

## Traumatische rouw

BETEKENISGEVING NA VERLIES

Een interview met Geert Smid

KIND VAN DE REKENING

Verlies van een ouder door fataal huiselijk geweld

'ALLE ELLENDE SMIJT IK WEG'

De kracht van de Invictus Games

DE LEEDVERMAAK TRILOGIE

Marathonvoorstelling over de impact van oorlog



# Inhoud



## Interview met psychiater Geert Smid

8

Foto Nadine Maas



**16** Holly Prigerson: Prolonged Grief Disorder (PGD) is een hechtingsprobleem



**24** Hoe houden we herdenkingsrituelen betekenisvol?



**32** Hoe ervaren deelnemers de Invictus Games?



**36** Psychotrauma in de media



**40** Werken aan wereldwijde mentale gezondheid



## 28 Eric de Vroedt over de *Leedvermaak* trilogie

### EN VERDER

- 4 **impact** **ACHTERGROND**  
Persisterende complexe rouwstoornis
- 12 **impact** **ONDERZOEK**  
Verlies van een ouder door huiselijk geweld
- 15 **impact** **COLUMN**  
Jackie June ter Heide: Het medicijn in de pijn
- 19 **impact** **PERSOONLIJK**  
Hoe overleef je de moord op je zus/dochter?
- 22 **impact** **BEELDVERHAAL**  
Herinneringsproject Namen en Nummers
- 31 **impact** **PORTRET**  
Een onuitwisbare indruk
- 39 **impact** **COLUMN**  
Ilse Raaijmakers: Banaliteit van het goede?
- 43 **impact** **INTERVIEW**  
Haitham Abdulrazak, psychiater uit Irak
- 46 **impact** **BOEKEN**
- 50 **impact** **NtVP**

Ellen Klaassens

Hoofdredacteur Impact Magazine



Eén op de drie mensen wereldwijd krijgt in zijn of haar leven te maken met een onverwacht overlijden van een dierbare. Wanneer dit overlijden niet alleen onverwacht is maar ook plaatsvindt in de context van een traumatische gebeurtenis, u moet dan denken aan moord, zelfdoding, oorlog, terreur, een ongeval, een misdrijf of een ramp, dan spreken wij van een traumatisch verlies. Van alle mensen die te maken krijgen met het traumatische verlies van een dierbare ontwikkelt tien procent psychische klachten die voldoen aan de criteria voor traumatische rouw.

Sinds een aantal jaar brengt Geert Smid, psychiater en onderzoeker bij ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, de begrippen traumatisch verlies en traumatische rouw met een onvermoeibaar enthousiasme onder de aandacht van vele collega's. Per 1 maart 2019 is hij benoemd tot bijzonder hoogleraar 'Psychotrauma, verlies en rouw na rampen en geweld' aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht. Ter gelegenheid van zijn oratie getiteld *Een raamwerk van betekenisgeving na verlies*, op 20 maart 2020, staat dit nummer van *Impact magazine* in het teken van traumatische rouw.

Wat zijn de kenmerken van traumatische rouw? Wat is er anders aan dan 'gewone' rouw? En hoe zit dat met een posttraumatische stressstoornis of een depressie? Wat zijn de risicofactoren? En wat als je traumatische rouwklachten hebt ontwikkeld. Kan je er dan voor behandeld worden?

Antwoord op deze vragen krijgt u in het inleidende artikel geschreven door Paul Boelen, hoogleraar Klinische Psychologie aan de Universiteit van Utrecht/ARQ. De kersverse hoogleraar Geert Smid is geïnterviewd over zijn leerstoel en zijn drijfveren door Miranda Olff, hoogleraar Psychotrauma bij het Amsterdam UMC/ARQ.

Verder vindt u in dit nummer onder andere een interview met regisseur Eric de Vroedt die onlangs begonnen is met de repetities van de geroemde theatertrilogie *Leedvermaak* van Judith Herzberg. Ook kunt u het persoonlijke verhaal lezen van Lucinda van de Ven wier zus, Nadia, 17 jaar geleden vermoord werd. Al met al is deze eerste uitgave van 2020 een mooi en divers nummer geworden en ik hoop dat u zich er, net als ik, op verheugt te gaan bladeren en lezen.

## impact over de psychosociale gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen

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

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

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

**Redactie** Ellen Klaassens (hoofdredacteur), Ingrid van Assouw, Menno van Duijn, Lucia Hoenselaars, Joanne Mouthaan, Bart Nauta, Ilse Raaijmakers en Onno Sinke

**Redactie coördinatie** Marleen van de Ven

**Redactieadres** Nienoord 5, 1112 XE Diemen

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

**Uitgave** 4<sup>de</sup> jaargang, 2020 - nr. 1

**Oplage** 1.300 exemplaren

**Vorm en productie** Bruksvoort Design & Content

**ISSN** 2543-2591

# Persisterende complexe rouwstoornis

De laatste jaren wordt steeds meer onderkend dat verstoorde rouw een stoornis is, anders dan bijvoorbeeld een depressie of PTSS. Wat is verstoorde rouw? Wanneer treedt het op en hoe kun je het behandelen? In dit inleidende artikel licht Paul Boelen de ontwikkelingen rondom 'persisterende complexe rouwstoornis' toe.

