, en het ter discussie stellen van stigmatisering en vredesopbouw (Hamber et al., 2014). Als de meest kwetsbare groepen in staat zijn zich aan hun situatie te ontworstelen en een dialoog aan te gaan met hun omgeving kunnen nieuwe narratieven, op individueel en gemeenschapsniveau, zich vormen (Hart & Colo, 2014).

Interventies voor kinderen geboren uit seksueel geweld dienen gericht te zijn op positieve vrede: niet het ontbreken van gewelddadige episodes (negatieve vrede), maar een alomvattende vrede die een rechtvaardige sociale orde bevordert en die sociale, etnische, gender, economische en ecologische onrechtvaardigheden vermindert omdat deze een barrière vormen naar vrede (Christie, Wint, Wagner & Winter, 2008). Positieve vrede voor kinderen geboren uit seksueel geweld omvat bijvoorbeeld het principe van niet-discriminatie, het recht op leven en ontwikkeling, en het recht op bescherming tegen misbruik, mishandeling of verwaarlozing (artikel 2, 6 & 19 Convention on the Rights of the Child). Of met de woorden van de United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: 'There can be no genuine peace when the most elementary human rights are violated, or while situations of injustice continue to exist; conversely, human rights for all cannot take root and achieve full growth while latent or open conflicts are rife. The only lasting peace is a just peace based on respect for human rights.' (UNESCO, 1983, p. 259).

## Referenties

- Christie, D.J., B.S. Tint, R.V. Wagner & D.D. Winter (2008), 'Peace psychology for a peaceful world', in: *American Psychologist* 63, 540-552.
- Erjavec, K. & Z. Volčič (2010), '“Target”, “cancer” and “warrior”: Exploring painful metaphors of self-presentation used by girls born of war rape', in: *Discourse & Society* 2, 524-543.
- Fairbank, J.A., M.J. Friedman, J.T.V.M. de Jong, B.I. Green & S. Solomon (2003), 'Intervention options for society, communities, families, and individuals', in: B. Green, M. Friedman, J. De Jong, S. Solomon, T. Keane & J. Fairbank (Eds.), *Trauma interventions in war and peace: Prevention, practice, and policy* (57-72). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Hamber, B., E. Gallagher & P. Ventevogel (2014), 'Narrowing the gap between psychosocial practice, peacebuilding and wider social change', in: *Intervention* 12, 7-15.
- Hart, B. (2008), *Peacebuilding in Traumatized Societies*. Lanham, MD: University Press Of America.
- Hart, B. & E. Colo (2014), 'Psychosocial peacebuilding in Bosnia and Herzegovina: approaches to relational and social change', in: *Intervention* 12, 76-87.
- Kuwert, P., H. Gleasemer, S. Eichborn, E. Grundke, R.H. Pietrzak, H.J. Freyberger & T. Klauer (2013), 'Long-term effects of conflict-related sexual violence compared with non-sexual war trauma in female world war II survivors: A matched pairs study', in: *Archives of Sexual Behavior* 43, 1059-1064.
- Peterman, A., T. Palermo & C. Bredenkamp (2011), 'Estimates and Determinants of Sexual Violence Against Women in the Democratic Republic of Congo', in: *American Journal of Public Health* 101, 1060-1067.
- Scott, J., S. Rouhani, A. Greiner, K. Albutt, P. Kuwert, M.R. Hacker, M. van Roouen & S. Bartels (2015), 'Respondent-driven sampling to assess mental health outcomes, stigma, and acceptance among women raising children born from sexual violence-related pregnancies in eastern Democratic Republic of Congo', in: *BMJ Open* 5, e007057.

Stark, L., & A. Ager (2011), 'A systematic review of prevalence studies of gender-based violence in complex emergencies', in: *Trauma, violence & abuse* 12, 127-134.

UNHR (1990), *Convention on the Rights of the Child*. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989 entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49.

102

UNESCO (1983), *Second medium-term plan, 1984-1989*. Paris: Author.

Van Ee, E. & R.J. Kleber (2012), 'Child in the shadowlands', in: *The Lancet* 380, 642-643.

Van Ee, E., & R.J. Kleber (2013), 'Growing up under a shadow, Key issues in research on and treatment of children born of rape', in: *Child Abuse Review* 22, 386-397.

Van Ee (2013), *A new generation: How refugee trauma affects parenting and child development*. Diemen: Arq.

# Stress-sensibilisatie en psychotherapie: over reflexiviteit

Dr. Geert Smid

*Blootstelling aan traumatische gebeurtenissen kan leiden tot toegenomen gevoeligheid voor nieuwe stressoren ofwel stress-sensibilisatie. Stress-sensibilisatie kan zich interpersoonlijk manifesteren, bijvoorbeeld als wantrouwen, woede en vervreemding. Psychotherapie bij gesensibiliseerde traumagetroffenen vergt van de therapeut een reflexieve attitude, waarbij de therapeut de gedachten en gevoelens, die worden opgeroepen door de patiënt tijdens de therapie, beziet tegen de achtergrond van de traumatische voorgeschiedenis.*

Blootstelling aan traumatische stress kan de gevoeligheid voor nieuwe stressoren doen toenemen, men spreekt dan van stress-sensibilisatie. Stress-sensibilisatie na trauma is oorspronkelijk beschreven in een neurobiologische (Post & Weiss, 1998) en later in epidemiologische context (Smid et al., 2011). Het stress-sensibilisatiemodel heeft belangrijke implicaties voor psychotherapie voor patiënten met posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Voor een goed begrip van deze implicaties is het nodig om stil te staan bij de potentiële interpersoonlijke gevolgen van traumablootstelling.

## Complexe PTSS

De persoonlijkheid kan worden beschouwd als een dynamisch samenspel van stijlen van reageren van een individu op zijn of haar omgeving. Bij blootstelling aan traumatische gebeurtenissen, door hun extreme aard, kunnen de gebruikelijke reacties van een individu om de situatie te controleren tekortschieten. De ervaring van angst en onmacht die daarvan het gevolg is kan bijdragen aan het ontstaan van PTSS. Bij PTSS zijn de herinneringen aan een traumatische gebeurtenis en de daaraan verbonden gedachten en gevoelens zo ontregelend dat het individu de herinneringen zoveel mogelijk probeert te vermijden. Daarnaast reageert het individu met PTSS versterkt vanuit ervaren dreiging. Bij langdurig, interpersoonlijk trauma, bijvoorbeeld mishandeling in de kindertijd of marteling tijdens gevangenschap, kan het individu andere reactiestijlen leren die de aanpassing na het trauma bemoeilijken of ondermijnen. In dat geval wordt wel

gesproken van complexe PTSS (Herman, 1992). Complexe PTSS wil dus zeggen dat de persoonlijkheid door de traumatische gebeurtenis is veranderd. Bij extreem getroffen overlevenden wordt gesproken van een persoonlijkheidsverandering door een catastrofale gebeurtenis. Bij Holocaustgetroffenen bijvoorbeeld is een 'levenslang gevoel van verhoogde kwetsbaarheid voor en besef van gevaarlijke situaties' beschreven (Niederland, 1971, p. 7).

### **Stress-sensibilisatie**

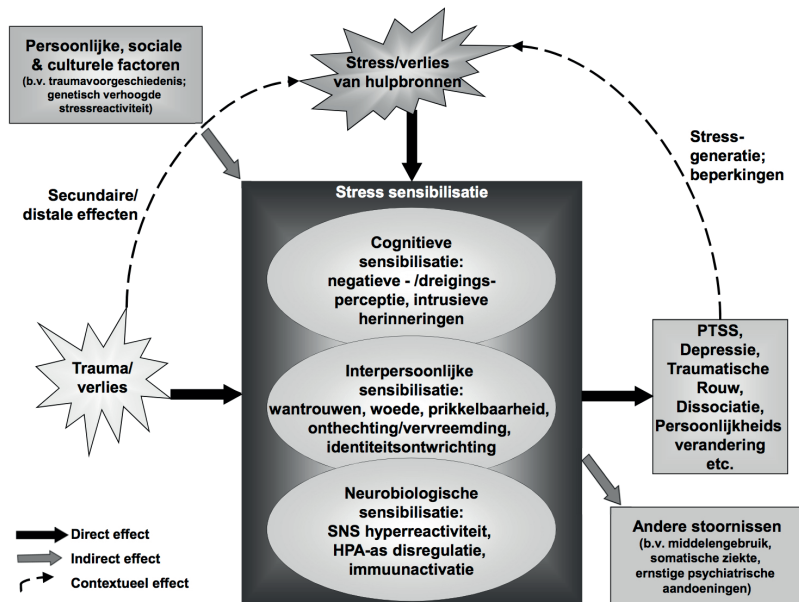
104

Stress-sensibilisatie is toegenomen gevoeligheid voor nieuwe stressoren als gevolg van blootstelling aan eerdere traumatische stressoren. Gesensibiliseerde personen reageren in sterke mate op stressvolle gebeurtenissen – zoals ernstige ziekte of dood van een familielid of vriend, scheiding of verlies van werk – met stressgerelateerde klachten, zoals slapeloosheid, somberheid, angst, boosheid en herbelevings- en vermijdingsreacties gerelateerd aan de eerdere traumatische gebeurtenis (Smid et al., 2011). Stress-sensibilisatie is een sleutelconcept bij complexe PTSS, het kan namelijk inzichtelijk maken hoe traumablootstelling de persoonlijkheid beïnvloedt.

Op individueel niveau kan stress-sensibilisatie worden beschreven vanuit – elkaar overlappende – cognitieve, interpersoonlijke en neurobiologische dimensies (Smid, 2013). De cognitieve dimensie omvat onder meer versterkt reageren op traumagerelateerde herinneringen, versterkte perceptie van dreiging en versterkte negatieve interpretatie van stressvolle gebeurtenissen. De interpersoonlijke dimensie omvat toegenomen wantrouwen, prikkelbaarheid, onthechting of vervreemding en identiteitsontwrichting. Bij complexe PTSS kan interpersoonlijke sensibilisatie op de voorgrond staan. De neurobiologische dimensie omvat verschillende neurobiologische systemen, zoals de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as, het autonome zenuwstelsel en het immuunsysteem, die versterkt reageren als gevolg van eerdere overmatige stressreacties.

Stress-sensibilisatie wordt manifest na blootstelling aan trauma of (traumatisch) verlies door de toegenomen reactie op stressvolle gebeurtenissen en/of verlies van hulpbronnen. Volgens de theorie van behoud van hulpbronnen (Hobfoll, 1989) vormt dreigend verlies van hulpbronnen een kenmerkend onderdeel van elke stressvolle gebeurtenis. Stress-sensibilisatie is een veronderstelde mediërende factor bij het ontstaan van PTSS, traumatische rouw en andere vormen van stressgerelateerde psychopathologie. De beperkingen die het gevolg zijn van deze pathologie kunnen op zich weer oorzaak zijn van verder verlies van hulpbronnen (bijvoorbeeld ontslag na een arbeidsconflict bij een patiënt met PTSS en verhoogde prikkelbaarheid). Een schematische weergave staat in figuur 1.





Figuur 1. Model van stress-sensibilisatie

## Reflexiviteit

Reflexiviteit kan worden gedefinieerd als zelfbewustzijn en handelen vanuit het zelfbewustzijn. Wij denken over onze gedachten en hebben gevoelens over onze gevoelens, en deze reflexieve gedachten en gevoelens vloeien uit in handelingen en gedragingen (Rennie, 2004). Stress-sensibilisatie heeft kenmerken van reflexiviteit. Bij cognitieve sensibilisatie bijvoorbeeld roepen herinneringen aan traumatische gebeurtenissen of traumatisch verlies van naasten heftige emoties en emotionele pijn op. Het individu realiseert zich deze pijn en geeft er een negatieve betekenis aan (bijvoorbeeld: 'Ik word gek als ik deze gevoelens echt tot mij door laat dringen'). In reactie daarop kan vermijdingsgedrag ontstaan. Bij interpersoonlijke sensibilisatie geven ervaringen van machteloosheid tijdens de traumatische gebeurtenis ten aanzien van daders of voor de traumatische gebeurtenis verantwoordelijk gehouden personen, voor het individu aanleiding tot veranderde interpersoonlijke reactiestijlen. Interpersoonlijke interacties worden sterk beïnvloed door wantrouwen, woede, vervreemding en andere interpersoonlijke affecten. Dit kan een risico op nieuwe negatieve interpersoonlijke ervaringen met zich meebrengen. Zo ontstaat een cyclische transactie (Kleber & Brom, 1992).

## Psychotherapie

106

Psychotherapie voor PTSS is allereerst erop gericht de vermijding te doorbreken, zodat verwerking kan optreden en een meer adaptieve betekenisgeving kan ontstaan. Doorbreken van vermijding gebeurt door blootstelling (*exposure*) aan de traumatische herinneringen tijdens de therapie met als doel een afname van het versterkt reageren op traumagerelateerde herinneringen en emoties. Na traumatisch verlies van naasten onder gewelddadige omstandigheden staat bij de *exposure* tevens de onomkeerbaarheid van de dood van de dierbare centraal om ruimte te bieden aan de emoties van verdriet en pijn die daarmee verbonden zijn. Reflexiviteit is voor de patiënt na succesvolle *exposure* op een andere manier mogelijk, aangezien de angst voor de eigen herinneringen en emoties is afgenomen. Na *exposure* kunnen veiligheid, vertrouwen, controle, intimiteit en eigenwaarde centraal komen te staan in de therapie in de zoektocht naar een meer adaptieve betekenisgeving (Smid et al., 2015).

Het is van belang dat de therapeut zich bewust is van het feit dat de reacties van de patiënt op de persoon van de therapeut beïnvloed kan zijn door doorgemaakte interpersoonlijke trauma's. Psychotherapie bij trauma-overlevenden doet daarom bij uitstek beroep op reflexiviteit van de therapeut. De afschuwelijke gebeurtenissen en details, de heftigheid van de emoties bij de patiënt en de interferentie ervan met huidige omstandigheden van de patiënt roepen bij de therapeut gedachten en gevoelens op. De evaluatie daarvan is bepalend voor de interventies van de therapeut. Het hanteren van interpersoonlijke gevoelens en reacties kan bij interpersoonlijke sensibilisatie en complexe PTSS een uitdaging zijn voor de therapeut. In dat geval is het voor de therapeut vaak behulpzaam om terug te kunnen vallen op een professioneel team.

## Alteriteit

Getroffenen met PTSS kunnen, al dan niet als direct gevolg van hun klachten en beperkingen, geconfronteerd worden met een veelheid aan nieuwe stressvolle gebeurtenissen en verliezen van hulpbronnen. Het normale leven waarin deze ook plaatsvinden, gaat immers door. Daarnaast kan de traumatische gebeurtenis zelf distale of secundaire effecten hebben, dat wil zeggen zelf de oorzaak of aanleiding vormen voor nieuwe stressoren (zie figuur 1). Een voorbeeld vormt verkrachting, die de oorzaak kan zijn van nieuwe ernstige stressoren zoals ongewenste zwangerschap of besmetting met seksueel overdraagbare aandoeningen, bij ontbreken van adequate nazorg. Een ander voorbeeld vormt politiek geweld, dat aanleiding kan geven tot gedwongen migratie en blootstelling aan daarbij behorende stressoren.

De tragische noodlottigheid van deze verwickelingen rond de gesensibiliseerde overlevende doet een appel op de therapeut. Gevoelens van grote betrokkenheid maar ook van machteloosheid kunnen ontstaan bij de therapeut.

De Frans-Joodse filosoof Emmanuel Levinas beschrijft hoe ethisch handelen het antwoord is op de confrontatie met de weerloosheid in het gelaat van de ander (Levinas, 2011). Het anders-zijn van de ander, *alteriteit* genaamd, vormt door diens weerloosheid een moreel imperatief. Bij de omgang met culturele diversiteit vormt 'politiek van alteriteit' (Kirmayer, Rousseau & Guzder, 2014, p. 16) een belangrijk uitgangspunt voor de therapeut en de organisatie waarvan de therapeut deel uitmaakt. Dit maakt vertrouwen van de gesensibiliseerde overlevende in de behandelcontext mogelijk. Een manifeste 'politiek van alteriteit' getuigt van een reflexieve omgang met de situatie van de gesensibiliseerde getroffen door de organisatie waarvan de therapeut onderdeel uitmaakt.

107

### **Synchroniciteit**

Doorbreken van vermijding en versterking van de reflexiviteit door psychotherapie kan traumaverwerking en herstel van PTSS met zich meebrengen. Nodig daarbij is een vertrouwensbasis en expliciete afstemming tussen de therapeut en de gesensibiliseerde overlevende, aangezien gebrek aan synchroniciteit (gelijktijdigheid; Mollica, 2006) een complicatie kan vormen. 'Vaak als de therapeut klaar is om naar het verhaal van de patiënt te luisteren, is de patiënt niet klaar om te vertellen. En als de therapeut niet voorbereid is, is de patiënt vaak op de rand van volledige openheid. Dit gebrek aan synchroniciteit tussen therapeut en patiënt vormt een mysterieus obstakel in het genezingsproces. Omdat het traumaverhaal zo beladen is met betekenis en zo nauw verbonden is met het essentiële wereldbeeld van de getraumatiseerde persoon, kan het alleen op een indirecte manier worden gepresenteerd aan iemand anders' (Mollica, 2006, p. 20-21; vertaling GS). Bij het vergroten van de vertrouwensbasis en bereiken van afstemming is het zinvol naasten van de patiënt te betrekken binnen een steunende context.