## Historische ontwikkeling

Sinds 2013 is persisterende complexe rouwstoornis (PCRS) een officiële term in het psychiatrisch/psychologisch vocabulaire. De opname van PCRS in de DSM-5 toont dat steeds meer onderkend wordt dat rouw vaak 'normaal' verloopt, maar zich soms kan ontwikkelen tot een stoornis. Aan deze opname ging een lange voorgeschiedenis vooraf. Zolang er min of meer serieus onderzoek wordt gedaan naar rouw, zijn er ook min of meer serieuze suggesties gedaan voor kenmerken van verstoorde of pathologische rouw. Termen die tot de jaren '90 gebruikt werden waren 'chronische rouw' (verwijzend naar rouwreacties die langdurig aanhouden), 'uitgestelde

rouw' (rouw die pas maanden of jaren na een verlies opleeft), 'onvoorziene rouw' (rouw verbonden met plotse verliezen), 'onderdrukte rouw' (emotionele pijn die werd verdrongen) en 'ambivalente rouw' (als gevolg van verlies van iemand met wie een sterk ambivalente relatie bestond). Deze termen weerspiegelen de mogelijke verschijningsvormen van moeizame rouw, maar bleken te vaag, te weinig onderbouwd en te discutabel om een diagnostische categorie te worden.

In het midden van de jaren '90 startten Holly Prigerson (zie het interview met haar elders in dit blad) en haar collega's met onderzoek naar kenmerken en gevolgen



Bron: Pexels.com

van verstoorde rouw. In een eerste onderzoek vonden zij dat verschijnselen van wat zij toen gecompliceerde rouw noemden (intens verlangen naar de overledene, preoccupatie met gedachten aan de overledene, zoekgedrag en onvermogen om het verlies te accepteren) zich onderscheidden van depressieve symptomen (apathie, sombere stemming, slapeloosheid en lage zelfwaardering). Ook vonden zij aanwijzingen dat de intensiteit van die rouwreacties veel beter voorspelde hoe mensen er later aan toe waren, dan de intensiteit van depressieve reacties. Eind jaren '90 leidden deze onderzoeken tot een officieel voorstel voor criteria voor opname in de DSM. Deze criteria omvatten zowel verschijnselen van separatie

*Paul A. Boelen*

*Hoogleraar klinische psychologie bij de Universiteit Utrecht en ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum*



## Hoewel er belangrijke verschillen bestaan tussen PCRS en PGD, is de essentie van beide hetzelfde

stress als traumatische stress. Tezelfdertijd deed Mardi Horowitz, vooraanstaand onderzoeker op het gebied van psychotraumatologie, ook een voorstel voor criteria – dat, net als bij Prigerson, gebaseerd was op gedegen onderzoek. Horowitz stelde voor dat pathologische rouw (zoals hij het noemde) bestaat uit een combinatie van intrusieve symptomen en symptomen van ontkenning en vermijding. Prigerson en Horowitz besloten jaren later om hun krachten te bundelen, en stelden in 2009 criteria voor 'Prolonged Grief Disorder (PGD)' voor, met als doel deze op te nemen in de DSM-5 en de ICD-11.

### **De essentie van verstoorde rouw**

De laatste 10 jaar zijn verschillende onderzoeksgroepen enthousiast over elkaar heen gebuiteld in het voorstellen van allerlei sets van criteria. Hoewel er belangrijke verschillen bestaan tussen PCRS en PGD, is de essentie van beide hetzelfde. Verstoorde rouw verwijst in essentie altijd naar verschijnselen die veel mensen na nabij verlies ervaren: intens verlangen naar de overledene, moeite om het verlies te accepteren, gevoelens van betekenisloosheid, moeite om alledaagse activiteiten op te pakken. Bij zogenaamde 'normale rouw' zijn deze verschijnselen heel beperkt aanwezig of nemen die in de loop van de eerste maanden na het verlies af. Bij 'verstoorde rouw' (PCRS, PGD etc.) houden deze verschijnselen lang aan (tot voorbij het eerste jaar na het verlies) en zorgen zij langdurig voor lijden en disfunctioneren.

Belangrijk is ook dat verstoorde rouw (PCRS, PGD etc.) toegevoegde waarde heeft. In termen van symptomen, en dus ook de aard van het lijden, is verstoorde rouw iets anders dan andere problemen zoals depressie of PTSS. Wetenschappelijk onderzoek heeft herhaaldelijk laten zien dat – met allerlei methoden als factor analyses, latent class analyses, en netwerk analyses – symptomen van verstoorde rouw zich onderscheiden van





die van depressie, PTSS, separatieangst en gegeneraliseerde angst. Mensen met verstoorde rouw zitten vast in een verlamd verlangen naar iets wat niet meer is; mensen met depressie in een onvermogen om positieve gevoelens te voelen en mensen met PTSS in waakzaamheid en angst. Ook is aangetoond dat de intensiteit van verschijnselen van verstoorde rouw, los van hoe depressief of angstig iemand zich voelt, samenhangt met functioneren en problemen later in de tijd. Verder knappen mensen met verstoorde rouw maar beperkt op van behandelingen die we normaliter inzetten voor depressie of PTSS. Met andere woorden, verstoorde rouw is ook een belangrijk verschijnsel omdat het om een eigen specifieke behandelaanpak vraagt. Rondom de vraag of rouw ooit een stoornis kan zijn

## De intensiteit van verschijnselen hangt samen met functioneren en problemen later in de tijd

bestaat controversie. Het ene kamp in het debat stelt dat rouw altijd een normaal verschijnsel is en dat rouw gemedicaliseerd dreigt te worden door te stellen dat er zoiets bestaat als een rouwstoornis. Het andere kamp stelt grofweg dat het juist goed is om te proberen verstoorde rouw heel precies te definiëren, omdat dat helpt om aan te wijzen wie professionele hulp nodig heeft en wie niet. Dat is mijns inziens een verdedigbaar standpunt. Er gaan nog te vaak (professionele en niet-professionele) hulpverleners op rouwende mensen af die helemaal geen hulp nodig hebben, terwijl mensen die forse problemen hebben in hun rouwproces lang niet altijd de weg naar goede hulp kunnen vinden. De weg

naar hulp wordt geblokkeerd als mensen ten onrechte denken dat er aan hun intense rouw niet zoveel te doen is, of wanneer die intense rouw aangezien wordt voor een depressie of een PTSS – en de hulp zich daarop, in plaats van op die intense rouw, richt. Heldere criteria voor verstoorde rouw helpen om de mensen die professionele hulp nodig hebben in hun rouwproces op te sporen en op specifieke wijze te kunnen behandelen.