### **Conclusie**

Samenvattend is stress-sensibilisatie de resultante van cognitieve, interpersoonlijke en neurobiologische mechanismen die kunnen bijdragen aan ontstaan van PTSS en posttraumatische persoonlijkheidsverandering (complexe PTSS). Reflexiviteit speelt bij psychotherapie voor PTSS een belangrijke rol. Reflexiviteit is voor de patiënt na succesvolle *exposure* op een andere manier mogelijk, aangezien de angst voor de eigen herinneringen en emoties is afgenomen. Meer adaptieve

betekenisgeving, een reflexief proces, kan dan plaatsvinden. Reflexiviteit van de therapeut ten aanzien van de heftige gevoelens en reacties bij stress-sensibilisatie is cruciaal. De gesensibiliseerde getroffene doet door zijn radicale anders-zijn (alteriteit) een ethisch appel op de therapeut. Een belangrijke uitdaging vormt het voorkomen van een gebrek aan synchroniciteit tussen de gesensibiliseerde getroffene en de therapeut. Een vertrouwensbasis en expliciete afstemming zijn nodig om stress-sensibilisatie te hanteren tijdens de therapie.

## Referenties

- Herman, J.L. (1992), 'Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma', in: *Journal of Traumatic Stress* 5, 377-391.
- Hobfoll, S.E. (1989), 'Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress', in: *American Psychologist* 44, 513-524.
- Kirmayer, L.J., C. Rousseau & J. Guzder (2014), 'Introduction: The place of culture in mental health services', in: L.J. Kirmayer, J. Guzder & C. Rousseau (Eds.), *Cultural Consultation* (pp. 1-20). New York: Springer.
- Kleber, R.J. & D. Brom (1992), *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Levinas, E. (2011), *Totality and Infinity: An Essay on Exteriority* (transl. A. Lingis). Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Mollica, R.F. (2006), *Healing invisible wounds: Paths to hope and recovery in a violent world*. Orlando, FL: Harcourt.
- Niederland, W.G. (1971), 'Introductory notes on the concept, definition, and range of psychic trauma', in: H. Krystal & W.G. Niederland (Eds.), *Psychic Traumatization: Aftereffects in Individuals and Communities*. Boston: Little Brown.
- Post, R.M. & S.R.B. Weiss (1998), 'Sensitization and kindling phenomena in mood, anxiety, and obsessive-compulsive disorders: The role of serotonergic mechanisms in illness progression', in: *Biological Psychiatry* 44, 193-206.
- Rennie, D.L. (2004), 'Reflexivity and personcentered counseling', in: *Journal of Humanistic Psychology* 44, 182-203.
- Smid, G.E., P.G. van der Velden, G.J.L.M. Lensvelt-Mulders, J.W. Knipscheer, B.P.R. Gersons & R.J. Kleber (2011), 'Stress sensitization following a disaster: A prospective study', in: *Psychological Medicine* 41. doi:10.1017/S0033291711002765.

Smid, G.E. (2013), 'PTSS bij ouderen: epidemiologische aspecten, diagnostiek en behandeling', in: *Psyfar: Nascholingstijdschrift over psychofarmacologie*, 8, 42-46.

Smid, G.E., R.J. Kleber, S.M. de la Rie, J.B.A. Bos, B.P.R. Gersons & P.A. Boelen (2015), 'Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG): towards integrated treatment of symptoms related to traumatic loss', in: *European Journal of Psychotraumatology* 6. doi:10.3402/ejpt.v6.27324.

# Kinderen Tetris laten spelen ter preventie van PTSS? Een gedachte-experiment

Dr. Eva Alisic

*In de onderzoekswereld van 'kind en trauma' zijn kinderen die ernstig letsel hebben opgelopen prominent aanwezig. Zij komen namelijk naar een duidelijke plek – het ziekenhuis – voor behandeling, wat betekent ook dat er een duidelijke plek is om psychosociale zorg en onderzoek te starten. Nu weten we dat de meeste kinderen weinig psychosociale zorg nodig hebben; ze kunnen een schokkende gebeurtenis goed zelfstandig, met hun familie verwerken. Maar toch blijft voor zo'n 16% van de kinderen PTSS een realiteit (Alisic e.al., 2014). Wat als we PTSS bij kinderen met letsel zouden kunnen voorkomen, door direct in het ziekenhuis, op de Spoedeisende Hulp (SEH) te interveniëren?*

## Zoektocht naar een traumapil

Met enige regelmaat wordt gespeculeerd over een 'traumapil'. Soms naar aanleiding van onderzoek bij muizen (bijvoorbeeld Cao et al., 2008), soms naar aanleiding van onderzoek bij mensen (bijvoorbeeld Brunet et al., 2008). Het roept veel discussie op; het idee dat een simpel medicijn herinneringen aan een trauma zou kunnen vervagen of verwijderen is aantrekkelijk, terwijl er ook ethische vragen over gesteld worden. De traumapil er (nog) niet, en zeker niet voor kinderen. In de recente richtlijnen van de Australische National Health and Medical Research Council (2013) wordt aangeraden om geen psychopharmaca te gebruiken bij getraumatiseerde kinderen omdat a) er te weinig bekend is over de effecten en b) de gegevens die wel beschikbaar zijn weinig bevestiging van de effectiviteit bieden.

Toch blijft het een aantrekkelijk idee om, in plaats van alle aandacht en energie op screening en behandeling van posttraumatische stress te richten, direct korte metten te maken met mogelijke toekomstige klachten. Bij volwassenen heeft Emily Holmes zich daar op gestort. Zij ontwikkelde een 'cognitief vaccin' voor stressklachten (Holmes et al., 2009 en Holmes et al., 2010). In het kort hield dit in dat slachtoffers kort na een traumatische ervaring het spel Tetris spelen, zodat de herinneringen zich niet kunnen verankeren in het brein en er geen flashbacks of andere intrusieve gedachten ontstaan. Holmes heeft het idee vooral 'op het droge'

geoefend. In een van haar experimenten liet ze volwassenen een schokkende film zien waarna ze een groep wél en een groep niet Tetris liet spelen. De uitkomst was dat de mensen in de Tetris conditie zich beter voelden en minder intrusieve gedachten aan het trauma rapporteerden. Ook bleek uit Holmes' onderzoek dat het ging om een specifiek 'Tetris-effect', of in ieder geval het effect van een visueel ruimtelijke opdracht; het werkte niet met een verbale, niet-visueel ruimtelijke spelconditie.

### **Tetris op de Spoedeisende Hulp?**

Als Tetris een effectief preventief middel was voor kinderen, zou de stap naar toepassing in het ziekenhuis een heel logische zijn. Denk aan het lange wachten bij de Spoed Eisende Hulp (SEH), het feit dat gezinnen meestal een telefoon of tablet bij zich hebben, en dat kinderen daar al vanaf jonge leeftijd mee leren omgaan. Het zou intuïtief logische stap zijn om kinderen een 'werkend' spelletje te laten spelen terwijl ze moeten wachten.

Hoe zouden we dat kunnen onderzoeken? We zouden bijvoorbeeld een experiment kunnen uitvoeren waarbij we kinderen met letsel op de SEH gerandomiseerd toewijzen aan één van de volgende condities: a) het spelen van Tetris gedurende 10 minuten, b) het spelen van een niet-visueel ruimtelijk spel gedurende 10 minuten, of c) geen interventie. We zouden dan kunnen meten hoe ernstig de acute stressreacties van de kinderen zijn voor en na de interventie en of er een verschil is wat betreft posttraumatische stress-reacties op de langere termijn (bijvoorbeeld na 3 maanden). Onze hypothese zou zijn dat de stressreacties in conditie (a) na de interventie en op de langere termijn significant lager zijn dan in de andere twee condities, gecorrigeerd voor stressreacties voorafgaand aan de interventie.

### **Onderzoeksobstakels**

Er komen nog wel een paar obstakels en vragen bij dit onderzoek kijken. Ten eerste is het effect van Tetris lastig te isoleren van andere factoren. We verwachten bijvoorbeeld dat de manier waarop ouders zelf op de gebeurtenis reageren en hun kind ondersteunen een rol speelt. De gebeurtenissen zelf zijn zeer uiteenlopend; van een 'simpele' beenbreuk tijdens het voetballen tot een ernstig auto-ongeluk waarbij andere passagiers ook verwond en wellicht gedood zijn. Daar komt bij dat het waarschijnlijk niet wijs is om kinderen met een (mogelijke) hersenschudding aan het Tetrissen te zetten, terwijl hersenschuddingen toch met regelmatigheid in deze populatie voorkomen. En dan zijn er uiteraard ook kinderen die niet een been



maar een polsbreuk hebben en fysiek geen Tetris kunnen spelen, hoewel dit laatste met technologie ongetwijfeld op te lossen valt. Moeten we om alle beïnvloedende factoren buiten spel te zetten toch terug naar de methode van de ‘traumafilm’? Dat maakt het isoleren van effecten zeker makkelijker, maar de vraag is dan of het wel in de realiteit van alledag werkt.

Stel dat we het experiment toch uitvoeren en een oplossing hebben voor die potentieel beïnvloedende factoren. Dan is het nog steeds moeilijk om daadwerkelijk een effect te meten. Slechts een klein deel van de kinderen ontwikkelt PTSS; dat betekent dat we substantiële groepsgrootten in het onderzoek nodig hebben. Het is niet eenvoudig om op een SEH, terwijl er van alles gaande is, goed uit te leggen waar een onderzoek om gaat (zonder de onderzoeksparticipanten te beïnvloeden), toestemming te krijgen van ouders en kinderen, ter plekke te randomiseren en het experiment uit te voeren. Een te kleine en/of niet-representatieve onderzoeksgroep levert niet de informatie die we nodig hebben.

113

In het bovenstaande gaan we er vanuit dat het onderzoek binnen één ziekenhuis of binnen zeer vergelijkbare ziekenhuizen plaatsvindt. In Nederland zijn de aantallen patiënten vrij klein en bestaat het specialisme Kinder SEH nauwelijks. Dat betekent dat kinderen op een SEH voor volwassenen opgevangen worden, vaak te maken krijgen met een kille, grijze ruimte, en benaderd worden door artsen en verpleegkundigen die vooral met volwassenen werken. Dat hoeft niet zo te zijn. De SEH in het kinderziekenhuis in Melbourne (Australië) ziet elk jaar ongeveer 70.000 kinderen, van wie 11.000 opgenomen worden in het ziekenhuis. Deze SEH ademt een zeer vriendelijke sfeer, de medewerkers hebben vaak bewust voor het werken met kinderen gekozen en zijn goed getraind in het uitleggen van medische handelingen in kindertaal. Misschien is dat genoeg, en zou het spelen van Tetris daar eigenlijk niets meer aan toevoegen.

### **Dus toch maar niet?**

Moeten we het hele idee aan de kant schuiven? Nee, dat ook weer niet. Het is toch een kwestie van stap voor stap toetsen. Ons team heeft geconcludeerd dat we eerst maar eens systematisch moeten observeren wat er precies op de SEH gebeurt als kinderen met letsel binnenkomen: hoe verlopen de interacties? Spelen de kinderen al spelletjes op een smartphone of tablet? Zo ja, wat doen ze en wanneer? Daarnaast is het verstandig om in eerste instantie effecten meer te isoleren. Dat zou kunnen door het gebruik van een traumafilm zoals Holmes deed, of door met meerdere vergelijkbare ziekenhuizen samen te werken en alleen specifieke groepen patiënten te betrekken.

Hoewel preventie van PTSS bij kinderen in de eerste momenten op de SEH nog nauwelijks onderzocht is, zijn er wel ontwikkelingen iets later in het traject. Zo is 'Coping Coach' een online spel met interactieve opdrachten om kinderen te ondersteunen na medisch trauma (Marsac e.a., 2015). De eerste module wordt gespeeld vanuit het ziekenhuis, terwijl latere sessies thuis gedaan worden. Het onderzoek naar de effecten van het spel is in volle gang.

114

Het is waarschijnlijk niet realistisch om te verwachten dat gauw een rondje Tetris spelen na een schokkende gebeurtenis dé oplossing is. Maar er lijkt toch iets te zitten in het idee van non-consolidatie van pijnlijke herinneringen. Zeker als het om kinderen gaat sluit het aan intuïtief goed aan bij wat ouders vaak toch al doen: afleiden. Wie weet?

## Referenties

- Alisic, E., A.K. Zalta, F. van Wesel, S.E. Larsen, G.S. Hafstad, K. Hassanpour & G.E. Smid (2014), 'Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis', in: *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335-340. doi: 10.1192/bjp.bp.113.131227
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013), *Australian Guidelines for the treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne: ACPMH.
- Brunet, A., S.P. Orr, J. Tremblay, K. Robertson, K. Nader & R.K. Pitman (2008), 'Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiologic responding during subsequent script-driven traumatic imagery in post-traumatic stress disorder', in: *Journal of Psychiatric Research*, 42, 503-506.
- Cao, X., H. Wang, B. Mei, S. An, L. Yin, L.P. Wang & J.Z. Tsien (2008), 'Inducible and selective erasure of memories in the mouse brain via chemical-genetic manipulation', in: *Neuron*, 60, 353-366. doi:10.1016/j.neuron.2008.08.027
- Holmes E.A., E.L. James, T. Coode-Bate, C. Deeprose (2009), 'Can Playing the Computer Game 'Tetris' Reduce the Build-up of Flashbacks for Trauma? A Proposal from Cognitive Science', in: *PLoS ONE* 4: e4153. doi:4110.1371/journal.pone.0004153.
- Holmes, E.A., E.L. James, E.J. Kilford & C. Deeprose (2010), 'Key steps in developing a cognitive vaccine against traumatic flashbacks: Visuospatial Tetris versus verbal Pub Quiz', in: *PLoS ONE*, 5(11), e13706.
- Marsac, M.L., F.K. Winston, A.K. Hildenbrand, K.L. Kohser, S. March, J. Kenardy & N. Kassam-Adams (2015), 'Systematic, theoretically grounded development and feasibility testing of an innovative, preventive web-based game for children exposed to acute trauma', in: *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 3, 12.



# Is het diversiteitsonderzoek na rampen en schokkende gebeurtenissen wel zo divers in Nederland?

Dr. Annelieke Drogendijk

*Nederland heeft een rijke historie van onderzoek naar de psychosociale gevolgen van rampen en andere schokkende gebeurtenissen. Ruim 25 jaar geleden begon een groeiende aandacht voor psychotrauma. Reeds in 1982 zet Kleber in het rapport 'Voor tijdens en na een ramp' de verschillen in psychosociale gevolgen tussen diverse (etnische) groepen getroffen op een rij. De laatste jaren is de aandacht voor invalide getroffen of getroffen met een fysieke beperking groeiende. Deze bijdrage verschaft een overzicht van de opgedane kennis, en vult deze aan met de resultaten van nieuw onderzoek onder Nederlandse rampgetroffenen.*

Onderzoeken naar de interculturele en etnische verschillen in psychosociale gevolgen na rampen of posttraumatische problemen wordt in Nederland vaak diversiteitsonderzoek genoemd. Maar is het eigenlijk niet te beperkt om de term diversiteitsonderzoek alleen voor culturele verschillen in gevolgen na rampen gebruiken? Vergeten we niet een aantal andere aandachtsgroepen zoals getroffen ouderen, vrouwen, of getroffen met een beperking (zie diverse hoofdstukken in Neria et al., 2009)? Hoewel deze factoren (gender, leeftijd) vaak meegenomen wordt in de demografische analyses, worden zij – zeker in Nederlands onderzoek na rampen niet onder het kopje 'diversiteit' geschaard.

Bij het zoeken naar publicaties met termen als diversiteit wordt de link bij Nederlands onderzoek na rampen direct met culturele of etnische verschillen gelegd. Hoewel in Nederland de termen diversiteit en culturele diversiteit haast vanzelfsprekende synoniemen lijken, rijst de vraag: is het diversiteitsonderzoek na rampen in Nederland – in de traditie van o.a. Kleber c.s. (o.a. Drogendijk, 2012 en Knipscheer, 2000) eigenlijk divers genoeg?

In dit artikel wil ik mij op één groep richten die in internationale publicaties wel beschreven wordt, maar waar weinig tot geen Nederlandse publicaties over zijn in de context van psychosociale zorg na rampen: getroffen met een fysieke beperking voor de ramp. Er is een aantal publicaties over de fysieke gevolgen en

eventuele beperkingen na een ramp, echter, de publicaties over de groep mensen met een beperking voor de ramp is zeer klein. Deze beperkte aandacht is opvallend omdat te verwachten is dat zij wegens deze beperkingen of handicaps extra kwetsbaar zijn als zij door een ramp worden getroffen. Maar, of dat echt zo is weten we onvoldoende. Inzicht hierin is van belang voor de op opzet en uitvoering van opvang en nazorg. Vanwege de verschillen tussen buitenlandse en Nederlandse gezondheidszorgsystemen, zijn de resultaten van buitenlands onderzoek niet meteen van toepassing op ons land. De vraag is: wat zijn de gevolgen van een ramp voor getroffen en die reeds voor de rampen kampten met een fysieke beperking zoals een fysieke handicap, blindheid, doofheid et cetera en in hoeverre zijn deze anders dan getroffen en zonder handicap?

De resultaten van buitenlands onderzoek naar deze vragen tonen in ieder geval het belang van verder onderzoek in ons land. Bestaande onderzoeken naar de psychosociale impact voor getroffen en met een fysieke beperking zijn voornamelijk interviewstudies en een enkele kwantitatieve studie uitgevoerd na rampen waarbij de woonomgeving vernietigd was, zoals na Orkaan Katrina, na aardbevingen in Japan en Taiwan, en na de Tsunami in Zuidoost Azië.

Uit een epidemiologisch onderzoek na de Katrinaramp bleek dat getroffen en met een lichamelijke beperking/minder mobiel waren een grotere kans hadden om te overlijden bij evacuatie. Maar liefst 73% van de dodelijke slachtoffers was ouder dan 60 en slecht ter been (Fox et al., 2010; McGuire et al., 2007). Uit onderzoek na andere orkanen blijkt dat een derde van de gezinnen met ten minste één persoon met een handicap niet evacueren bij een orkaan, in vergelijking met 1% van de gezinnen zonder beperking (Van Willigen et al., 2002). Toch geldt zeker niet altijd dat mensen met een beperking grotere kans hebben om te overlijden na een ramp: dat hangt van de context af. Mensen met een beperking die begeleid wonen, wonen vaak in door de overheid gereguleerde (stevige) gebouwen met goede rampenplannen zoals na de aardbevingen in 1999 in Taiwan (Chou et al., 2004).

De praktische gevolgen na de ramp kunnen groot zijn voor getroffen en met een fysieke beperking. Zoals bijvoorbeeld op de korte termijn: veel opvanglocaties zijn niet per definitie geschikt voor mensen met een fysieke beperking (Stough, 2007). Getroffen en met een beperking hebben daarnaast minder toegang tot informatie, wat zeer belangrijk is voor een goede psychosociale zorg na rampen. Zij zijn afhankelijk van anderen of zij ergens naar toe kunnen: *if you aren't there at a particular time you miss out* (p. 215, Stough, Sharp, Decker & Wilker, 2010). Daarnaast blijkt uit onderzoek na de Orkaan Katrina dat de verhuizingen op grote schaal gevolgen had voor getroffen en met een beperking op de langere

termijn (Priesley & Hemingway, 2007). Zij woonden vóór de ramp zelfstandig in aangepaste omstandigheden, met een combinatie van eigen sociale netwerken van familie en kennissen én van professionele ondersteuning. Na Katrina werden zij in verzorgingstehuizen geplaatst als opvanglocatie. Zij waren daarmee hun fysieke onafhankelijkheid kwijt. Het betekende ook een afbreuk van hun sociale netwerk en hun sociaal kapitaal waar zij voor hun normale dagelijkse bezigheden van afhankelijk zijn. Daarmee werd hun zelfredzaamheid sterk verminderd.

Ook de lange termijn gevolgen kunnen groot zijn. Naast de moeite om aangepaste woonruimte te krijgen, bleek – uit dezelfde kwalitatieve studie – getroffen lange tijd geen aangepast vervoer te hebben en geen aangepaste communicatiemiddelen. Het gevolg daarvan was dat zij in mobiliteit en wederom zelfredzaamheid beperkt werden, en daarmee was er een teruggang in financiën omdat zij bijvoorbeeld niet meer naar hun werk konden komen, of hun werk niet konden uitvoeren (Priesley & Hemingway, 2007).

119

Ook laten (wederom kwalitatieve) onderzoeken na Katrina zien dat getroffen met een beperking hun leven ook weer op de rails kunnen zetten: een goede ondersteuning vanuit familie en vrienden en gespecialiseerde professionele ondersteuning (case management) hielp de getroffen met een beperking hun eigen leven en onafhankelijkheid weer terug te krijgen (Fox et al., 2010; Stough et al., 2010).

Of mensen met een beperking disproportioneel meer psychosociale problemen hebben als zij getroffen worden door een ramp, is niet op gestructureerde, kwalitatieve wijze onderzocht.

Het lijkt erop dat juist grote rampen met evacuaties extra risico opleveren voor mensen met een fysieke beperking, maar ook in Nederland zijn er tot op heden weinig tot geen onderzoeken (publicaties of rapporten) waarin de psychosociale gevolgen van rampen voor getroffen met een fysieke beperking centraal staan. Eén van de grotere gezondheidsonderzoeken na een ramp is het gezondheidsonderzoek na de Vuurwerkcramp in Enschede (zie voor uitgebreide beschrijving van het onderzoek Van der Velden, Yzermans & Grievink, 2009). In een groep autochtone getroffen bewoners (N=756) die zowel 2-3 weken en 4 jaar na de ramp deelgenomen hebben aan het gezondheidsonderzoek, hebben 46 getroffen aangegeven dat zij voor de ramp ‘invaliden en arbeidsongeschikt’ waren. Zelfs vier jaar na de ramp heeft deze groep getroffen een grotere kans op psychische klachten. Echter, het percentage PTSS verschilt niet significant tussen beide groepen (zie tabel 1).

	Getroffenen met beperking of arbeidsongeschikt heid	Getroffenen zonder beperking of arbeidsongeschikt heid	$\chi^2$ (df =1)	OR <sup>a</sup>	(95% CI)
<i>Psychologische klachten</i> <sup>a</sup>					
Depressieve klachten	53,3	24,7	17,8 **	3,45	1,86 - 6,42 <sup>s</sup>
Angstklachten	40,0	18,7	12,0 *	3,11	1,65 - 5,89 <sup>s</sup>
Somatische klachten	51,1	18,2	28,3 **	5,08	2,71 - 5,94 <sup>s</sup>
Hostiliteit	40,0	21,9	7,8 **	2,67	1,42 - 5,06 <sup>s</sup>
Slaapproblemen	52,3	26,6	13,6 **	3,12	1,66 - 5,86 <sup>s</sup>
<i>Posttraumatische stress stoornis</i> <sup>b</sup>	17,8	9,7	3,0 <sup>ns</sup>	2,12	0,94 - 4,80 <sup>ns</sup>

\* p < .05; \*\* p < .005

<sup>s/ns</sup> Significant of niet-significant na controle op opleidingsniveau en sekse

<sup>a</sup> Gemeten op de SCL-90-R (Derogatis, 1994)

<sup>b</sup> Gemeten op de SRS-PTSS (Carlier, Lamberts, Van Uchelen, Gersons, 1998)

Tabel 1.

*Verskil in psychische klachten en PTSS 4 jaar na een ramp tussen getroffenen met en zonder beperking of arbeidsongeschiktheid voor de ramp.*



Is het diversiteitsonderzoek na rampen en schokkende gebeurtenissen wel zo divers?

Hoewel in Nederland het risico voor grote overstromingen niet hoog is, is de ravage als het wel gebeurt zeer groot ([www.overstroomik.nl](http://www.overstroomik.nl)). Mensen met een fysieke beperking in Nederland zijn ingericht op zoveel mogelijk zelfredzaamheid, gericht op het inrichten van het sociale netwerk. Als dit wegvalt door een ramp kunnen voor hen de psychosociale gevolgen groter zijn dan voor getroffenen zonder beperking, zoals deze nieuwe cijfers suggereren. Vervolgonderzoek is dan ook bittere noodzaak.

Met de vergrijzing van de bevolking wordt het percentage mensen met een fysieke beperking steeds groter (Nationaal Kompas, 2011). Ook ouderen met een kleiner wordend sociaal systeem zijn kwetsbaar. Gezien deze risico's is het van groot belang deze omissie in de kennis in Nederland op te vullen en er structureel aandacht aan te gaan besteden.

## Referenties

- 122
- Chou, Y.J., N. Huang, C.H. Lee, S.L. Tsai, L.S. Chen & H.J. Chang (2004), 'Who is at risk of death in an earthquake?', in: *American Journal of Epidemiology*, 160, 688-95.
- Carlier, I.V.E., R.D. Lamberts, A.J. van Uchelen & B.P.R. Gersons (1998), 'Clinical utility of a brief diagnostic test for post-traumatic stress disorder', in: *Psychosomatic Medicine*, 60, 42-47.
- Derogatis, L.R. (1994), *Symptom Checklist-90-R: Administrative Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: NCS Pearson.
- Drogendijk, A.N. (2012), *Long term psychosocial consequences for disaster affected persons belonging to ethnic minorities*. Amsterdam: Boom.
- Fox, M.H., G.W. White, C. Rooney & A. Cahill (2010), 'The Psychological Impact of Hurricane Katrina on Persons with disabilities and independent living Center Staff living on the American Gulf Coast', in: *Rehabilitation Psychology*, 55, 231-240.
- Kleber, R.J. (1982), *Voor tijdens en na een ramp. Een schets van het rampenonderzoek in de sociale wetenschappen en de psychiatrie*. Wageningen: Instituut voor Onderzoek naar Psychosociale Stress.
- Kleber, R.J. (1982), *Stressbenaderingen in de Psychologie. Werk en gezondheid*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Kleber, R.J. & D. Brom (1986), 'Schokkende levensgebeurtenissen: nieuwe ontwikkelingen in wetenschap en hulpverlening', in: K.P.L. de Soomer, H.W.J. Boerwinkel & R.J. Kleber, *Geregelde Spanning. Liber amicorum voor P.B. Defares*. Wageningen: Landbouwwuniversiteit en Stichting voor Onderzoek naar de Psychosociale Stress.
- Kleber, R.J., C.R. Figley & B.P.R. Gersons (1995), *Beyond Trauma. Cultural and Societal Dynamics*. New York, Plenum Press.
- Knipscheer, J.W. (2000), *Cultural convergence and divergence in mental health care: Empirical studies on mental distress and help seeking behaviour of Surinamese, Ghanaia, Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands*. Utrecht: Proefschrift Universiteit Utrecht.

Is het diversiteitsonderzoek na rampen en schokkende gebeurtenissen wel zo divers?

McGuire, L.C., E.S. Ford & C.A. Okoro (2007), 'Natural disasters and older US adults with disabilities: implications for evacuation', in: *Disasters* 31, 49-56.

Nationaal Kompas (2011). [www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/lichamelijk-functioneren/hoeveel-mensen-hebben-beperkingen/](http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/lichamelijk-functioneren/hoeveel-mensen-hebben-beperkingen/)

Neria, Y., S. Galea, F.H. Norris (2007), *Mental Health and Disasters*. New York: Cambridge University Press.

123

Priestley, M. & L. Hemingway (2007), 'Disability and disaster recovery: a tale of two cities?', in: *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 5 (3-4) pp. 23-42.

Stough, L.M. (2009), 'The effects of disaster on the mental health of individuals with disabilities', in: Y. Neria, S. Galea, F.H. Norris (Eds.), *Mental Health and Disasters*. New York: Cambridge University Press.

Stough, L.M., A.N. Sharp, C. Decker, N. Wilker (2010), 'Disaster case management and individuals with disabilities', in: *Rehabilitation Psychology*, 55, 211-220.

Vermetten E, M. Olf (2013), 'Psychotraumatology in the Netherlands', in: *European Journal of Psychotraumatology*. 2013 2; doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20832.

Van der Velden, P.G., P. van Loon (2012), 'Psychotrauma nader beschouwd', in *Counselling Magazine*, 3, 17-21.

Van der Velden, P.G., C.J. Yzermans, L. Grievink (2009), 'The Enschede Fireworks Disaster', in: Y. Neria, S. Galea, F.H. Norris (Eds.), *Mental Health and Disasters*. New York: Cambridge University Press.

Van Willigen, M., T. Edwards, B. Edwards & S. Hesse (2002), 'Riding Out the Storm: Experiences of the Physically Disabled during Hurricanes Bonnie, Dennis, and Floyd', in: *Natural Hazards Review*, 3 (3), 98-106.



# Posttraumatische groei na de missie: aanpassing of illusie?

Dr. Michaela Schok

*Veteranen rapporteren overwegend positieve veranderingen als gevolg van hun uitzendervaringen ondanks de confrontatie met oorlogsomstandigheden. De algemene opvatting is dat deze posttraumatische groei verwerking van traumatische ervaringen faciliteert en dat daardoor posttraumatische stress vermindert. Deze opvatting wordt niet eenduidig bevestigd door empirische studies. Er zijn studies die erop wijzen dat posttraumatische groei leidt tot meer posttraumatische stress en aanpassing zou belemmeren. Leidt het voorkomen van posttraumatische groei tot aanpassing of is het illusie? Aan de hand van recent onderzoek bij veteranen wordt in deze bijdrage ingegaan op deze vraag.*

Het algemene idee dat lijden en verdriet mogelijke bronnen zijn van positieve veranderingen is al duizenden jaren oud. Sinds 1980 is er meer wetenschappelijke aandacht ontstaan voor persoonlijke groei na het meemaken van trauma (Frankl, 1984; Tedeschi & Calhoun, 2004). Tedeschi en Calhoun introduceerden voor het eerst het begrip 'posttraumatische groei' (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004). Hiermee refereren ze aan positieve psychologische veranderingen die men ervaart als gevolg van de worsteling met zeer moeilijke levensomstandigheden. Zij onderscheiden daarbij vijf dimensies van groei: relaties, mogelijkheden in het leven, persoonlijke kracht, spirituele verandering, en waardering voor het leven.

## Ontkenning

Engelhard en collega's (2015) deden prospectief onderzoek naar posttraumatische groei bij Nederlandse militairen die zijn ingezet in Irak. Vragenlijsten werden afgenomen voor de uitzending (N=479), 5 maanden na uitzending (N=382, 80%) en 15 maanden na terugkeer van uitzending (N=331, 69%). Cross-lagged panel analyse gaf aan dat meer posttraumatische groei 5 maanden na de uitzending samenhangt met posttraumatische stress 15 maanden na de uitzending, zelfs na controle voor de ernst van de stressor, posttraumatische stress na 5 maanden, en potentiële cofounders voor de uitzending (extraversie, neuroticisme, en cognitieve vaardigheden). Volgens de onderzoekers laten deze resultaten zien

dat het contraproductief is om posttraumatische groei te bevorderen voor de verwerking van traumatische gebeurtenissen. Ervaren groei zou een reflectie zijn van ontkenning van de negatieve gevolgen van traumatische ervaringen en zelfs negatieve gevolgen hebben voor de geestelijke gezondheid.

### **Centraliteit**

126 Onderzoek onder 251 Deense uitgezonden militairen naar Afghanistan analyseerde voorspellers van posttraumatische groei op basis van vragenlijstonderzoek voor, tijdens en na de uitzending (Staugaard et al., 2015). De belangrijkste bevinding was dat zeer emotionele herinneringen aan de uitzending die centraal staan in iemands leven (centraliteit), groei voorspelde naast een open houding voor ervaringen, gevechtservaring en sociale steun. Van belang was dat centraliteit van zowel positieve als negatieve herinneringen posttraumatische groei in gelijke mate voorspelde. Symptomen van PTSS voorspelden deze groei niet. Naast de aard van de gebeurtenis zelf (als zijnde traumatisch) bevordert ook de mate waarin een emotionele gebeurtenis centraal staat in iemands leven groei. Dit leidt tot een emotioneel gebalanceerd realistisch perspectief op de uitzending met zowel goede als slechte herinneringen die van belang zijn in de periode na de uitzending. Zowel traumatische als positieve gebeurtenissen bevorderen dan groei als ook de mate waarin iemand waarde toekent aan de ervaring.

De relatie tussen posttraumatische stress en groei is niet eenduidig en studies laten inconsistenties zien (Gallaway et al., 2011; Zoellner & Marcker, 2006). Een mogelijke verklaring voor deze inconsistentie is dat de relatie tussen posttraumatische groei en stress overeenkomt met een omgekeerde U-vormige verdeling, wat betekent dat gemiddelde niveaus van posttraumatische symptomen samen hangen met meer groei, terwijl zowel meer als minder ernstige posttraumatische stress symptomen niet deze samenhang vertoont (of eventueel negatief zou aantonen). Er is enige evidentie voor deze verklaring (Levine, Laufer, Hamama-Raz, Stein & Solomon, 2008; Moore, Varra, Michael & Simpson, 2010; Solomon & Dekel, 2007).

### **Groei als reactie op trauma**

Tsai en collega's (in druk) onderzochten het longitudinale verloop van posttraumatische groei in een representatieve steekproef van Amerikaanse veteranen (N=1.838). Data werden verzameld op basis van een online vragenlijst die is afgenomen op twee momenten in de tijd (oktober-december 2011 en september-oktober 2013). Meer dan de helft van de veteranen (59.4%) die matige

posttraumatische groei rapporteerde behielden dat niveau twee jaar later. Op basis van cluster analyse werden er vijf verschillende trajecten onderscheiden: consistent laag (33.6%), matig dalend (19.4%), toename posttraumatische groei (16.8%), dramatisch dalend (15.7%) en consistent hoog (14.5%). Posttraumatische stress symptomen, medische aandoeningen, zin in het leven, altruïsme, dankbaarheid, religie en een actieve leefstijl voorspelden het handhaven of een toename in posttraumatische groei. Posttraumatische groei heeft volgens de onderzoekers een gevarieerd verloop en is niet alleen veelvoorkomend maar gaat samen met posttraumatische stress en specifieke psychosociale factoren. De negatieve psychologische impact van trauma moet deels worden ervaren om positieve groei te kunnen ontwikkelen (bijvoorbeeld door een dreigende dood ervaart iemand een hernieuwde waardering van het leven). Matige niveaus van posttraumatische stress symptomen zijn bevorderlijk voor posttraumatische groei en niet zo zeer lage of hoge niveaus zoals eerder vermeld. Tsai en collega's vonden ook dat meer recent trauma en gerapporteerde posttraumatische stress symptomen (tijdens de tweede meting) sterker posttraumatische groei voorspelden. Dit zou betekenen dat nieuwe of blijvende traumatische stress bevorderlijk is voor de herstructurering en heropbouw van basale opvattingen over zelf en de wereld.