### Wanneer treedt verstoorde rouw op?

Er zijn diverse factoren die van invloed zijn op de intensiteit van rouwreacties en het herstel daarvan. Een eerste groep factoren omvat de kenmerken van het verlies. Meer nabije verliezen (van een partner of een kind) leiden vaker tot intense rouwreacties dan verliezen van mensen die meer op afstand stonden. Verliezen die plotseling en/of onder traumatiserende omstandigheden plaatsvinden, leiden vaker tot problemen dan verliezen ten gevolge van natuurlijke oorzaken. De term 'traumatische rouw' is relevant in dit verband: traumatische rouw verwijst naar een combinatie van intense rouwreacties en traumatische stressreacties, in de nasleep van traumatische verliezen.

Ook persoonskenmerken van nabestaanden zijn van invloed op de intensiteit van rouwreacties. Mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor angst, spanning en depressie hebben meer kans op verstoorde rouw. Dat geldt ook voor mensen met een angstige hechtingsstijl, gekenmerkt door een negatief zelfbeeld en weinig vertrouwen in relaties. Ook de omstandigheden na het verlies zijn belangrijk. Mensen die na een verlies goede ondersteuning, ruimte om te rouwen en aanmoediging krijgen om door te gaan – en voor wie het verlies geen bijkomende financiële, juridische of andere stressoren meebrengen – herstellen beter dan mensen voor wie dit niet geldt.

Psychologische factoren spelen vanzelfsprekend ook een rol bij het ontwikkelen of afwenden van verstoorde rouw. De betekenis die mensen aan een verlies toekennen en hoe mensen na een verlies denken over zichzelf, het leven, en de toekomst is zo'n psychologische factor. De wijze waarop mensen met de gevolgen van het verlies omgaan – emotie regulatie strategieën en coping strategieën zijn relevante begrippen in dit verband – is ook zo'n psychologische factor. In vergelijking met kenmerken van het verlies, persoonskenmerken en omstandigheden na het verlies hebben deze psychologische factoren een (veel) grotere invloed op de gevolgen van verlies. Juist die psychologische factoren zijn goed aan te pakken met de juiste begeleiding en behandeling.

## De weg naar hulp wordt geblokkeerd als mensen ten onrechte denken dat er aan hun intense rouw niet zoveel te doen is

### Begeleiding en behandeling

Ongeveer de helft van de mensen die met een nabij verlies wordt geconfronteerd herstelt probleemloos. Dat zijn mensen die weliswaar geraakt zijn door hun verlies maar geen professionele ondersteuning nodig hebben. Er zijn zelfs aanwijzingen dat deze mensen er slechter van worden als je ze dergelijke 'hulp' toch geeft. Om en nabij 10% van de mensen krijgt wel serieuze psychische problemen waar professionele zorg voor is aangewezen. Het gaat dan om PCRS, PTSS en depressie – maar het kan ook samengaan met allerlei andere problemen (alcoholgebruik, ernstige psychiatrische aandoeningen) die na de dood van een partner of kind ineens fors opleven. Dat zijn de mensen die we in de GGZ snel herkennen aan hun lijden en disfunctioneren, zij het dat we de diagnose PCRS vermoedelijk nog vaak missen.

Zo'n 40% van de mensen zit tussen deze twee groepen in; het zijn de mensen die het zwaar hebben in de eerste maanden na een verlies, maar die nog wel een goede kans maken om te herstellen. Dit is de groep die we moeten zien te herkennen om goede preventieve zorg te kunnen bieden. Die preventieve zorg is nog schaars; een boeiende opgave voor onderzoekers is om te helpen om die groep op te sporen. Wat kenmerkt mensen die dreigen vast te lopen? Het lijkt erop dat het mensen zijn die een ernstiger verlies meemaken (een plots verlies van een nabij persoon) en die vanaf het begin al flink in de put zitten (hoe intenser de rouw vroeg in het proces, hoe intenser de rouw later). En wat kunnen we die

mensen bieden? Het lijkt erop dat dat geen intensieve op verwerking gerichte therapie hoeft te zijn, maar wel interventies die vertrouwen in de eigen persoon, het leven, de toekomst versterken, interventies die aansporen om het verlies onder ogen te zien en die helpen om betekenisvolle bezigheden te blijven doen. Daar valt nog een wereld te winnen.

Psychotherapeutische hulp voor de (ca.) 10% die vastloopt is steeds meer voorhanden. De best onderzochte interventies zijn cognitief gedragstherapeutische interventies, waaronder exposure, cognitieve herstructurering en gedragsactivering. Deze interventies richten zich op, respectievelijk, stilstaan bij de pijn en realiteit van het verlies, verminderen van zelf ondermijnende cognities en betekenisverlening, en versterken van vervullende activiteiten. Deze interventies laten zich goed aanvullen met schrijfp opdrachten en experimentele interventies (zoals de imaginaire conversatie met de overledene). Cognitieve gedragstherapie is, mits sensitief toegepast, met empathie voor het reële lijden dat verlies met zich mee kan brengen, effectief voor velen. Tegelijkertijd profiteert een substantieel deel van de mensen die behandeling nodig heeft na verlies hiervan nog te weinig. Naast het ontwikkelen van goede preventieve interventies, is een tweede opgave voor onderzoekers en klinici om de zorg voor die mensen, die onvoldoende profiteren van bestaande psychotherapeutische benaderingen, te verbeteren. De uitdaging is er vooral voor het beter begrijpen van ernstig verstoorde rouw, verbonden met meerdere traumatische verliezen en gekenmerkt door een ingewikkeld samenspel van PCRS, PTSS en depressie. Uiteindelijk zou dat moeten leiden tot een compleet zorgcontinuüm waarin zowel vroege signalering en preventie, als begeleiding en behandeling, en intensieve zorg voor zeer ernstige klachten na verlies een plek hebben.

### REFERENTIES

Boelen, P.A. (2019). Traumatische rouw na traumatisch verlies. *Impact Magazine*, 2019, nr 2, 7-9.

Boelen, P.A., & Smid, G.E. (2017). Disturbed grief: Prolonged Grief Disorder (PGD) and Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD). *British Medical Journal*, 357. doi:10.1136/bmj.j2016.

De Keijser, J., Boelen, P.A., & Smid, G.E. (Red.) (2018). *Handboek traumatische rouw*. Amsterdam: Boom.

Lenferink, L.I.M., Boelen, P.A., Smid, G.E., & Paap, M.C.S. (2019). The importance of harmonising diagnostic criteria sets for pathological grief. *British Journal of Psychiatry*, 1-4. doi:10.1192/bjp.2019.240



Foto Nadine Maas

Geert Smid

## Interview met Geert Smid

# Psychotrauma, verlies en rouw na rampen en geweld

Traumatische rouw is al jaren het aandachtsgebied van Geert Smid, psychiater en plaatsvervangend opleider bij ARQ Centrum'45. Op 20 maart spreekt hij zijn oratie uit ter aanvaarding van de door ARQ ingestelde bijzondere leerstoel *Psychotrauma, verlies en rouw na rampen en geweld*, gevestigd aan de Universiteit voor Humanistiek. Tijd voor een interview met deze gepassioneerde psychiater die met beide benen in de praktijk staat en zoekt naar de betekenisgeving rondom traumatisch verlies.



Miranda Olff

Amsterdam UMC (AMC), afdeling Psychiatrie, & ARQ  
Nationaal Psychotrauma Centrum; hoofdredacteur  
European Journal of Psychotraumatology en voorzitter  
Global Collaboration on Traumatic Stress



## Wat je ook veel ziet is dat positieve herinneringen aan de overledene naar de achtergrond verdwijnen

### **Gefeliciteerd met deze prachtige benoeming. Wat bracht je eigenlijk op dit onderwerp? Speelde dat al bij je promotieonderzoek?**

'Mijn promotieonderzoek over uitgestelde PTSS en stress sensibilisatie na trauma vestigde de aandacht op een belangrijk aspect van betekenisgeving. Vroegere traumatische ervaringen kunnen een toegenomen gevoeligheid geven voor nieuwe stressvolle ervaringen. De betekenis van de nieuwe ervaringen wordt beïnvloed door de oude ervaringen. En ook omgekeerd, de oude ervaringen komen door de nieuwe ervaringen in een nieuw licht te staan en worden daarmee soms bedreigender of minder acceptabel.

Ik kwam erachter dat de discussie over uitgestelde reacties, die bij PTSS speelde, ook speelt bij rouw. Het viel me op dat die discussie op veel kleinere schaal werd gevoerd. Zowel mijn promotieonderzoek als mijn klinische werk confronteerde me ermee dat aandacht voor rouw heel beperkt was. Toen kreeg ik er lucht van dat er voor de DSM-5, die nog niet verschenen was - mijn promotie was in 2011, DSM-5 verscheen in 2013 - een rouwstoornis in de maak was. Ik vond dat heel terecht. Ik vond dat de beperkte aandacht voor rouw zou kunnen leiden tot een miskennis van de potentiële effecten van rouw op het ontstaan of toenemen van psychopathologie.

Door goede samenwerkingsrelaties en ook doordat de vliegcrash met de MH17 de urgentie van het onderwerp in Nederland voelbaar maakte kwam het allemaal in een stroomversnelling. Er ontstond een expertiseteam traumatische rouw bij ARQ Centrum'45, een research track - momenteel met twee promovendi - en het ARQ Kenniscentrum Traumatische Rouw (rouw.arq.org). We ontwikkelden diagnostische en behandelinterventies om verschillende doelgroepen geconfronteerd met traumatisch verlies te kunnen helpen, waaronder rampgetroffenen, geüniformeerden en vluchtelingen.'

### **Hoe is een rouwstoornis verschillend van PTSS? Trauma zou je toch ook als een verlieservaring kunnen zien, al is het maar van het gevoel van veiligheid, het vertrouwen in mensen?**

'Bij de rouwstoornis staat emotionele pijn om het verlies van een dierbare voorop, lang na het overlijden. Bijvoorbeeld groot gemis of sterk verlangen. Mensen met een rouwstoornis zijn in hun gedachten steeds bezig met de dierbare of de omstandigheden waarin deze overleed. Zij voelen zich overstelpt door de nare gevoelens die dit oproept. Schuldgevoelens, woede en een wens tot hereniging kunnen daar bijkomen. Wat je ook veel ziet is dat positieve herinneringen aan de overledene naar de achtergrond verdwijnen, soms lijken die te pijnlijk omdat zij het gemis zo aanwakkeren. Mensen kunnen het gevoel hebben dat een deel van henzelf is gestorven samen met de dierbare. Wij werken veel met vluchtelingen en daarbij hoor je veel verhalen over geweld en doden. Voor de hulpverlener is het dan belangrijk om door te vragen: wie waren er dood, waren dat mensen die u goed kende? Als een specifieke persoon wordt genoemd is het goed om de voornaam na te vragen. Daardoor ontstaat er meer nabijheid in het contact en kunnen vragen omtrent gemis en pijn makkelijker aan de orde komen.'