### **Posttraumatische groei: illusie of aanpassing?**

Posttraumatische stressreacties zoals herbeleven en vermijden reflecteren een cognitief proces en pogingen om de traumatische gebeurtenissen betekenis te geven en zijn niet zo zeer markers van mentale gezondheid. Het ervaren van intrusieve gedachten over een stressor kan een signaal zijn dat mensen de gevolgen van het trauma aan het doorwerken zijn en de betekenis daarvan voor hun leven, en dit kan leiden tot groei (Helgeson et al., 2006). Een periode van reflectie over de stressor is waarschijnlijk nodig om groei te doen ontstaan. Volgens McNally (2003) bijvoorbeeld, zouden posttraumatische stress klachten bij veteranen na de uitzending deel uitmaken van het psychologische aanpassingsproces. Diverse recente studies tonen ook aan dat er verschillende aanpassingstrajecten zijn in reactie op blootstelling aan oorlogservaringen (Berntsen et al., 2012; Bonanno et al., 2012). Uit de meta analyse van Helgeson et al. (2006) komt ook naar voren dat tijd sinds het trauma een belangrijke moderator is in de relatie tussen groei en gezondheidsmaten. Positieve gezondheidsuitkomsten zijn beter als er een langere tijd is verstreken sinds het trauma.

Een ander belangrijk aspect is het onderscheid in proces en uitkomst volgens Helgeson et al. (2006). In een eerder stadium na het trauma zou posttraumatische groei meer als copingproces kunnen worden gezien dan als een uitkomst van het

cognitieve proces. Tsai en collega's (in druk) zien posttraumatische groei als een fenomeen dat normaal is en relatief veel voorkomt. Het zoeken naar betekenis reflecteert een proces naar congruentie als gevolg van cognitieve dissonantie (Festinger, 1979). Dissonantie ontstaat wanneer gedrag (zoals de opofferingen door gevechtservaringen) strijdig is met overtuigingen of attitudes (de mening of houding dat de offers niet de moeite waard waren). In een dergelijk geval worden de houdingen of overtuigingen aangepast om cognitieve dissonantie te verminderen. De offers als gevolg van blootstelling aan oorlog en strijd mogen niet tevergeefs zijn.

128

Maercker en Zoellner (2004) stellen dat posttraumatische groei zowel een functionele als illusionaire kant heeft. De illusionaire kant is een vorm van zelfdeceptie en hangt samen met ontkenning, terwijl de constructieve kant van posttraumatische groei samengaat met gezonde aanpassing en adaptief is op de lange termijn. Vaak vinden longitudinale studies een positieve relatie tussen posttraumatische stress en groei terwijl cross-sectionele studies geen eenduidige uitkomsten laten zien. Volgens Maercker en Zoellner zou in de longitudinale studies de constructieve kant van posttraumatische groei meer de kans hebben gehad om zichzelf te manifesteren met zijn lange termijn adaptieve effecten. Dit in tegenstelling tot de gemengde resultaten van cross-sectionele studies waarin zowel de constructieve en de illusionaire kant van posttraumatische groei naar voren komt.

Posttraumatische groei heeft twee gezichten: aanpassing en illusie. Groei kan een vorm van vermijdende coping kan zijn om de negatieve implicaties van trauma niet onder ogen te hoeven zien. Anderzijds vergroot het ervaren van positieve veranderingen, zoals zelfvertrouwen, optimisme en een gevoel van controle, positieve emoties na trauma. Deze emoties verbreden gedrag en gedachten van individuen om persoonlijke hulpbronnen op te bouwen en veerkracht te versterken (Tugade & Frederickson, 2004). Negatieve emoties, daarentegen, vernauwen het perspectief en houden een constant gevoel van dreiging instant (Ehlers & Clark, 2000). Het risico op lange termijn daarvan is dat het chronische posttraumatische stress symptomen bevordert en waarschijnlijk negatieve overtuigingen over de wereld en anderen versterkt.



## Referenties

- Berntsen, D., K.B. Johannessen, Y.D. Thomsen, M. Bertelsen, R.H. Hoyle & D.C. Rubin (2012), 'Peace and war: Trajectories of posttraumatic stress disorder symptoms before, during and after military deployment in Afghanistan', in: *Psychological Science*, 23, 1557- 1565.
- Bonanno, G.A., A.D. Mancini, J.L. Horton, T.M. Powell, C.A. LeardMann, E.J. Boyko, T.S. Wells, T.I. Hooper, G.D. Gackstetter & T.C. Smith (2012), 'Trajectories of trauma symptoms and resilience in deployed US military service members: prospective cohort study', in: *The British Journal of Psychiatry*, 200, 317-323.
- Ehlers, A. & D.M. Clark (2000), 'A cognitive model of posttraumatic stress disorder', in: *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Engelhard, I.M., M.J.J. Lommen & M. Sijbrandij (2015), 'Changing for Better or Worse? Posttraumatic Growth Reported by Soldiers Deployed to Iraq', in: *Clinical Psychological Science*, 3, 789-796.
- Frankl, V. E. (1984), *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy* (3rd ed.). New York: Touchstone.
- Gallaway, M.S., A.M. Millikan & M.R. Bell (2011), 'The association between deployment-related posttraumatic growth among U.S. Army soldiers and negative behavioral health conditions', in: *Journal of Clinical Psychology*, 67 (12), 1151–1160.
- Helgeson, V.S., K.A. Reynolds & P.L. Tomich (2006), 'A meta-analytic review of benefit finding and growth', in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
- Herman, L.J. (1992), *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Levine, S.Z., A. Laufer, Y. Hamama-Raz, E. Stein & Z. Solomon (2008), 'Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD', in: *Journal of Traumatic Stress*, 21 (5), 492–496.

McNally, R.J. (2003), 'Progress and controversy in the study of Posttraumatic Stress Disorder', in: *Annual Review of Psychology*, 54, 229-252.

Moore, S.A., A.A. Varra, S.T. Michael & T.L. Simpson (2010), 'Stress-related growth, positive reframing and emotional processing in the prediction of post-trauma functioning among veterans in mental health treatment', in: *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2 (2), 93-96. doi:10.1037/a0018975

130

Schok, M.L., R.J. Kleber, M. Elands & J.M.P. Weerts (2008), 'Meaning as a mission: a review of empirical studies on appraisals of war and peacekeeping experiences', in: *Clinical Psychology Review*, 28, 357-365.

Solomon, Z. & R. Dekel (2007), 'Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POWs', in: *Journal of Traumatic Stress*, 20, 303-312. doi:10.1002/jts.20216

Staugaard, S.R., K. Berg Johannessen, Y.D. Thomsen, M. Bertelsen & D. Berntsen (2015), 'Centrality of positive and negative deployment memories predicts posttraumatic growth in Danish veterans', in: *Journal of Clinical Psychology*, 71 (4), 362-377.

Tedeschi, R.G. & L.G. Calhoun (1996), 'The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma', in: *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

Tedeschi, R.G. & L.G. Calhoun (2004), 'Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence', in: *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.

Tsai, J., L.M. Sippel, N. Mota, S.M. Southwick & R.H. Pietrzak (in press), 'Longitudinal course of posttraumatic growth among US military veterans: results from the national health and resilience in veterans study', in: *Depression and anxiety*, online early view. DOI 10.1002/da.22371

Tugade, M.M. & B.L. Frederickson (2004), 'Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences', in: *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 320-333.

Zoellner, T. & A. Maercker (2006), 'Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two-component model', in: *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.

# De emotionele gevolgen van medische fouten: onbekend gebied voor psychotrauma-onderzoek

Prof. dr. Jos de Keijser

*De gevolgen van medische fouten, zo blijkt uit deze literatuurstudie, zijn omvangrijk en ingrijpend voor de patiënt en zijn familie of – als de patiënt is overleden – diens nabestaanden en ook voor de fouten makende arts. Opvang van deze groepen met interventieprogramma's kan mogelijk de gevolgen van medische fouten beperken. Onderzoek op dit gebied is zeer beperkt en vraagt aandacht.*

In Nederland overlijden jaarlijks naar schatting 1.900 patiënten ten gevolge van een medische fout, nog eens 37.000 patiënten in ziekenhuizen krijgen te maken met fouten die mogelijk vermeden hadden kunnen worden (Smeehuijzen, Van Wees, Akkermans, Legemaate, Van Buschbach & Hulst, 2013). Volgens Pratt & Jachna (2015) sterven ieder jaar wereldwijd tienduizenden of misschien wel honderdduizenden patiënten ten gevolge van een medische fout. Seys, Scott & Wu (2013) stellen dat één op de zeven patiënten te maken krijgt met een negatieve medische ervaring. Er bestaat – gezien de omvang – opmerkelijk weinig wetenschappelijk onderzoek naar dit probleem.

In dit artikel wordt naar aanleiding van systematisch literatuur onderzoek<sup>1</sup> antwoord gegeven op de volgende vragen: 'Wat is bekend over de emotionele gevolgen voor nabestaanden van slachtoffers van fatale medische missers en wat zijn de emotionele gevolgen voor de behandelaar na een fatale/ernstige medische misser? En 'Zijn er evidence based psychologische interventies bekend na fatale/ernstige medische missers voor de slachtoffers?' Na beantwoording zullen ideeën over verder onderzoek op dit gebied kort beschreven worden.

## **Methode**

Binnen Psychinfo en Medline en bij Web of Science zijn in totaal 214 artikelen met citatietermen over dit onderwerp gevonden. Vervolgens vond selectie aan de hand van titels en abstracts plaats. Artikelen waarin niet werd gerefereerd aan een onderwerp uit de zoekstring werden verwijderd uit de lijst, waarna 112 artikelen

---

1 Het literatuuronderzoek is uitgevoerd door Doety de Vries, met dank voor haar inspanning.

overbleven. Deze artikelen werden beoordeeld op vooraf opgestelde criteria op abstract niveau en vervolgens in eenzelfde beoordelingsformulier op fulltext niveau. Door deze selectieprocedure bleven er 26 artikelen over, deze zijn gebruikt om bovengenoemde vragen te beantwoorden.

### **Wat is bekend over de emotionele gevolgen voor de slachtoffers van medische fouten en de gevolgen voor nabestaanden van slachtoffers van fatale medische fouten?**

132

Patiënten ondervinden na een medische fout gevolgen als verlengde ziekenhuisopnames, PTSS, een permanente verminderde kwaliteit van leven of zelfs de dood (Abd Elwahab & Doherty, 2014). Patiënten zijn vaak in een kwetsbare fysieke of psychische positie wanneer zij een behandeling ondergaan. Ze vertrouwen de behandelaar en wanneer dit vertrouwen wordt beschaamd door een fout, lopen patiënten een risico op psychotrauma (Duclos, Eichler & Taylor, 2005; Schiechtel, Hunger, Schwappach, Schmidt & Padosch, 2013; Schwappach, 2015; Ullstrom, Sachs, Hansson, Ovretveit & Brommels, 2014). Medische fouten kunnen leiden tot fysieke, emotionele en financiële problemen. Deze problemen lijken elkaar onderling te vergroten (Smeehuijzen et al., 2013, Duclos et al., 2005). Beschreven fysieke trauma's zijn: littekens of lichamelijke beperkingen. Genoemde psychische gevolgen zijn: verdriet (Gallagher, Waterman, Ebers, Fraser & Levinson, 2003), PTSS (Abd Elwahab & Doherty, 2014), gespannenheid, stress, angst, piekeren, slaapproblemen, relatieproblemen en depressies (Gallagher et al., 2003; Smeehuijzen et al., 2013). In deze studies gaat het steeds om kleine aantallen onderzochte patiënten, waardoor het niet mogelijk verantwoordde uitspraken te doen op basis van kwantitatieve gegevens. Er is een neiging om in eerste instantie niet de arts, maar zichzelf de fout aan te rekenen. Familieleden van slachtoffers wijzen mogelijk zichzelf aan als schuldige en vinden dat zij niet genoeg aandacht en zorg aan hun dierbare gegeven hebben. Slachtoffers zien soms zichzelf als een probleem, alsof de door de arts gemaakte fout de oorzaak is van het gedrag of de fysieke toestand van de patiënt (Stangierski, Warmuz-Stangierska & Ruchala, 2012).

Patiënten hebben voornamelijk moeite met fouten die gemaakt lijken te zijn door nonchalante gedragingen van de behandelaar en raken gefrustreerd door het feit dat de fout voorkomen had kunnen worden (Gallagher et al., 2003). Het blijkt dat slechts 30% van de respondenten die een medische fout hadden ervaren, persoonlijk geïnformeerd werden door de betrokken behandelaar. In een studie van Van Dijk en Van Mierlo (2009) bleek dat de eerste opvang en bejegening door slachtoffers van medische fouten ernstig te kort schiet. Dit vloeit

voort uit de ontkenning dat er fouten zijn gemaakt. Uit een Nederlandse studie bij VvAA-leden blijkt dat 23% van de ondervraagden artsen een medische fout wel eens verzwegen heeft. Een deel van de artsen verwijt de fout aan de patiënt. Er lijkt onvoldoende bewustzijn in medische wereld te zijn van het fenomeen van victim blaming als defensiemechanisme of vorm van medische arrogantie. Voor slachtoffers van medische fouten is er nauwelijks sprake van informatie indien de fout niet wordt erkend. De patiënt krijgt dan ook geen informatie over mogelijke hersteloperaties. Bij slachtoffers van medische fouten is geen sprake van erkenning maar van ontkenning, er worden dus geen excuses gemaakt en geen verbeteringen toegezegd. Voor slachtoffers van medische fouten is het niet krijgen van erkenning belastend. Het gaat de meeste slachtoffers niet om een schadeclaim. Ze zijn meer gericht op rechtvaardigheid dan een materiele vergoeding.

133

Duclos et al. (2005) hebben vier focusgroepen opgezet om de perceptie van patiënten op het gebied van patiënt – behandelaar communicatie ná een medische fout te inventariseren. Vragen die bij de patiënten opkwamen na het ervaren van een medische fout zijn: ‘Wat is er gebeurd?’, ‘Wat gaat er nu gebeuren?’ en ‘Zal ik weer de oude worden?’. De patiënten beschrijven vele frustraties die hun vermogen tot coping beïnvloeden. Patiënten voelen zich vaak in de steek gelaten, bijvoorbeeld wanneer ze om informatie vragen om met het gebeuren om te leren gaan en deze informatie toch niet krijgen. Frustratie over deze slechte informatieverstrekking leidt tot woede bij de patiënt en deze woede zorgt voor een neiging tot een conflict met de arts. Wanneer informatie uiteindelijk wordt verstrekt zorgt dit vaak voor opluchting bij de patiënt en het gevoel dat de strijd gestreden is. Het open communiceren over medische fouten laat de patiënt ervaren dat zijn autonomie wordt gerespecteerd; de patiënt wenst boven alles eerlijkheid (Gallager et al., 2003). Bij een onderzoek van de Vrije Universiteit van Amsterdam zijn 45 patiënteninterviews uitgevoerd bij patiënten die lichamelijke schade ondervonden na een medische fout. Deze patiënten rapporteerden verschillende klachten, naast stress, boosheid, slaapproblemen, spanning, neerslachtigheid, piekeren en relatieproblemen ook ernstige psychische klachten als angststoornissen, eetstoornissen of depressie (Smeehuijzen et al., 2013). In het Amsterdamse rapport wordt gesteld dat de meerderheid van de mensen een medisch incident met ingrijpende gevolgen goed zelf kan verwerken, een minderheid van de slachtoffers ontwikkelt PTSS, depressie, wordt verslaafd of raakt op een andere manier ontregeld. Helaas zijn in deze – en andere – studies deze gevolgen niet systematisch geïnventariseerd en kunnen geen kwantitatieve gegevens uit deze 45 interviews gegenereerd worden die groepsuitspraken mogelijk maken. Onduidelijk is hoe de relatie is tussen het medisch probleem, bijvoorbeeld kanker en de gevolgen van de medische fout. Het kan zijn dat de patiënt veel of juist weinig toeschrijft aan de gevolgen van de medische fout.

Opmerkelijk is dat geen studies gevonden zijn bij nabestaanden van patiënten die overleden zijn ten gevolge van een medische fout.

### **Wat is bekend over de emotionele gevolgen voor de behandelaar na een fatale/ernstige medische misser?**

134

Artsen die betrokken zijn bij een incident waarbij een patiënt letsel oploopt door een medische fout of zelfs overlijdt worden in de Angelsaksische literatuur second victims genoemd (Dekker, 2013). De behandelaar voelt zich verantwoordelijk voor de medische fout en raakt door de gebeurtenis getraumatiseerd (Santumauro, Kalkman & Dekker, 2014). Helaas ontvangt maar een deel van de second victims passende hulp vanuit de organisatie waarbij ze werken (Pinto, Faiz, Bicknell & Vincent, 2013; Seys, Wu & Van Gerven, 2013; Santumauro et al., 2014). Medische fouten kunnen bij de behandelaar tot verschillende psychische klachten of problemen leiden. Studies wijzen op schaamte, stress, angst, schuldgevoel, woede, frustratie, depressie, angst voor de reactie van collega's, angst voor straf, slaapproblemen, verlies van zelfvertrouwen, teleurstelling, angst om opnieuw fouten te maken, verlies van vertrouwen in anderen, verlies van werkplezier, angst voor reputatieschade, emotionele uitputting, verminderde empathie en compassie voor de patiënt, burnout klachten, concentratieproblemen en symptomen van PTSS (Abd Elwahab & Doherty, 2014; Engel, Rosenthal & Sutcliffe, 2006; Goldberg, Kuhn, Andrew & Thomas, 2002; Goldberg, Kuhn, Andrew & Thomas, 2002; Harrison et al., 2015; Joaquin Mira, Carrillo & Lorenzo, 2015; Lander, Connor, Shah, Kentala, Healy & Roberson, 2006; Luu, Patel & St-Martin, 2012; Mankaka, Waeber & Gachoud, 2014; O'Beirne, Sterling, Palacios-Derflingher, Hohman & Zwicker, 2012; Pinto et al., 2013; Santumauro et al., 2014; Schwappach & Boluarte, 2009; Scott, Hirschinger, Cox, McCoig, Brandt & Hall, 2009; Seys et al., 2013; Venus, Galam, Aubert & Nougairède, 2012; Wu & Steckelberg, 2012). Sommige behandelaren kunnen hun beroep niet meer uitoefenen ten gevolge van een medische fout en een aantal behandelaren pleegt suicide (Wu et al., 2012). Evenals bij de gevolgen voor patiënten en familie geldt voor de artsen dat er veel beschrijvend onderzoek is, maar heeft helaas geen van de genoemde studies tot nu toe tot generaliseerbare cijfers geleid.

Ten gevolge van een medische fout lijkt verder de interactiewijze van de behandelaar ten opzichte van zijn patiënten te veranderen. Behandelaren reageren emotioneler op patiënten, zijn onzeker en twijfelen aan hun professionele oordeel (Joaquin Mira et al., 2015). Hoe meer de behandelaar zich persoonlijk verantwoordelijk voelt voor de fout en hoe ernstiger het gevolg van de fout voor de patiënt is, hoe meer intens de psychische reacties van de behandelaar zijn (Engel et al., 2006).

## **Zijn er psychologische interventies bekend na fatale/ernstige medische fouten?**

In de literatuur zijn geen psychologische interventiestudies gevonden voor nabestaanden van patiënten die overleden zijn ten gevolge van een medische fout. Wat de behandelaars betreft, is wel gebleken dat het formeel en informeel bespreken van de gemaakte medische fout met collega's (Harrison et al., 2015; Schwappach, 2015) en/of familieleden (Engel et al. 2006; Mankaka et al., 2014; O'Beirne et al., 2012; Pratt & Jachna, 2015; Venus et al., 2012) belangrijke coping-strategieën zijn. Andere coping strategieën zijn bijvoorbeeld het even vrij nemen om van de emotionele klap te bekomen, en nadenken over veranderingen die aangebracht kunnen worden om nieuwe fouten te voorkomen.

135

De universiteit van Chicago heeft een programma ontwikkeld, speciaal voor second victims (Santumauro et al., 2014). De Brigham Women's Hospital heeft een uitgebreid peer support programma in combinatie met openheid en spijtbetuinging ontwikkeld (Van Pelt, 2008). De onderzoekers hebben een programma ontwikkeld om zorgorganisaties te helpen ondersteunende programma's te implementeren die geschikt zijn voor behandelaars die lijden onder de emotionele gevolgen na het maken van een medische fout. Scott et al. (2009) hebben een omvangrijk interventieprogramma ontwikkeld, deze interventie start met het direct inzetten van hulp van een geschoold teamlid en daarnaast wordt een korte werkpaauze aangeboden aan de behandelaar, vervolgens wordt er door getrainde interne klinici een crisisinterventie aangeboden en ten slotte is het mogelijk om externe hulp in te zetten. Gebleken is dat de laatste stap slechts bij een klein deel van de second victims nodig is. Copingstrategieën voor stress en PTSS zijn de spil in de therapieën voor second victims (Dekker, 2013, Joaquin Mira, 2015; Van Pelt, 2008).

### **Tot slot**

Wetenschappelijke onderzoek op het gebied van de omvang van en opvang na medische fouten is voornamelijk gericht op de behandelend medicus. Enkele studies zijn verricht naar de gevolgen voor de patiënt. Er zijn geen studies bekend over de gevolgen voor de nabestaanden en naar de effectiviteit van opvangprogramma's voor nabestaanden. Vergeleken met andere vormen van complex verlies, zoals suïcide (jaarlijks circa 1.850), moord (circa 125) of ongeval (circa 800) waarnaar het nodige onderzoek is verricht, is het opmerkelijk dat met een geschatte omvang van jaarlijks 1.900 overlijdens in Nederland door medische fouten het onderzoek hiernaar zo beperkt is. Op basis van kennis van de genoemde andere menselijk

veroorzaakte overlijdens zal het aantal nabestaanden met complexe rouw groot zijn. De meer beschrijvende studies in dit literatuuroverzicht bevestigen deze bewering. Het is onbekend wat een dergelijk groot aantal overlijdens betekent voor deze grote groep nabestaanden. Nader onderzoek is maatschappelijk en wetenschappelijk relevant en wordt derhalve aanbevolen. Hierbij valt te denken aan gericht onderzoek bij de direct nabestaanden en tevens het uitzetten en evalueren van een opvangprogramma zoals dat in het Brigham Woman's Hospital is ingezet. In 2010 is de GOMA (Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid) vastgesteld. Medici, ziekenhuizen, patiëntenverenigingen en de overheid hebben hierin afgesproken meer openheid te betrachten bij medische fouten. Dit is in het belang van de patiënt, diens familie én van de arts. Door de invoering van deze code kan de psycho-sociale opvang van patiënten door de casemanagers van Slachtofferhulp Nederland en artsen door collega's en coaches beter van de grond komen. Bij meer openheid kan ook eerder mediation tussen partijen ingezet worden, waardoor lange juridische procedures mogelijk voorkomen kunnen worden. Deze ontwikkeling dient hand in hand te gaan met wetenschappelijk onderzoek.



## Referenties

- Abd Elwahab, S. & E. Doherty (2014), 'What about doctors? the impact of medical errors', in: *Surgeon-Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*, 12(6), 297-300.
- Dekker, S. (2013), *Second victim. Error, guilt, trauma and resilience*. Boca Raton: CRC Press.
- Duclos, C., M. Eichler & L. Taylor (2005), 'Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events', *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6), 479-486.
- Engel, K., M. Rosenthal & K. Sutcliffe (2006), 'Residents' responses to medical error: Coping, learning, and change', in: *Academic Medicine*, 81 (1), 86-93.
- Goldberg, R., G. Kuhn, L. Andrew & H. Thomas (2002), 'Coping with medical mistakes and errors in judgment', in: *Annals of Emergency Medicine*, 39 (3), 287-292.
- Gallagher, T., A. Waterman, A. Ebers, V. Fraser & W. Levinson (2003). 'Patients' physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors', in: *Jama-Journal of the American Medical Association*, 289 (8), 1001-1007.
- Harrison, R., R. Lawton, J. Perlo, P. Gardner, G. Armitage J. & Shapiro (2015), 'Emotion and coping in the aftermath of medical error: A cross-country exploration', in: *Journal of Patient Safety*, 11 (1), 28-35.
- Joaquin Mira, J., I. Carrillo & S. Lorenzo (2015), 'The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals', in: *BMC Health Services Research*, 15, 151.
- Lander, L.I., J.A. Connor, R.K. Shah, E. Kentala, G.B. Healy & D.W. Roberson (2006), 'Otolaryngologists' responses to errors and adverse events', in: *Laryngoscope*, 116 (7), 1114-1120.
- Luu, S., p. Patel & L. St-Martin (2012), 'Waking up the next morning: Surgeons' emotional reactions to adverse events', in: *Medical Education*, 46 (12), 1179-1188.

Mankaka, C.O., G. Waeber & D. Gachoud (2014), 'Female residents experiencing medical errors in general internal medicine: A qualitative study', in: *BMC Medical Education*, 14, 140.

O'Beirne, M., P. Sterling, L. Palacios-Derflingher, S. Hohman & K. Zwicker (2012), 'Emotional impact of patient safety incidents on family physicians and their office staff', in: *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25 (2), 177-183.

138

Pinto, A., O. Faiz, C. Bicknell & C. Vincent (2013), 'Surgical complications and their implications for surgeons' well-being', in: *British Journal of Surgery*, 100 (13), 1748-1755.

Pratt, S.D. & B.R. Jachna (2015), 'Care of the clinician after an adverse event', in: *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 24 (1), 54-63.

Santumauro, C.M., C. Kalkman & S.W. Dekker (2014), *Second victims, organizational resilience and the role of hospital administration* 3 (5), 95.

Schiechtl, B., M.S. Hunger, D.L. Schwappach, C.E. Schmidt & S.A. Padosch (2013), 'Second victim. critical incident stress management in clinical medicine', in: *Anaesthesist*, 62 (9), 734-741.

Schwappach, D.L.B. (2015), 'In the aftermath of medical error. caring for patients, family, and the healthcare workers involved', in: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58 (1), 80-86.

Schwappach, D.L.B. & T.A. Boluarte (2009), 'The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organisational accountability', in: *Swiss Medical Weekly*, 139 (1-2), 9-15.

Scott, S.D., L.E. Hirschinger, K.R. Cox, M. McCoig, J. Brandt & L.W. Hall (2009), 'The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events', in: *Quality & Safety in Health Care*, 18 (5), 325-330.

Seys, D., Scott, S. & A. Wu (2013), 'Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review', in: *International Journal of Nursing Studies*, 50 (5), 678-687.

- Seys, D., A.W. Wu & E. van Gerven (2013), 'Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review', in: *Evaluations and the Health Professions*, 36 (2), 135-162.
- Smeehuijzen, P.J., D.K.A.P.C. van Wees, P.A. Akkermans, P.J. Legemaate, D.S. van Buschbach & L. Hulst (2013), *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*. VU Amsterdam.
- Stangierski, A., I. Warmuz-Stangierska & M. Ruchala (2012), 'Medical errors - not only patients' problem', in: *Archives of Medical Science*, 8 (3), 569-574.
- Ullstrom, S., M.A. Sachs, J. Hansson, J. Ovretveit M. & Brommels (2014), 'Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events', in: *BMJ Quality & Safety*, 23 (4), 325-331.
- Van Dijk, J.J.L. & F. van Mierlo (2009), *Leemten in de slachtofferhulpverlening*. INTERVICT: Tilburg.
- Van Pelt, F. (2008), 'Peer support: Healthcare professionals supporting each other after adverse medical events', in: *Quality & Safety in Health Care*, 17 (4), 249-252.
- Venus, E., E. Galam, J. Aubert & M. Nougairde, M. (2012), 'Medical errors reported by french general practitioners in training: Results of a survey and individual interviews', in: *BMJ Quality & Safety*, 21 (4), 279-286.
- Wu, A.W. & R.C. Steckelberg (2012), 'Medical error, incident investigation and the second victim: Doing better but feeling worse?', in: *BMJ Quality & Safety*, 21 (4), 267-270.



# Gezinsdynamiek na ingrijpende gebeurtenissen

## Indische lessen

Dr. Trudy Mooren

*Momenteel is het aantal vluchtelingen wereldwijd groter dan ooit sinds de Tweede Wereldoorlog. Met name veel mensen uit Syrië en uit Eritrea zoeken toevlucht tot onder meer Westerse landen. Naar schatting een derde is jonger dan 19 jaar. Zij worden opgevangen in noodopvanglocaties en collectieve centra. Ook de tolerantie en solidariteit van de Nederlandse samenleving wordt op de proef gesteld. Wat kunnen we leren van eerdere generaties door oorlog getroffen migranten? Wat kunnen ouders in eerste instantie hun kinderen aan bescherming bieden om latere klachten en problemen te voorkomen? In deze bijdrage ga ik op deze vragen in.*

### Gezinsaanpassing na oorlog en migratie

Afgezien van hun eigen ervaringen met geweld en verlies, groeien kinderen na oorlog en migratie op met ouders die mogelijk lijden onder traumatische stress klachten. Kinderen behoren daarmee tot de zogenaamde eerste en tweede generatie oorlogsgetroffenen. De theoretische inzichten vanuit de psychotraumatologie zowel als vanuit de systeemtheorie zijn behulpzaam bij het beter begrijpen van gezinsdynamiek in de aanpassing aan extreem ingrijpende omstandigheden. Hoe kunnen gezinsleden, als eerste ring van sociale steun, behulpzaam zijn in aanpassing aan stressvolle omstandigheden? Aan veerkracht wordt steeds meer belang gehecht. Er wordt het vermogen om zich te herpakken onder grote druk mee bedoeld. Meer dan voorheen is er aandacht voor functionele aanpassing aan stressvolle omstandigheden. Eerder werd meer gedacht in termen van psychopathologie. Tegelijkertijd is nog niet geheel duidelijk hoe dergelijke aanpassing optimaal bewerkstelligd of beïnvloed kan worden (zie Kleber, 2000; Masten, 2014; Slijpen, Ter Heide, Mooren, Boeije & Kleber, 2013; Tedeschi, 2011; Walsh, 2006).

Bij het aanpassingsproces van gezinnen aan ontwrichtende levensgebeurtenissen zijn volgens Walsh (2006) drie ('sleutel') functies te herkennen:

1. Veranderingen van overtuigingen en betekenisgeving (*beliefs*) betreffen die processen die verwijzen naar het verlenen van betekenis aan ingrijpende ervaringen en die hoop of toekomstperspectief uitdrukken of zingeving (spirituele of religieuze overtuigingen bijvoorbeeld) nastreven.
2. De manier waarop een gezin zich (re-)organiseert. Hierbij gaat het om de mate van flexibiliteit bij het verdelen van taken, rollen en functies (zoals zorg voor kinderen, omgaan met instanties). Deze verdeling van taken en functies gebeurt in samenhang met sociale en economische bronnen (denk aan school, hulpverleningsinstanties, werk). Het betreffen verwijzingen naar het formeren en behouden van de structuur en samenhang binnen gezinnen. Hoe flexibeler de structuur, hoe gemakkelijker de aanpassing. Dit blijkt ook de interne cohesie tegemoet te komen. Onderling respect en begrip hebben baat bij een vlotte afstemming van taken en rollen onder druk. Ook het vasthouden aan rituelen en oude gebruiken (zoals feestdagen) kan de gezinsstructuur verstevigen.
3. De communicatie tussen gezinsleden. Die verloopt heilzamer naarmate er meer helderheid van boodschappen en openheid bestaat. Het gezamenlijk kunnen oplossen van problemen is gebaat bij goede communicatie. Dat behelst onder meer het uitwisselen van emoties, erkenning van bestaan van verschil van mening en perceptie, de afwezigheid van verwijten en het voorkomen van plezierige interacties en gevoel voor humor.

Ook andere modellen van omgaan met stress door gezinnen beschrijven deze functies (zie Van Essen, Bala, de Boer, Mooren & de Wolf, 2007). Het omgaan met stress en moeilijke situaties door gezinnen wordt in het algemeen getypeerd als een proces waarin de balans wordt hersteld tussen vereisten (*demands*) en hulpbronnen (*resources*) van een individu, het gezinssysteem en het sociale netwerk. Een gezonde dynamiek binnen het gezin heeft uiteindelijk het bereiken van een balans als resultaat, waardoor ieder lid kan herstellen en zich kan ontplooiën (McCubbin & Patterson, 1983). Dit is abstract geformuleerd. In de praktijk gaat het erom dat kinderen bijvoorbeeld helpen bij huiselijke taken. Ouders zorgen er als voorbeeld voor dat hun kinderen nog aan hobby's toekomen, ook wanneer zij over zeer beperkte middelen beschikken.

De mate van stresshantering van de ouders in de opvoeding blijkt nauw samen te hangen met psychisch welzijn van de kinderen (Ehnholt & Yule, 2006). Wanneer ouders stressvolle situaties goed aan kunnen, overzicht houden en emotioneel beschikbaar blijven, kunnen kinderen hun stress en angsten ook beter beteugelen. Sinds de studie van Anna Freud in 1943, over kinderen in gebombardeerd Londen,

is bekend dat het voor kinderen heilzamer kan zijn bij hun ouder(s) te zijn in gevaarlijke omstandigheden dan in veiligheid te verkeren maar gescheiden van hen. Dit is echter wel afhankelijk van de mate waarin ouders in staat zijn zorg te verschaffen (Shaw, 2003; Smith, Perrin, Yule & Rabe-Hesketh, 2001). Wanneer bij ouders de angst toeneemt en de frustratie-tolerantie tekortschiet, neemt de angst bij kinderen toe (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006).

### **Herinneringen aan de Indische opvoeding**

143

In een studie onder meer dan 900 Indische Nederlanders<sup>1</sup> naar de late gevolgen van oorlogs- en migratie-ervaringen op de verdere levensloop (Mooren & Kleber, 1996; 2013) zijn herinneringen aan de na-oorlogse opvoeding gemeten. We rapporteerden niet eerder over karakteristieken van de opvoeding in samenhang met gezondheid en traumatische stressreacties op latere leeftijd. Voor deze bijdrage is de Indische dataset opnieuw bekeken met het oog op samenhang tussen uitkomsten in termen van gezondheid, schokverwerking en dissociatie enerzijds en de herinneringen aan opvoeding door beide ouders anderzijds. De verwachting is dat er een negatieve samenhang bestaat tussen positieve herinneringen aan de opvoeding (warmte en respect) en klachten en dat negatieve herinneringen aan de opvoeding (harde hand, overbezorgd en eisend) verband houden met meer symptomen.

De EMBU (Herinneringen aan de opvoeding; Gerlsma, 1993) is destijds afgenomen waarbij respondenten uitspraken voor hun vader en moeder apart beantwoordden. Uit exploratieve factoranalyse kwamen de volgende clusters items naar voren: Opvoeding met harde hand ('Mijn ouders bestrafden mij ook om kleinigheden'), Warmte en respect ('Als het slecht met mij ging, had ik het gevoel dat mijn ouders mij probeerden te troosten of op te monteren'), Over- of extra bezorgd ('Het kwam voor dat mijn ouders mij dingen verboden te doen, die andere kinderen wel mochten doen, omdat ze bang waren dat me iets zou overkomen') en Eisend ('Mijn ouders probeerden mij aan te sporen de beste te worden'; 'Mijn ouders traden hard op als ik ziek was'). Voor vaders en moeders werd vrijwel exact dezelfde factorindeling gevonden. De uitkomstmaten gezondheid, schokverwerking en dissociatie zijn gemeten met de Symptom Checklist-90 (SCL;

1 Onder Indische Nederlanders worden diegenen verstaan die na beëindiging van het koloniale tijdperk in voormalig Nederlands-Indië, tegenwoordig Indonesië, met de Japanse bezetting tijdens de Tweede Wereldoorlog en vervolgens de strijd voor onafhankelijkheid (Bersiap), naar Nederland zijn gemigreerd. Onder hen waren zowel totoks (blanke Europeanen), Indo's (mensen met gemengde etnische achtergrond) en Indonesiërs waaronder mensen van de Molukken.