### **Toen ik afgelopen zomer sprak op het MH17 congres - vijf jaar na de ramp - waren veel mensen erg positief over de steun van hulpverleners, vroeg na de ramp maar ook later in de behandeling. Maar wat bij mij bleef hangen was dat er ook iemand nog erg verdrietig en boos was dat met wat voor behandeling ook ze haar familielid niet terugkreeg. Kun je dus wel echt iets betekenen als het verlies als zo onrechtvaardig ervaren wordt?**

'Ik geloof inderdaad dat de dood aan onze sterkste morele overtuigingen raakt. Gevoelens van onrecht, boosheid, soms sterke gedachten over wraak komen daarom veel voor evenals zelfverwijt en schuldgevoel. De hardnekkigheid van zulke gevoelens hangt waarschijnlijk samen met het feit dat ze een soort alternatief scenario oproepen, waarin de dierbare niet dood is omdat de gang van zaken anders was geweest. Daarmee verdwijnt de realiteit van het verlies een beetje

uit beeld en dat maakt de gevoelens voorspelbaar. Wat de therapeut vooral kan doen als mensen behandeling zoeken is de realiteit van het verlies vooropstellen en de gevoelens die dat oproept de ruimte geven – gevoelens van verdriet, de pijn van het verlies. Dat is confronterend, maar uiteindelijk het meest effectief. De angst voor de heftige gevoelens neemt daardoor af. Mensen worden weer meer vertrouwd met hun eigen gevoel. Het verdriet krijgt een plaats, zeggen wij in Nederland. Het verdriet gaat niet weg, maar het wordt deel van het leven. Rouwgerichte behandeling is vaak heel effectief, hoewel niet voor iedereen.’

## Het verdriet gaat niet weg, maar het wordt deel van het leven

**De Universiteit voor Humanistiek (UvH) is een kleine universiteit in Utrecht, die zoals ik begrijp, zich laat inspireren door het humanisme en zich richt op eigentijdse vragen rondom zingeving, levensbeschouwing en de inrichting van een menswaardige samenleving. Waarom is dit voor ARQ een mooie samenwerkingspartner om kennis over traumatische rouw verder te ontwikkelen?**

‘ARQ en de UvH zijn twee mondiaal unieke instellingen in Nederland, een voor psychotraumazorg en een voor humanistische geestelijke verzorging. Beide instellingen hebben een centrale kennisfunctie. De Tweede Wereldoorlog vormde bij het ontstaan van beide instellingen een vertrekpunt. Geloof in menswaardigheid en de kracht van solidariteit en saamhorigheid kenmerkt beide instellingen.

De UvH leidt humanistici op. De meeste ervan zijn werkzaam als geestelijk verzorgende, verder zijn er zorgethici, celebranten (priesters) en zijn alumni in vele andere academische functies werkzaam. De focus van de UvH ligt op een zinvol leven in een zorgzame en rechtvaardige samenleving. Zingeving en humanisering zijn kernelementen van een geïntegreerd zorgnetwerk traumatische rouw waar de leerstoel aan wil bijdragen. Wat mij aantrok, was de levensbeschouwelijke oriëntatie die bij een onderwerp als rouw van belang is, zonder religieuze exclusiviteit.’

**Dat klinkt alsof je wel ergens in moet geloven?**

‘Nou nee, niet echt. Humanistiek is studie van het humanisme en humanisme is er in veel vormen. Vroegere humanisten waren soms uitgesproken atheïsten. Wel is er een geloof in de waarde van de mens, het

belang van waardigheid, vrijheid, autonomie. In de Renaissance ontwikkelde het humanisme zich als een ethiek van vertrouwen in de menselijke natuur, zoals de historicus Renaudet omschreef, en contrasteerde daarmee met het geloof waarin juist de menselijke zondigheid en het menselijk tekort voorop stonden.’

**Waar gaat jouw hart sneller van kloppen? Wat is de puzzel die jij echt wilt oplossen met behulp van jouw leerstoel?**

‘Wat mij enorm intrigeert, is ambiguïteit. Vanuit het traumaperspectief zijn wij vaak bezig met informatie die bedreigend is, onverdraaglijk, onacceptabel, informatie die men liever kwijt dan rijk is. Ambiguïteit is onbepaaldheid, niet weten, en dat kan evenzeer kwellend zijn. Bij ambigu verlies bijvoorbeeld. Volgens sommigen is angst voor het onbekende de meest fundamentele menselijke angst. Maar het gaat niet alleen om angst, het gaat om een brandend verlangen, een allesoverheersende wens om te weten. Bij soms levenslange zoektochten naar vermiste personen, of andere queesten naar de waarheid omtrent bepaalde gebeurtenissen. Gehechtheid speelt daarbij een rol, aan een persoon, of aan een waarde of sociaal belang, zoals rechtvaardigheid. Culturele waarden en rituelen zijn nauw verbonden met ambiguïteit, zij zijn een soort omgangsvorm ermee.’