Arrindell & Ettema, 1986), de Schokverwerkingslijst (Brom & Kleber, 1985) en Dissociation Experience Scale (Bernstein & Putnam, 1986) respectievelijk.

De mate waarin opvoedingskarakteristieken samenhangen met uitkomstmaten is even sterk voor vaders en moeders (zie tabel 1). Er is een negatief verband tussen de mate waarin warmte en respect werd ervaren en het aantal gerapporteerde symptomen. Dus hoe meer warmte en respect, hoe minder symptomen. Het omgekeerde geldt voor herinneringen aan een opvoeding met harde hand, gekenmerkt door over-bezorgdheid of een eisende attitude. Naarmate men meer herinneringen had met een dergelijke kleur, werden ook meer symptomen aangegeven.

144

Tabel 1.

*Correlaties van Herinneringen aan de opvoeding met gezondheidsindices (N=939)*

		<b>SCL</b>	<b>SVL</b>	<b>DES</b>
Vader	Harde hand	0.33	0.17	0.21
	Warmte	-0.25	-0.12	-0.12
	Overbezorgd	0.18	0.20	0.16
	Eisend	0.22	0.22	0.21
Moeder	Harde hand	0.34	0.21	0.25
	Warmte	-0.24	-0.15	-0.17
	Overbezorgd	0.21	0.21	0.14
	Eisend	0.19	0.23	0.23

Alle correlaties zijn significant  $p < .001$

## Discussie

Uit de schets van verbanden tussen enerzijds herinneringen aan opvoeding door beide ouders en anderzijds ervaren gezondheid (in termen van algemene symptomen, traumatische stressreacties waaronder dissociatie) blijkt dat herinneringen aan een warme opvoeding gepaard gaan met meer welzijn terwijl bij ervaringen van een opvoeding met harde hand, maar ook overmatige bezorgdheid en hoge eisen meer symptomen optreden.



Deze empirische bevindingen zijn conform verwachtingen, gebaseerd op zowel intuïtie als literatuur. De interactie tussen door oorlog getroffen ouders en hun eveneens met geweld geconfronteerde kinderen kan zijn verstoord of beïnvloed door de ontwrichtende ervaringen. Het is goed mogelijk dat de kwaliteit van de interacties tussen ouders en kinderen is benadeeld door de klachten en symptomen van gezinsleden (zie ook Van Ee, 2013). In geval van door oorlog getroffen gezinnen doen overigens zowel kinderen als volwassenen hierbij een duits in het zakje. Het gaat om de kwaliteit van de interactie die verschil zal maken. Uit de analyse blijkt tevens dat herinneringen aan een warme en respectvolle opvoeding samengaan met minder symptomen vijftig jaar later. Het is op basis van deze gegevens waarschijnlijk dat een goede relatie met de opvoeder na de oorlog beschermend werkt voor latere problemen als gevolg van oorlog en migratie.

145

Deze studie is retrospectief en cross-sectioneel; een negatief ervaren gezondheid zal ook de herinneringen aan vroeger hebben gekleurd. Niet alle deelnemers konden terugkijken op een opvoeding door beide ouders. Veel Indische vaders ontbraken na de oorlog. Nogal wat kinderen zijn in gebroken gezinnen opgegroeid. Het ging dan om vaders die niet zijn teruggekeerd uit gevangenschap of die na migratie naar Nederland terugkeerden naar Indië om er werkzaamheden te hervatten. Sommige kinderen zijn opgevoed door hun moeder of door grootouders.

## Communicatie

Voor een goede verwerking van ingrijpende gebeurtenissen is een transparante communicatie belangrijk. Voor herstel is de manier waarop er gezamenlijk gezocht wordt naar een interpretatie van het verleden van groot belang. Een open stijl met uitwisseling in heldere bewoordingen waarbij verschil van mening binnen een gezin mag bestaan, is faciliterend voor betekenisgeving. Risicovolle communicatiestijlen hebben veelal te maken met een te geringe ofwel een overdadige openheid van emotionele expressie. Dit is ofwel het weinig, fragmentarisch spreken of geheel zwijgen ofwel het veelvuldig spreken over het verleden op een niet leeftijdsgesikte manier (Van Essen et al., 2007; Winter, 2014). Het zwijgen of fragmentarisch spreken binnen een gezin ontstaat vaak vanuit het motief elkaar niet te belasten (*conspiracy of silence*; Danieli, 1998) en kan de vorm van taboes en gezinsgeheimen aannemen.

Voor de betekenisgeving binnen een gezin is de manier *waarop* er over gebeurtenissen in het verleden wordt gepraat belangrijker dan de exacte weergave van de omstandigheden op zichzelf. Die manier moet aansluiten bij het begrippenkader van het kind (Montgomery, 2004). Diegenen die op jonge leeftijd

de oorlogsjaren onder Japanse bezetting en de gewelddadige revolutieperiode erna meemaakten, hebben doorgaans nauwelijks of niet meer over de gebeurtenissen gesproken. In het merendeel van de gezinnen van herkomst was sprake van een zeer gesloten stijl van communiceren. Er was sprake van weinig expressie van gevoel en geringe uitwisseling van meningen. De kinderen van destijds waren sterk geneigd problemen voor zich te houden. Verder werd in de meeste gezinnen weinig boosheid of agressie geuit. Blijheid mocht eerder geuit dan negatieve gevoelens als verdriet, pijn of angst.

146

Als oorlogsverwikkelingen of Indië ter sprake kwamen, ging het vaak over feiten, grappige anekdotes of sterke verhalen. Er werd niet zoveel over het verleden gesproken omdat men zich op de toekomst richtte en de oorlogsperiode was zo pijnlijk dat men het verleden wilde vergeten. Voor de gezinnen die uit Nederlands-Indië naar het kort tevoren bevrijde Nederland kwamen, gold dat zij te maken kregen met weinig erkenning van de Nederlandse maatschappij voor wat zij hadden meegemaakt. Er werden hun dus weinig vragen gesteld.

De betekenisgeving aan gebeurtenissen is van belang voor een begrip van de gevolgen op gezondheid maar ook voor het bespoedigen van herstel. Betekenisgeving verwijst naar veranderingen of aanpassingen van gedachten over implicaties van gebeurtenissen. Herstel vergt modificatie van deze cognities. Binnen gezinnen zijn er ook vaak opinies over de betekenis van gebeurtenissen. Betekenisprocessen binnen gezinnen zouden van invloed zijn op individuele ontwikkelingen van overtuigingen over iemand zelf, de ander en de wereld.

### **Tot slot**

Cultureel-maatschappelijke invloeden zijn duidelijk van invloed op gezinsprocessen in de jaren na oorlog en migratie. Indische gezinnen in Nederland hebben zich sterk aangepast aan de dominante Nederlandse cultuur. De 'vuile was' werd binnenshuis gehouden, bescheidenheid sierde de opstelling naar de buitenwereld en de vraag om erkenning en aandacht, zoals onder meer van onderkenning voor wat mensen in tijdens de oorlog in de Oost hadden meegemaakt, stond in de schaduw bij de aandacht voor het leed dat de Duitse bezetter had veroorzaakt. De aandacht voor de jaarlijkse collectieve herdenking van de Japanse capitulatie op 15 augustus in vergelijking met de aandacht voor 4 en 5 mei ligt nog altijd heel gevoelig.

Sinds de jaren vijftig en zestig is de maatschappelijke attitude in Nederland ten aanzien van het bespreken en uiten van gevoelens aanmerkelijk veranderd. Tegelijkertijd zijn er duidelijke persoonlijke motieven te bespeuren die doen besluiten elkaar binnen gezinnen niet te belasten met vragen over de ervaringen. Die zijn vermoedelijk onveranderd aan het werk in de gezinnen die nu in grote getale een veilig heenkomen zoeken.

## Referenties

- Arrindell, W.A. & J.H.M. Ettema (1986), *SCL-90 - Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bögels, S.M. & M.L. Brechman-Toussaint (2006), 'Family issues in child anxiety: Attachment, family functions, parental rearing and beliefs', in: *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Bernstein, E.M. & F.W. Putnam (1986), 'Development, reliability, and validity of a dissociation scale', in: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Brom, D. & R.J. Kleber (1985), 'De Schok Verwerkingslijst (SVL)', in: *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 164-168.
- Danieli, Y. (1998), 'Introduction history and conceptual foundations', in: Y. Danieli (Ed.), *Multigenerational legacies of trauma*. New York: Plenum Press.
- Ee, E. van (2013), *A new generation: How refugee trauma affects parenting and child development* (academisch proefschrift). Diemen: Stichting Arq.
- Ehnholt, K.A. & W. Yule (2006), 'Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma', in: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 12, 1197-1210.
- Eland, J., P.G. van der Velden, R.J. Kleber & C.H.D. Steinmetz (1990), *Tweede generatie Joodse Nederlanders*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Essen, J. van, J. Bala, O. de Boer, T. Mooren & A. de Wolf (2007), *Leven na de vlucht. Systeembehandeling bij getraumatiseerde asielzoekers- en vluchtelingengezinnen*. Oegstgeest/Diemen: Stichting Centrum '45.
- Gerlsma, C. (1993), *Parental rearing styles and psychopathology: memories of parenting revisited* (academisch proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Kleber, R. J. (1995), 'Epilogue: Towards a broader perspective of traumatic stress', in: R.J. Kleber, C.R. Figley & B.P.R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dimensions* (pp. 299-306). New York: Plenum.

Masten, A.S. (2014), *Ordinary magic. Resilience in development*. New York: Guilford Press.

McCubbin, H.I. & J.M. Patterson (1983), 'Family transitions: Adaptations to Stress', in: H.I. McCubbin & C.R. Figley (Eds.), *Stress and the family volume I: Coping with normative transitions*. New York: Brunner/Mazel.

Montgomery, E. (2004), 'Tortured families: A coordinated management of meaning analysis', in: *Family Process*, 43, 3, 349-371.

Mooren, T.M. & R.J. Kleber (1996), *Gezondheid en herinneringen aan de oorlogsjaren van Indische jeugdige oorlogsgetroffenen. Een empirisch onderzoek*. Enschede: Printpartners Ipskamp B.V.

Mooren, T.M. & R.J. Kleber (2013), 'Long-term consequences in child survivors from the Dutch East Indies', in: *International Psychogeriatrics*, 25, 1783-1794. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213000987>.

Shaw, J.A. (2003), 'Children exposed to war/terrorism', in: *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 4, 237-246.

Sleijpen, M., F.J.J. ter Heide, T. Mooren, H.R. Boeije & R.J. Kleber (2013), 'Bouncing forward of young refugees: a perspective on resilience research directions', in: *European Journal of Psychotraumatology*. Available at <http://www.ejpt.net/index.php/article/view/20124> doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20124>

Smith, P., S. Perrin, W. Yule & S. Rabe-Hesketh (2001), 'War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina', in: *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42 (3) 395-404.

Tedeschi, R.G. (2011), 'Posttraumatic growth in combat veterans', in: *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings*, 18, 137-144.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR, 2015). *Voor het eerst sinds WO II meer dan 50 miljoen mensen op de vlucht*. <http://www.unhcr.nl/home/artikel/e00205c6389b4e81da204cef95984aed/voor-het-eerst-sinds-wo-ii-meer-dan.html>.

Velden, P.G. van der, J. Eland & R.J. Kleber (1994), *De Indische naoorlogse generatie*.  
Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Walsh, F. (2006), *Strengthening family resilience*. New York: The Guilford Press.

Winter, J. (2014), 'Stilte als taal van de herinnering', in: E. Captain en T. Mooren  
(Red.), *Families, generaties en oorlog: historische, psychologische en artistieke  
inzichten* (pp. 26-59). Amsterdam: Nationaal Comité 4 en 5 mei.



# **Durven en doorzetten**

## **Over inhoud en effect van cultuursensitieve traumatherapie**

Dr. Jeroen W. Knipscheer

*De behandelresultaten in de GGZ voor de groeiende groep van zorgvragers uit de populatie migranten en vluchtelingen zijn verontrustend vaak onvoldoende, wat leidt tot substantiële nadelige psychosociale consequenties. Het hanteren van een cultuursensitief perspectief in de behandeling zou deze situatie kunnen verbeteren. Maar wat behelst eigenlijk zo'n cultuursensitieve benadering en vergroot een dergelijke aanpak inderdaad de behandelevaardigheid?*

### **Prevalentie van psychopathologie en toegankelijkheid van zorg**

Divers onderzoek laat zien dat de prevalentie van de belangrijkste psychische stoornissen onder (niet-westerse) allochtone jeugdigen en volwassenen significant omvangrijker is dan onder de autochtone bevolking (e.g., De Wit, et al., 2008; Lindert, Von Ehrenstein, Priebe, Mielck & Brähler, 2009; Missine & Bracke, 2012; Priebe, et al., 2011). In het bijzonder zijn angststoornissen naar aanleiding van schokkende gebeurtenissen substantieel. Traumatische ervaringen in het land van herkomst, een onzekere asielprocedure en de *condición migrante* liggen aan deze verhoogde morbiditeit ten grondslag (e.g., Drogendijk, et al., 2003; Fazal, Wheeler & Danesh, 2005). Op bevolkingsniveau vertaalde de hogere prevalentie van psychische stoornissen onder allochtone groepen zich in eerste instantie niet in een groter zorggebruik; er was jarenlang een ondervertegenwoordiging van deze groepen in de GGZ. De laatste jaren is evenwel sprake van een 'inhaalslag' onder allochtone patiënten in de GGZ (Fassaert et al., 2010): in sommige regio's in Nederland is bij bepaalde culturele groepen zelfs sprake van een relatieve oververtegenwoordiging – hoewel jongeren, en vooral kinderen, minder goed bereikt lijken te worden (De Haan, 2014; Verhulp, 2014). Allochtonen lijken de weg naar GGZ dus steeds beter te vinden, al zijn er nog aanzienlijke verschillen tussen, en binnen, culturele groepen.

Toegankelijkheid van zorgvoorzieningen zegt natuurlijk weinig over de behandelresultaten. Hoewel een *evidence based* behandeling (zoals cognitieve

gedragstherapie) in principe cultuuronafhankelijk werkzaam zou kunnen zijn bij iedere patiënt, is bij niet-westerse migranten de praktijk weerbarstig. Professionals in de GGZ ervaren het contact met (niet-westerse) allochtone patiënten dikwijls als problematisch en onder etnische minderheidsgroepen zijn no-show en drop-out hoog – vaak meer dan het dubbele in vergelijking met autochtoon Nederlandse patiëntengroepen. Behalve een eventuele taalbarrière, worden twee obstakels vaak genoemd bij het behandelen van deze patiënten: de neiging tot somatiseren (een klachtenpresentatie met nadruk op lichamelijke klachten) en het ontbreken van een gemeenschappelijk ziekteverklaringsmodel tussen patiënt en therapeut. Samenhangend met het laatste obstakel, komt commitment aan de behandeling dan moeizaam tot stand (Van Els & Knipscheer, 2015). Bovendien bestaan gerede twijfels over de effectiviteit van *evidence based* en eerste keus behandelingen bij niet-westerse patiënten, zoals traumagerichte cognitieve gedragstherapie en EMDR bij getraumatiseerde migranten en vluchtelingen (Crumlish & O'Rourke, 2010). Allochtonen profiteren zo minder van het zorgaanbod dan autochtonen (e.g., Knipscheer, Drogendijk & Ghane, 2012).

### **Cultuursensitieve behandeling**

In Nederland en internationaal wordt daarom al decennia gediscussieerd over de vraag hoe we de zorg beter kunnen laten aansluiten op de cultureel diverse patiëntengroepen. Er is veel geïnvesteerd om bestaande behandelingen 'cultuursensitief' te maken en professionals culturele competenties te laten verwerven (zie Van Dijk & Ghane, 2013). Maar wat behelst een dergelijke benadering eigenlijk?

Verondersteld wordt dat de relatief minder gunstige psychotherapie-uitkomst onder etnische minderheden deels te wijten is, zoals hierboven gemeld, aan discrepanties tussen ziekte-verklaringen van therapeuten en patiënten (zie Benish, Quitana & Wampold, 2011). Een overeenkomst in etnische achtergrond tussen therapeut en patiënt zou deze kloof overbruggen maar is praktisch gezien veelal niet haalbaar – nog los van de vraag of die *ethnic matching* leidt tot betere hulpverlening (zie Knipscheer & Kleber, 2004a; 2004b). Een meta-analyse (Cabral & Smith, 2011) wees uit dat hoewel etnische minderheden een voorkeur kunnen hebben voor een etnisch gelijke therapeut, het uiteindelijke behandelresultaat onafhankelijk is van de etnische achtergrond van de therapeut. Bovendien geldt dat therapeuten uit etnische minderheidsgroeperingen veelal op dezelfde manier zijn opgeleid als westerse therapeuten. Kennis over specifieke populaties in relatie tot voorkomende psychopathologie kan bijdragen aan een beter begrip van de kenmerken en behoeften van deze bevolkingsgroepen en richting geven aan de



inspanningen om culturele aanpassingen te ontwikkelen. Het zou helpen als de therapeut kennis heeft over andere culturen en over de invloed van migratie op de levensgeschiedenis. Komen er echter patiënten uit veel verschillende culturen in zijn spreekkamer, dan kan hij niet van de specifieke aspecten van al deze culturen op de hoogte zijn – hij is nu eenmaal geen antropoloog. Hoe kan de therapeut zijn repertoire aan *evidence based* behandelingen effectief inzetten bij niet-westerse patiënten?

Cultuursensitiviteit in de zin van respectvolle nieuwsgierigheid naar de betekenis en naar de context van andere, cultuurgebonden klachtbeleving helpt om te komen tot een gezamenlijk behandeldoel en inzet voor behandeling. Een fase van cultuursensitieve exploratie en onderhandeling, voorafgaand aan de behandeling, lijkt dan essentieel te zijn. Deze fase vergroot de kans om de beschreven knelpunten zoveel als mogelijk te voren op te lossen. Allereerst kunnen er taalverschillen te overbruggen zijn. Dit impliceert het inschakelen van een (telefonische) tolk. Het werken met een tolk kan de werkrelatie wezenlijk compliceren – een derde persoon in de spreekkamer (verbaal dan wel daadwerkelijk aanwezig) vergt specifieke aanpassingen in de interactie. Verder kunnen stigma, schaamte en cultuurspecifieke conceptualisaties van trauma en ziekte de communicatie hinderen. De ervaring heeft geleerd dat een contextuele benadering van hulpvragen het meest optimale uitgangspunt voor behandeling biedt. Het gaat daarbij voor een belangrijk deel om het onderzoeken van kaders van betekenisverlening. Een cultuursensitieve vorm van psycho-educatie kan dan worden ingezet om de mogelijke discrepantie tussen verklaringen van de patiënt en de therapeut te verminderen. Andere belangrijke aspecten zijn het herhaaldelijk afstemmen van wat men verwacht en wat de therapeut kan bieden (en wat níet); het gebruik van concrete voorbeelden en metaforen; erkenning van lichamelijke symptomen; en het betrekken van cultuurspecifieke interpretaties in de behandeling. Het therapeutische proces verloopt hierdoor behoorlijk anders, maar met de nodige volharding en creativiteit lijkt de gebruikelijke doeltreffendheid van *evidence based* therapie haalbaar (Knipscheer et al., 2012).

### **Cultuursensitief – maar ook effectief?**

Diverse overzichtsstudies (Benish et al., 2011; Griner & Smith, 2006) rapporteerden superieure effecten voor een cultureel aangepaste behandeling versus niet aangepaste interventies. Benish et al. (2011) wijzen daarbij expliciet op de rol van het eerder genoemde verklaringsmodel van ziekte en gezondheid. De focus hierop verbetert het begrip van de patiënt van zijn problemen, vergroot het inzicht in de interventiemogelijkheden en verbetert de werkrelatie met de therapeut. Deze

studies gaan overigens niet specifiek over de behandeling van psychotrauma, maar zijn voor deze problematiek evenzeer toepasbaar. Een overzichtstudie van Huey en collega's (2014) naar de rol van culturele competenties in *evidence based* behandelingen bij etnische minderheden, levert echter een wat genuanceerder beeld op. Psychotherapie bij etnische minderheidsgroepen blijkt in het algemeen effectief en de behandel-effecten zouden robuust zijn voor diverse culturele groepen en probleemgebieden. De evidentie voor de effectiviteit van culturele competenties blijkt gemixt te zijn: cultureel op maat gemaakte behandelingen zijn veelal doeltreffend en effectief, maar ondersteuning voor culturele competentie als bruikbare toevoeging aan reguliere zorg is twijfelachtig. Dan rijst de vraag of het niet kan zijn dat reguliere interventies het eigenlijk relatief goed doen bij etnische minderheidsgroepen, en of het niet vooral een kwestie is goede voorlichting, psycho-educatie, afstemming en motivatie aan het begin van behandeltraject.

### **Van polarisatie naar differentiatie**

Als we kijken naar de wetenschappelijke literatuur rond de relatie tussen de etniciteit van patiënten en hun zorggebruik door de jaren heen, valt een intrigerende beweging op die loopt van polariserende, bijna exotiserende opvattingen dat 'het allemaal heel anders is bij allochtonen' naar het steeds meer zoeken van empirische ondersteuning van dergelijke assumpties, hetgeen leidde tot meer nadruk op gemeenschappelijkheid tussen culturen en juist differentiatie *binnen* een cultuur. Ging het eerder over 'de allochtoon', nu weten we dat de variatie in aard en ernst van psychopathologie *binnen* een etnische groep groter kan zijn dan die tussen etnische groepen, en dat verschillen in opleiding en sociaal economische status verklarende factoren kunnen zijn. Evenmin blijkt cultuur een homogeen en statisch fenomeen; cultuur is eerder dynamisch en vloeiend (Bauman, 2006). Het proces van acculturatie (het al dan niet overnemen van elementen van een vreemde cultuur wanneer groepen langdurig in direct contact met elkaar staan) speelt hierbij een cruciale rol en is een belangrijke voorspeller voor psychische problemen, maar acculturatie is niet één-dimensioneel. Er zijn allerlei niveaus te onderscheiden en bovendien is het domein-specifiek (zo kan de mate van acculturatie in de privésfeer heel anders zijn dan in het publieke domein). Door deze inzichten zijn eerdere aannames (stereotyperingen bijna) over allochtonen, psychopathologie en zorggebruik, de laatste jaren steeds meer genuanceerd en gelaagd geraakt. Ook de discussie over het al dan niet aanpassen van *evidence based* interventies voor cultureel diverse groepen lijkt deze tendens te volgen. Er is inmiddels veel kennis en expertise ontwikkeld rond de vraag waaruit een cultuursensitieve aanpak zou moeten bestaan. En er zijn aanwijzingen dat

cultuursensitieve interventies de behandel-effectiviteit voor patiënten uit etnische minderheidsgroepen kan verhogen. Tegelijkertijd is evidentie voor de effectiviteit van culturele competenties gemixt. Hoe dan ook laat implementatie van al deze kennis en vaardigheden in de dagelijkse behandelpraktijk nog te wensen over.

Het is daarom hoopvol dat momenteel een landelijke kwaliteitsstandaard voor de GGZ wordt ontwikkeld, waarin alle wetenschappelijke kennis en *best practices* op dit gebied wordt gebundeld en vertaald naar praktisch toepasbare interventies. En dan zouden we er uiteindelijk wel eens op uit kunnen komen dat cultuursensitieve behandeling niet zozeer specifieke behandelvormen of vaardigheden vergt, maar vooral extra eisen stelt aan de algemene vaardigheden. De basisattitude die iedere psychotherapeut dient te hebben (empathie, respect, nieuwsgierigheid, contact maken) lijkt daarbij cruciaal. De kracht van cultuursensitieve psychotherapie ligt dan met name in het vermogen afstand te nemen van het vanzelfsprekende van de eigen manier van denken en doen alsook in het relativeren van het eigen referentiekader. Het is een proces van navigeren langs verschillende betekeniscontexten maar ook van durven en doorzetten – én van openstaan voor de ‘cultuur’ van de patiënt in de meest ruime zin.

## Referenties

- Bauman, Z. (2006), *Liquid Times: Living in an Age of Uncertainty*. Cambridge: Polity.
- Benish, S., S. Quitana & B. Wampold (2011), 'Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth', in: *Journal of Counseling*, 58, 279-289.
- 156 Cabral, R.C. & T.B. Smith (2011), 'Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: a meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes', in: *Journal of Counseling Psychology*, 58 (4), 537-554.
- Crumlish, N. & K. O'Rourke (2010), 'A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers', in: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (4), 237-251.
- Dijk, R. van & S. Ghane (2013), *Culturele competentie en i-psy: naar een plaatsbepaling*. Den Haag: I-Psy.
- Drogendijk, A.N., P.G. van der Velden, R.J. Kleber, B. Christiaanse, S.M. Dorresteijn, L. Grievink, M. Meeuwisse, M. Olff & B.P.R Gersons (2003), 'Turkse getroffen en vuurwerkcramp Enschede: Een vergelijkende studie', in: *Gedrag & Gezondheid*, 31, 145-162.
- Els, H. van & J.W. Knipscheer (2015), 'Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een cultuursensitieve benadering', in: *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 48 (1), 2-29.
- Fassaert, T., M. Nielen, R. Verheij, A. Verhoeff, J. Dekker, A. Beekman & M. de Wit (2010), 'Quality of care for anxiety and depression in different ethnic groups by family practitioners in urban areas in the Netherlands', in: *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 368-376.
- Fazel, M., J. Wheeler & J. Danesh (2005), 'Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review', in: *Lancet*, 365 (9467), 1309-1314.

- Griner, D. & T.B. Smith (2006), 'Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review', in: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43 (4), 531-548.
- Haan, A. de (2014), *Ethnic minority youth in youth mental health care: utilization and dropout*. Enschede: Ipskamp.
- Huey, S. J.C. Tilley, E.O. Jones & C.A. Smith (2014), 'The contribution of cultural competence to evidence-based care for ethnically diverse populations', in: *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 305-338.
- Knipscheer, J.W. A. Drogendijk & S. Ghane (2012), 'Op weg naar een effectieve cultuursensitieve psychotherapie', in: J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (redactie), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 245-262). Den Haag: Boom / Lemma.
- Knipscheer, J.W. & R.J. Kleber (2004a), 'A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care', in: *Journal of Clinical Psychology*, 60, 543-554.
- Knipscheer, J.W. & R.J. Kleber (2004b), 'The importance of ethnic similarity in the therapist-patient dyad among Surinamese migrants in Dutch mental health care', in: *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 273-278.
- Lindert, J., O.S. von Ehrenstein, S. Priebe, A. Mielck & E. Brähler (2009), 'Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis', in: *Social Science and Medicine*, 69, 246-257.
- Missinne, S. & P. Bracke (2012), 'Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries', in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (1), 97-109.
- Priebe, S., S. Sandhu, S. Dias, A. Gaddini, T. Greacen, E. Ioannidis, U. Kluge, A. Krasnik, M. Lamkaddem, V. Lorant, R. Puigpinósi Riera, A. Sarvary, J. Soares, M. Stankunas, C. Straßmayr, K. Wahlbeck, M. Welbel & M. Bogic (2011), 'Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries', in: *BMC Public Health*, 11(1), 187.

Wit, M. de, W. Tuinebreijer, J. Dekker, A. Beekman, W. Gorissen, A. Schrier, B. Pennix, I. Komproe & A. Verhoeff (2008), 'Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam', in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 905 - 912.

158 Verhulp, E. E. (2014), *Mental health service use for adolescents' internalizing problems: A comparison between four ethnic groups in the Netherlands*. Utrecht: University Publishers.

# **Gezondheid als risicofactor voor posttraumatische stress-symptomen: een prospectieve studie**

Prof. dr. Peter G. van der Velden

*Na schokkende of potentiële traumatische gebeurtenissen blijft een deel van de getroffen personen kampen met (ernstige) posttraumatische stress-symptomen. In deze bijdrage staat de vraag centraal in hoeverre het beloop van deze stress-symptomen afhangt van de (psychische) gezondheid vóór deze gebeurtenissen. Daarvoor zijn de longitudinale gegevens, bestaande uit vier metingen, van 365 getroffen personen geanalyseerd. Zij zijn afkomstig uit een representatieve groep volwassen Nederlanders.*

Vrijwel iedereen krijgt vroeger of later te maken met ingrijpende of schokkende gebeurtenissen die levensbedreigend (kunnen) zijn. Te denken valt aan het verlies van dierbaren, ernstige ziekten, geweld en (verkeers-) ongevallen. Wat de gevolgen daarvan kunnen zijn op de korte, middellange of lange termijn voor de mentale gezondheid, is (zeker) in de afgelopen 30 jaar (vgl. Kleber, Brom & Defares, 1986) ruim gedocumenteerd. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de meta-analyses van de prevalenties van de posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij kinderen en volwassenen, de prevalenties PTSS bij kankerpatiënten, de prevalenties van de zogenaamde ‘delayed onset’ PTSS, het voorkomen van PTSS én depressie, en de remissie van PTSS (Alisic et al., 2014; Abbey, Thompson, Hickish & Heathcote, 2014; Darves-Bornoz et al., 2008; Morina, Wicherts, Lobbrecht & Priebe, 2014; Rytwinski, Scur, Feeny & Youngstrom, 2013; Smid, Mooren, Van der Mast, Gersons & Kleber, 2009).

Studies tonen dat de overgrote meerderheid van de getroffen personen te kampen heeft met allerlei stress-symptomen gedurende de eerste dagen of weken. Echter, op groepsniveau neemt de ernst van deze symptomen in de periode erna (sterk) af. Niettemin blijft een deel van de getroffen personen, en dat is meestal een variabele (kleine) minderheid, in ernstige mate last houden van deze stress-symptomen of neemt de ernst ervan toe. Er kan dan sprake zijn van een psychische stoornis, zoals de genoemde posttraumatische stressstoornis, depressie of aanpassingsstoornis (of een combinatie ervan).

In de afgelopen decennia is een zeer groot aantal studies uitgevoerd met als

doel te achterhalen welke factoren verklaren waarom een deel van de getroffen (in ernstige) mate last blijft houden van stress-symptomen. Deze vraag is, ondanks de geboekte vooruitgang, onverminderd actueel gebleken in het onderzoek in de afgelopen 30 jaar. Kortgezegd, gaat het daarbij om onderzoek naar factoren reeds aanwezig vóór de gebeurtenis, die betrekking hebben op de gebeurtenis zelf en die betrekking hebben op de periode erna. Enkele voorbeelden zijn: de ernst van initiële stress-symptomen, problemen met het verwoorden van gedachten of gevoelens, geslacht, cognitieve vaardigheden, peri-traumatische dissociatie, sociale steun na afloop en sociaal kapitaal (Breslau, Chen & Luo, 2013; Bryant, 2003; De Wind & Komproue, 2012; Frewen, Dozois, Neufeld & Lanius, 2008; Guay, Billette & Marchand, 2006; Tolin & Foa, 2006; Van der Velden & Wittmann, 2008). Relatief onderbelicht is de invloed van de gezondheidstoestand van vóór de gebeurtenis op posttraumatische stress-symptomen in de periode erna: zogenaamde ‘pre-event’ (psychische-) gezondheidsklachten. Weliswaar hebben diverse studies onder burgers deze potentiële risicofactor onderzocht en met name bij rampen (vgl. Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Gignac, Cott & Badley, 2003; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003; Yzermans et al., 2005), velen ervan zijn (sterk) gebaseerd op herinneringen zoals life-time prevalenties van stoornissen die op hun beurt (zeer) vertekend kunnen zijn (vgl. Bernard, Killworth, Kronenfeld & Sailer, 1984; Hyman & Loftus, 1998; Schacter, 1999). Dit heeft zeer waarschijnlijk te maken met het feit dat, anders dan bij bijvoorbeeld reddingswerkers en militairen, moeilijk valt in te schatten wanneer mensen geconfronteerd worden met schokkende gebeurtenissen.

Los van deze zaken speelt de vraag welke ‘pre-event’ (psychische) gezondheids-problemen meer of minder inzicht geven in het beloop van posttraumatische stress-symptomen: verschaft bijvoorbeeld een algemene maat voor de ervaren gezondheid meer of minder inzicht of een ander inzicht in dit beloop dan bijvoorbeeld meer specifieke psychische zoals de mate waarin men zich zenuwachtig voelde? Voor zover bekend, is dit nauwelijks onderzocht bij getroffen afkomstig uit een representatieve groep burgers. In dit artikel worden de eerste resultaten gepresenteerd van een prospectief onderzoek naar deze vraag.

### **Deelnemers en onderzoeksmethode**

De deelnemers zijn afkomstig uit het LISS-panel; een zeer groot prospectief onderzoekspanel bestaande uit een representatieve groep van circa 7500 volwassen Nederlanders (zie CentRErdata.nl). Deze groep wordt regelmatig gevraagd deel te nemen aan onderzoek en de resultaten van al die onderzoek zijn te koppelen. In 2012 namen zij allen deel aan een onderzoek van INTERVICT naar schokkende



gebeurtenissen in de afgelopen 2 jaar en posttraumatische stress. Na de baseline meting in april 2012, vonden follow-up metingen plaats na vier en acht maanden. Twee jaar eerder, in november 2010, vond een onderzoek plaats naar de gezondheid. In totaal bleken 2137 mensen in de periode van 2 jaar vóór de baseline meting getroffen te zijn, verdeeld over alle maanden/onderscheiden perioden.

Getroffenen die voor deze studie zijn geselecteerd, hebben deelgenomen aan al deze vier metingen, hebben na de baseline geen nieuwe gebeurtenissen meegemaakt, en zijn geconfronteerd geweest met schokkende gebeurtenissen in de periode 3-12 maanden vóór de baseline-meting (N=365). Omdat gedurende de eerste maanden na schokkende gebeurtenissen sprake is van een snelle daling van symptomen is, op enigszins arbitraire gronden de cesuur gelegd bij 3 maanden (vgl. Morina, Wicherts, Lobbrecht & Priebe, 2014). De gerapporteerde schokkende gebeurtenissen variërenden van geweld (11%), ongevallen en suicide (11%), tot de dood van een dierbare (65.2%).