**Nu weet ik ‘toevallig’ dat je als Guest editor voor *European Journal of Psychotraumatology* samen met collega Paul Boelen een heel special issue<sup>1</sup> aan het thema gewijd hebt. Is het vraagstuk dan nu niet opgelost? Wat zijn je plannen nog voor komende jaren?**

‘Het was een voorrecht aan het special issue helemaal gericht op dit thema te werken. Maar nee, we staan nog maar aan het begin. En daarmee bedoel ik niet alleen het begin van mijn leerstoel, maar vooral het begin van een periode waarin de rouwstoornis als officiële diagnose is erkend (sinds 2018 door de Wereldgezondheidsorganisatie). Ik ben een van de redacteurs van het *Handboek Traumatische Rouw*, verschenen in 2018, dat een bijdrage heeft geleverd aan kennisverspreiding omtrent traumatische rouw, inclusief de nieuwe diagnose persisterende complexe rouwstoornis (PCRS) in de DSM-5.

Dat is misschien gek als je je realiseert dat rouw zo oud is als de mensheid. Maar er valt echt heel veel te ontdekken en te ontwikkelen. Bij het geven van verdere invulling aan de leerstoel staat onderzoek voorop.

1 Boelen P.A., Olf, M & Smid G.E. (2019). Traumatic loss: Mental health consequences and implications for treatment and prevention. *Eur J of Psychotraumatology*, 10, <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1591331>



Foto Nadine Maas

Onderzoek ten behoeve van specialistische zorg, het zorgnetwerk en cultuursensitieve zorg. Maar ook onderzoek naar rouw na zelfdoding en euthanasie wegens psychische aandoeningen en naar ambigu verlies in een globale context.'

## Het gaat om een brandend verlangen, een allesoverheersende wens om te weten

**Dat lijken me zeer gevoelige onderwerpen? Hoe pak je dat aan? Ten tijde van dit interview kwam net het onderzoek naar buiten van UvH-collega's over hoeveel mensen een doodswens koesteren, indrukwekkende cijfers.**

'Het is altijd mijn ambitie dat mijn onderzoek niet alleen klinische, maar ook maatschappelijke relevantie heeft. Voor maatschappelijk gevoelige onderwerpen heeft *mixed methods* onderzoek – waarin informatie zowel kwantitatief als kwalitatief wordt geanalyseerd – vanuit verschillende disciplines meerwaarde. Daarmee kan een gedifferentieerd perspectief zo goed mogelijk worden gewaarborgd. Het geruchtmakende rapport van UvH-collega Els van Wijngaarden is voorafgegaan door indrukwekkend *mixed methods* onderzoek. Zij consta-

teert daarin een 'bedrieglijke harmonie' van de term 'voltooid leven'. Dat heeft ongetwijfeld bijgedragen aan een gedifferentieerde visie op het complexe onderwerp. Wat mij erg trof was de behoefte onder 55-plussers aan erkenning en begrip voor gevoelens en goede gesprekken met een hulpverlener.'

### **Hoe kom jij het ARQ-hooglerarenteam versterken?**

'Ik vind het heel mooi hoe ARQ een team van hoogleraren uit verschillende disciplines opbouwt. Een historicus, psychologen, psychiaters – een eer om daarvan deel uit te mogen maken. Het onderzoek van de ARQ-hoogleraren heeft natuurlijk veel onderlinge raakvlakken en soms overlap. Ik denk dat bij mij een zwaartepunt ligt bij betekenisgeving en klinische praktijkgerichtheid. Ik ben de eerste ARQ-hoogleraar die – gezien vanuit ARQ-perspectief – van binnenuit is gekomen en vanuit ARQ de verbinding met een universiteit is aangegaan. Het maakt voor mij duidelijk hoezeer het gedachtegoed van waaruit psychotrauma-zorg in Nederland is gegroeid actueel is en zich steeds door actuele inzichten wil versterken.'

*Op 20 maart 2020 sprak de kersverse professor zijn inaugurele rede uit, getiteld: "Een raamwerk van betekenisgeving na verlies".*





Bron: Shutterstock

Verlies van een ouder door fataal huiselijk geweld

# Kind van de rekening

*‘Toen ik drie maanden oud was, heeft mijn vader mijn moeder vermoord. Hij werd veroordeeld voor doodslag en zat drie van zijn acht jaar gevangenisstraf uit. Tijdens de opsluiting van mijn vader waren mijn broers en ik gescheiden en wij brachten die jaren bij familie vrienden en familieleden door. Hoe en waarom precies dit is besloten, heb ik nooit kunnen achterhalen. Toen mijn vader werd vrijgelaten, werden mijn broers en ik bij hem teruggeplaatst in het ouderlijk huis - het toneel van de misdaad en een plek die meer als een gevangenis voor mij voelde dan iets dat leek op een warme omgeving... Mijn jeugd werd gekenmerkt door stilzwijgen, schaamte, angst, machteloosheid, gebrek aan keuzevrijheid en gebrek aan informatie. Ik ben ervan overtuigd dat als ik voldoende steun had gekregen en mij was gevraagd wat ik nodig had, mijn leven er heel anders uit zou hebben gezien.’<sup>1</sup>*

Kinderen die een ouder verliezen door fataal huiselijk geweld (partnerdoding) hebben in een keer meerdere verliezen te verwerken. Een ouder is overleden. Vaak is de andere ouder de dader en in hechtenis genomen of soms overleden als gevolg van suicide. Het huis is meestal de plaats delict. Verhuizen betekent soms ook veranderen van school en dus van sociale omgeving. Partnerdoding houdt voor de kinderen ook verlies in van een eerdere identiteit; nu zijn ze opeens het kind van een slachtoffer en/of dader.

Het ondersteunen van kinderen na partnerdoding heeft veel voeten in de aarde en gaat over steun bij alle bovengenoemde verliezen. Juist degenen die het kind het meest nodig zou hebben, de ouders, zijn hiervoor niet beschikbaar. Om de ondersteuning goed vorm te geven, is uiteraard kennis nodig van wat de ervaringen en behoeften zijn van kinderen en hun omgeving na partnerdoding. Er is vrij weinig bekend over deze kinderen, aangezien het om relatief kleine aantallen gaat en onderzoek doen met deze kwetsbare groep veel barrières kent. Zo is het altijd een uitdaging om kinderen en jongeren te mogen vragen naar hun visie; ethische commissies, voogden en huidige verzorgers hebben begrijpelijkerwijze de behoefte om deze kinderen te beschermen. Dit staat echter op gespannen voet met het VN Kinderrechtenverdrag (art. 12) dat bepaalt dat kinderen het recht hebben hun mening te geven over beslissingen die hen aangaan.

## Impact partnerdoding op kinderen

Uit de beschikbare internationale literatuur komt naar voren dat de impact op kinderen niet alleen psychisch is, maar ook sociaal, fysiek en educatie gerelateerd: van posttraumatische stressklachten en rouw tot het moeilijk kunnen hechten aan nieuwe verzorgers, chronische ziekten en verminderd presteren op school.<sup>2</sup>

## Posttraumatische stress, gedragsproblemen, rouwklachten en verminderde kwaliteit van leven

In 2014 hebben we uitgebreid onderzoek gedaan naar Nederlandse kinderen die getroffen zijn door partnerdoding. We identificeerden 257 kinderen die tussen 2003 en 2012 een ouder verloren hadden, bestudeerden zo veel mogelijk van hun dossiers (ongeveer 170) en hielden interviews met 69 kinderen, jongeren en verzorgers (waarvan sommigen een doding mee hadden gemaakt voor 2003 of na 2012).<sup>3</sup>

In bijna negentig procent van de dodingen was de moeder het slachtoffer. In de overgrote meerderheid was er waarschijnlijk of zeker sprake van een geschiedenis van huiselijk geweld in het gezin, ook al bleek dat voor meer dan veertig procent pas achteraf. Ongeveer driekwart van de partnerdodingen vond thuis of, na een scheiding, in een van de thuissituaties plaats. Vaak werd een steekwapen gebruikt, wat bijzonder nare beelden kan geven, terwijl de meeste kinderen waarschijnlijk iets van de doding hebben meegekregen: van maar zo'n veertig procent kon met zekerheid vastgesteld worden dat ze *niet* direct blootgesteld waren aan de doding. Al met al schetst dit een beeld van langdurige en bijzonder ontwrichtende ervaringen voor de kinderen.

De psychosociale gevolgen voor de kinderen in ons onderzoek waren begrijpelijkerwijs aanzienlijk. Bij ruim tachtig procent van de kinderen signaleerden professionals op enig moment na de doding stressklachten. De dossiers en andere onderzoeksgegevens spraken van posttraumatische stress, gedragsproblemen, rouwklachten en verminderde kwaliteit van leven. Interessant genoeg waren de rouwklachten in de groep kinderen die deelnam aan de interviews beperkt ten opzichte van een vergelijkingsgroep van kinderen die een dierbare hadden verloren door bijvoorbeeld ziekte of een ongeluk. Een mogelijke verklaring is dat de interviews veelal meerdere jaren na de doding plaatsvonden. Daar staat tegenover dat verzorgers die ook familie waren van de kinderen na al die jaren nog wél sterke rouwklachten rapporteerden. Ook was het gezinsfunctioneren voor de helft van de gezinnen een zorg. De lange termijn impact kwam verder ook sterk naar voren, bijvoorbeeld de continue angst die gezinnen ervoeren met betrekking tot de vrijlating van de dader en conflicten tussen familieleden over de kinderen. De geïnterviewden identificeerden ook factoren die bijdroegen aan het welzijn van de kinderen en het gezin: ondersteuning voor en continuïteit in de plaatsing

Eva Alisic

Universitair hoofddocent aan de Universiteit van Melbourne, gefinancierd door een Australian Research Council Future Fellowship



Arend Groot

Maatschappelijk werker en onderzoeker in het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (WKZ/UMC Utrecht)



van de kinderen, plaatsing bij vertrouwde familie, goed met elkaar kunnen praten en, waar relevant, goed contact tussen de beide kanten van de familie.

Al met al ervaren de betrokkenen jaren na dato nog een fragiel evenwicht. Hun verhalen waren bijzonder aangrijpend, maar ook inspirerend door de manier waarop men onder extreme omstandigheden het leven voor de kinderen toch weer op de rails kreeg. Hierbij moeten we wel benadrukken dat gezinnen van kinderen met wie het beter ging vaker in het onderzoek leken te participeren dan gezinnen van kinderen die het moeilijker hadden. Toch zagen we veel variatie in visies, zelfs tussen gezinsleden. Zo konden kinderen binnen hetzelfde gezin verschillen in hun mening over hun dader-ouder en of ze wel of geen contact wilden en zagen we verschillen die samenhangen met ontwikkelingsfasen (bijvoorbeeld meer reflectie op identiteit in de puberteit dan in eerdere fasen).