Van het onderzoek uit 2010 zijn de antwoorden op de volgende twee vragen gebruikt. De vraag over de algemene gezondheid luidde: *Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?*, en de vraag/stelling over gevoelens luidde: *De afgelopen maand was ik erg zenuwachtig*. Voor deze bijdrage zijn op basis van de antwoorden per vraag, en op enigszins arbitraire gronden, de volgende subgroepen samengesteld: een groep die in 2010, dus circa 2 jaar voor onze baseline-meting, hun gezondheid als slecht-matig ( $n^{\text{low}}=67$ ), als goed ( $n^{\text{medium}}=208$ ) of als zeer goed-uitstekend beoordeelde ( $n^{\text{high}}=90$ ). Dit is gebeurd vanwege het kleine aantal respondenten dat hun gezondheid als slecht ( $n=3$ ) beoordeelde. Op dezelfde manier en om dezelfde reden zijn de getroffen en (opnieuw) ingedeeld in subgroepen die vaak-voortdurend ( $n^{\text{high}}=43$ ), die soms ( $n^{\text{medium}}=85$ ) of die zelden-nooit ( $n^{\text{low}}=237$ ) de afgelopen maand zenuwachtig waren.

Vervolgens is het beloop van posttraumatische stress-symptomen (volgens DSM-IV, IES plus arousal items van de IES-R; Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979; Weiss & Marmar, 1997) tussen baseline en de follow-up na 8 maanden geanalyseerd met behulp van mixed effect models. Vanwege verschillen tussen groepen in leeftijd en geslacht, zijn deze variabelen als covariaten in de analyses betrokken. Voor verdere details van dit prospectieve onderzoek wordt verwezen van Bosmans et al. (2015) en Van der Velden et al. (2013).

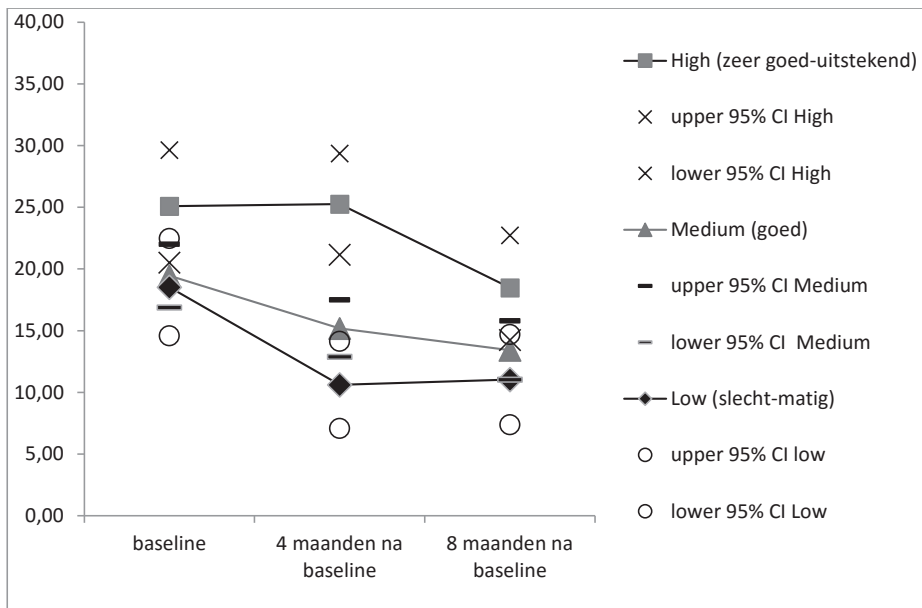
## Resultaten

Het beloop van de gemiddelde scores en 95% betrouwbaarheidsintervallen (upper en lower 95% CI) van gemiddelde scores van posttraumatische stress-symptomen van de onderscheiden groepen, zijn weergegeven in de grafieken 1 en 2.

De grafieken 1 en 2 en de uitgevoerde statistische analyses tonen onder meer het volgende. Over het geheel genomen nemen posttraumatische stress symptomen significant af tussen baseline en de follow-up 8 maanden later ( $F^{\text{gezond}}(431.0)=20.28$ ,  $p < .001$ ;  $F^{\text{zenuw}}(435.2)=17.4$ ,  $p < .001$ ). De subgroepen wijken ook onderling af ( $F^{\text{gezond}}(367.8)=8.06$ ,  $p < .001$ );  $F^{\text{zenuw}}(366.9)=17.6$ ,  $p < .001$ ). Echter, bij algemene gezondheidsklachten is sprake van een significant interactie effect ( $F(431.0)=2.97$ ,  $p=.019$ ): bij getroffen en met een goede-uitstekende gezondheid vóór de gebeurtenis nemen posttraumatische symptomen tussen baseline en eerste follow-up af, in tegenstelling tot degenen met een slecht-matige 'pre-event' gezondheid ( $t^{\text{gezond}}(432.6)=2.82$ ,  $p=.005$ ; zie verder grafiek 1). Bij zenuwachtigheid vóór de meegemaakte schokkende gebeurtenis doet dit patroon zich niet voor (zie verder grafieken 1 en 2).

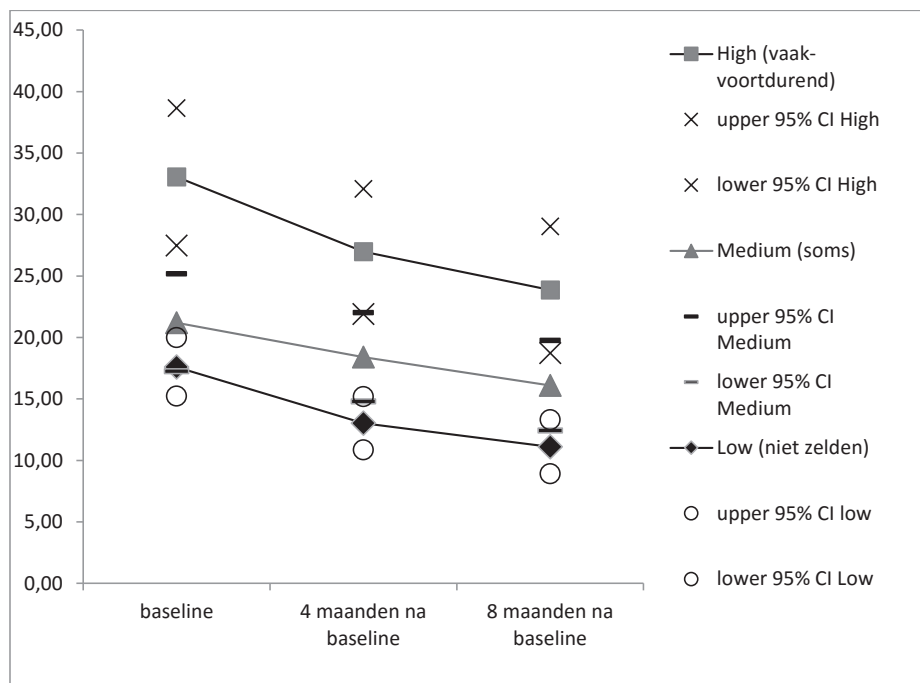
Grafiek 1.

*Algemene gezondheid<sup>1</sup> voor schokkende gebeurtenis<sup>2</sup> en beloop posttraumatische stress-symptomen<sup>3</sup> (N=365).*



Grafiek 2.

Zenuwachtigheid<sup>1</sup> voor schokkende gebeurtenis<sup>2</sup> en beloop posttraumatische stress-symptomen<sup>3</sup> (N=365).



<sup>1</sup> gemeten in 2010, <sup>2</sup> in periode 3-12 maanden voor baseline, <sup>3</sup> gemeten in 2012.

## Discussie

De analyses tonen een significante interactie-effect bij algemene gezondheidsproblemen vóór de gebeurtenis: de verschillen in beloop tussen de onderscheiden groepen doen zich 4 maanden na de baseline voor. Bij getroffen en met een zeer goede-uitstekende 'pre-event' gezondheid nemen de symptomen af, in tegenstelling tot getroffen en met een slecht-matige 'pre-event' gezondheid. Bij zenuwachtigheid vóór de gebeurtenis treedt dit patroon niet op, maar zijn de verschillen tussen de subgroepen 'high' en 'low' op alle metingen pregnanter (zie grafiek 2). Ofschoon verder onderzoek naar dit thema geboden is, suggereren deze resultaten dat beide gezondheidsmaten verschillende inzichten opleveren. Conform de uitkomsten van eerdere studies (vgl. Brewin et al., 2000, Ozer et al., 2003) geven ze inzicht het beloop, maar tonen ze tegelijkertijd dat het patroon van symptomen gedurende

de periode van 8 maanden onderling nogal verschilt. Opvallend is dat getroffen en die erg zenuwachtig waren vóór de gebeurtenis, 8 maanden later nog steeds meer symptomen hebben dan getroffen en die niet of nauwelijks te kampen hadden met 'pre-event' zenuwachtigheid. In hoeverre mensen zich vóór een schokkende gebeurtenis zenuwachtig voelden, lijkt meer inzicht te verschaffen in welke getroffen en voor een langere tijd met ernstige symptomen kampen.

164

Dit betekent dat deze studie aanwijzingen heeft gevonden dat het beloop van posttraumatische stress-symptomen anders is voor getroffen en met bijvoorbeeld een relatief goede of slechte algemene gezondheid dan voor getroffen en die niet of wel erg zenuwachtig vóór de gebeurtenis voelden. Interessant is te onderzoeken in hoeverre getroffen en die kampen met bijvoorbeeld én een slecht-matige gezondheid én zich vaak-voortdurend zenuwachtig voelden, afwijken in het beloop van posttraumatische stress-symptomen van getroffen en die vóór de gebeurtenis noch met algemene gezondheidsklachten kampen noch zich zenuwachtig voelden; verbetert een combinatie van 'pre-event' problemen het onderscheidende vermogen ervan?

De meeste studies naar de invloed van de (psychische) gezondheid vóór de gebeurtenis op posttraumatische stress-symptomen of het beloop van posttraumatische stress-symptomen over een bepaalde periode, 'beperken' zich tot de (psychische) gezondheid op een bepaald moment vóór de gebeurtenis. Deze informatie kan zijn verworven tijdens een prospectieve voormeting zoals bijvoorbeeld bij Gignac et al. (2003) of op basis van retrospectieve vragen over life-time prevalenties. Voor zover bekend, zijn er geen prospectieve studies met meerdere 'pre-event' metingen die daarmee de invloed van prospectief gemeten persistente 'pre-event' (psychische) gezondheidsklachten op posttraumatische stress-symptomen erna hebben bestudeerd. Toekomstige onderzoek zou zich daarop kunnen concentreren, waarbij tevens de eerder genoemde combinatie van verschillende typen (psychische) gezondheidsklachten in ogenschouw worden genomen. Bijzonder interessant hierbij zou zijn om de idee van trajectories van posttraumatische stress-symptomen, zoals oorspronkelijk verwoord door Bonanno in 2004 (Bonanno, 2004; Norris, Tracy & Galea, 2009), te transponeren naar pre-event (psychische) gezondheidsklachten: welke trajectories van pre-event klachten hangen samen met trajectories van post-traumatische stress-symptomen?

## Referenties

- Aaronson, N.K., M. Muller, P.D.A. Cohen, M.L. Essink-Bot, M. Fekkes, R. Sanderman, M.A. Sprangers, A. te Velde, E. Verrrips (1998), 'Translation, validation and norming of the Dutch Language Version of the SF-36 health survey in community and chronic disease populations', in: *Clinical Epidemiology*, 51, 1055–1068.
- Abbey, G., S.B. Thompson, T. Hickish & D. Heathcote (2015), 'A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder', in: *Psychooncology*, 24, 371-381.
- Alisic, E., A.K. Zalta, F. van Wesel, S.E. Larsen, G.S. Hafstad, K. Hassanpour, G.E. Smid (2014), 'Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis', in: *British Journal of Psychiatry*, 204, 335-340.
- Bernard, H.R., P. Killworth, D. Kronenfeld & L. Sailer (1984), 'The Problem of Informant Accuracy: The Validity of Retrospective Data', in: *Annual Review of Anthropology*, 13, 495-517.
- Brewin, C.R., A. Andrews & J.D. Valentine (2000), 'Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults', in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Bonanno, G.A. (2004), 'Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?', in: *American Psychologist*, 59, 20–28.
- Bosmans, M.H.G. & P.G. van der Velden (2015), 'Longitudinal interplay between posttraumatic stress symptoms and coping self-efficacy: A four-wave prospective study', in: *Social Science & Medicine*, 134, 23-29.
- Darves-Bornoz, J.M., J. Alonso, G. de Girolamo, R. de Graaf, J.M. Haro, V. Kovess-Masfety et al. (2008), 'Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey', in: *Journal of Traumatic Stress*, 21, 455-462.

- Gignac, M.A.M., C.A. Cott & E. Badley (2003), 'Living with a Chronic Disabling Illness and Then Some: Data from the 1998 Ice Storm', in: *Canadian Journal on Aging*, 22, 249-259.
- Horowitz, M.J., N. Wilner & W. Alvarez, (1979), 'Impact of event scale: a measure of subjective stress', in: *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hyman, E. & E.F. Loftus (1998), 'Errors in autobiographical memory', in: *Clinical Psychology Review*, 18, 933-974.
- Norris, F.H., M. Tracy & S. Galea (2009), 'Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress', in: *Social Science & Medicine*, 68, 2190-2198.
- Kleber, R.J., D. Brom & P.B. Defares (1986), *Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Morina, N., J.M. Wicherts, J. Lobbrecht & S. Priebe (2014), 'Remission from posttraumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies', in: *Clinical Psychology Review*, 34, 249-255.
- Ozer, E.J., S.R. Best, T.L. Lipsey & D.S. Weiss (2003), 'Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis', in *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Rytwinski, N.K., M.D. Scur, N.C. Feeny, E.A. Youngstrom (2013), 'The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis', in: *Journal of Traumatic Stress*, 2013, 299-309.
- Schacter, D.L. (1999), 'The seven sins of memory: Insights from psychology and cognitive neuroscience', in: *American Psychologist*, 54, 182-203.
- Smid, G.E., T.T. Mooren, R.C. van der Mast, B.P.R. Gersons & R.J. Kleber (2009), 'Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies', in: *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1572-1582.

Velden, P.G. van der, M.H.G. Bosmans & A.C. Scherpenzeel (2013), 'The burden of research on trauma for respondents: A prospective and comparative study on respondents evaluations and predictors', in: *PLOSONE* 8 (10): e77266.

Weiss, D.S. & C.R. Marmar (1997), 'The impact of event scale-revised', in: J.P. Wilson & T.M. Kane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. Guilford Press, New York, US, 399-411.

Yzermans C.J., G.A. Donker, J.J. Kerssens, A.J. Dirkzwager, R.J. Soeteman & P.M. ten Veen (2005), 'Health problems of victims before and after disaster: a longitudinal study in general practice', in: *International Journal of Epidemiology*, 34, 810-819.





## Over de auteurs

### **Dr. Eva Alisic**

Psycholoog-onderzoeker, Landelijk Psychotraumacentrum Wilhelmina Kinderziekenhuis, UMC Utrecht, Utrecht; senior onderzoeker, Monash Injury Research Institute, Monash University, Melbourne, Australië.

### **Drs. Naomi Van Damme**

Klinisch psycholoog, promovenda, managing directeur Child-Flower.

### **Aida Dias, MSc**

Psycholoog, promovenda, Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

### **Dr. Annelieke Drogendijk**

Psycholoog, directeur Stichting Impact, Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen.

### **Mr. dr. Elisa van Ee**

Klinisch psycholoog, jurist, onderzoeker, Psychotraumacentrum Zuid Nederland, Reinier van Arkel, Den Bosch.

### **Juul Gouweloos, MSc**

Psycholoog, promovenda, Stichting Impact, Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen; Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

### **Joris F.G. Haagen, MSc**

Psycholoog, promovendus, Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht; Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen.

### **Dr. Jackie June ter Heide**

Klinisch psycholoog, Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen.

### **Prof. dr. Jos de Keijser**

Klinisch psycholoog, hoogleraar psychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen; GGZ Friesland, Leeuwarden.

**Dr. Kaz de Jong**

GZ-psycholoog, Hoofd Staff Care, Artsen Zonder Grenzen, Amsterdam.

**Dr. Jeroen Knipscheer**

Senior onderzoeker, cognitief gedragstherapeut/psychotherapeut (i.o), Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen; universitair docent, Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

170

**Drs. Jeannette Lely**

Psychotherapeut, promovenda, Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen.

**Dr. Mariel Meewisse**

Klinisch psycholoog, hoofd inhoudelijk beleid stressor- en traumagerelateerde stoornissen GGZ Noord-Holland-Noord, Heilo; Vrijgevestigde Psychologenpraktijk Meewisse, Enkhuizen.

**Dr. Trudy Mooren**

Klinisch psycholoog, Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep, Oegstgeest/Diemen; Universitair hoofddocent, Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

**Drs. Hans Rohlof**

Psychiater en promovendus, Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen.

**Dr. Michaela Schok**

Psycholoog, coach en consultant, Houten.

**Dr. Geert E. Smid**

Psychiater, senior-onderzoeker, Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen.

**Marieke Sleijpen, MSc**

Psycholoog, promovenda, Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht; Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen.

**Dr. Erik L.J.L. de Soir**

Psycholoog-Psychotherapeut, Domein Manager Human Factors & Medicine, Departement Wetenschappelijk en Technologisch Onderzoek bij Defensie, Koninklijk Hoger Instituut voor Defensie, Brussel, België.

**Prof. dr. Peter G. van der Velden**

GZ-psycholoog, hoogleraar Victimologie, INTERVICT, Tilburg University.



## **Dankwoord**

De redactie wil Marleen van de Ven (Arq Psychotrauma Expert Groep) van harte bedanken voor al haar bijdragen aan de totstandkoming van dit boek.