### Conclusies onderzoek

Onze ervaringen en bevindingen leidden tot zes conclusies, die ook te vinden zijn in het rapport:

1. *Elke plaatsingsoptie kan goed uitpakken, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Essentieel zijn het voorkomen of reduceren van strijd en conflict tussen de betrokken families en het ondersteunen van verzorgers in hun nieuwe rol. Een (voorlopige) voogdijmaatregel kan ruimte bieden om goed aan te sluiten bij de belangen van het kind.*
2. *Het is belangrijk dat ieder kind zijn eigen beeld en mening kan vormen van de dader-ouder, en daarbij zo neutraal mogelijk begeleid wordt. Kinderen mogen in geen geval gedwongen worden tot wel of geen omgang met de dader-ouder.*

3. *Verzorger zijn na partnerdoding is een grote belasting. Verzorgers verdienen daarom niet alleen ondersteuning bij het vervullen van hun nieuwe rol, maar ook ter bevordering van hun eigen welzijn.*
4. *Veranderingen in plaatsing, gezag, juridische uitkomsten van een strafrechtproces, verlof, omgang met, en vrijlating van de dader-ouder leveren telkens opnieuw een aanslag op de stabiliteit van de situatie van de kinderen. Dit kan om een intensivering of nieuwe inzet van ondersteuning vragen.*
5. *Het is belangrijk om hulpverleners te trainen in basisaspecten van communicatie over de doding, begeleiding bij het afscheid nemen, en dergelijke. Bovendien dient bij de diagnostiek niet alleen naar trauma- en rouwklachten gekeken te worden, maar ook naar het dagelijks functioneren in de breedte, inclusief het gezinsfunctioneren.*
6. *Het is belangrijk om kinderen en verzorgers een duidelijke stem in de besluitvorming te geven; partnerdoding ontnemt kinderen in veel opzichten de controle over hun leven. De wensen en behoeften van kinderen kunnen mee veranderen met hun eigen ontwikkeling en met veranderingen in de situatie omtrent de partnerdoding.*

Met betrekking tot de eerste twee punten lijkt een samenhang te bestaan; we zijn nu aan het onderzoeken of het inderdaad minder waarschijnlijk is dat een kind contact heeft met de dader-ouder als het bij familie van het slachtoffer is geplaatst, en vice versa. Met betrekking tot het laatste punt kan contact of omgang met de dader-ouder niet bij voorbaat als gezond of schadelijk worden gezien. Kinderen kunnen belangrijke redenen hebben waarom ze met hun ouder willen praten (bijvoorbeeld om vragen te stellen over wat er is gebeurd) en de reactie van de omgeving speelt een belangrijke rol in hoeverre kinderen loyaliteitsconflicten ervaren. Ook het ouder-kind contact voor de doding speelt daarin mee. De mening van kinderen en verzorgers helder krijgen, en het zorgvuldig afwegen van hun visie en behoeften, is een van de belangrijkste bijdragen die hulpverleners kunnen leveren, niet op één moment maar als terugkerend gespreksonderwerp door de tijd heen. Overigens betekent dat bij jonge kinderen niet alleen het verbaal vragen naar die mening maar bijvoorbeeld ook het observeren van hun gedrag.

### **Nieuwe ontwikkelingen**

Sinds het onderzoek zijn er twee belangrijke ontwikkelingen geweest in dit specifieke veld in Nederland. Ten eerste is er een wetswijziging geweest die inhield dat

## Het is moeilijk om van ‘verwerking’ te spreken bij partnerdoding

de Raad voor de Kinderbescherming altijd een onderzoek doet gevolgd door een voorstel voor al dan geen contact of omgang met de dader-ouder. De kinderrechter oordeelt vervolgens of dit in het belang van het kind is. Indien dit verzoek wordt afgewezen kan een eventueel nieuw verzoek door de ouder na twee jaar opnieuw ingediend worden (in plaats van jaarlijks).

Ten tweede is er een protocol ontwikkeld om kinderen in de acute fase na een partnerdoding adequaat te ondersteunen.<sup>4</sup> Dit protocol is landelijk vastgesteld door Jeugdzorg Nederland, de Nationale Politie, Slachtofferhulp Nederland en de Raad voor de Kinderbescherming. Het beschrijft onder andere hoe na een partnerdoding binnen 24 uur in een voorlopige voogdij kan worden voorzien en hoe kinderen en familieleden zo snel mogelijk professionele ondersteuning, zoals traumahulpverlening, kunnen krijgen.

Het is moeilijk om van ‘verwerking’ te spreken bij partnerdoding. Mijlpalen zoals verjaardagen, nieuwe juridische procedures, verandering in contact met de dader en vrijlating van de dader kunnen weer nieuwe emoties naar boven brengen en extra ondersteuning kan dan belangrijk zijn. Het blijft een continu, dynamisch proces van aanpassing, waarbij we zeker veel veerkracht hebben gezien, maar waarbij we er nooit vanuit kunnen gaan dat het ‘klaar’ is.

### REFERENTIES

- 1 Kathryn Young, persoonlijke communicatie, 2018, Australië.
- 2 Alisic, E., Krishna, R. N., Groot, A., & Frederick, J. W. (2015). Children's mental health and well-being after parental intimate partner homicide: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology review*, 18, 328-345.
- 3 Alisic, E., Groot, A., Snetselaar, H., Stroeken, T. & Putte, E. van de (2014). *Zorg voor kinderen na partnerdoding*. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht – Psychotraumacentrum WKZ
- 4 Handelingsprotocol gezag, contact/omgang en hulp na partnerdoding waarbij minderjarige kinderen zijn betrokken.



In een periode dat ik wel wat inspiratie kon gebruiken, las ik *The Happiness Project* van Gretchen Rubin. Het gaat over de zoektocht van de schrijfster naar geluk, en combineert haar persoonlijke ervaringen met wetenschappelijke feitjes. Het lezen van dat boek maakt blij, maar het na-apen van de schrijfster ook. Alles wat zij uitprobeert kun je tenslotte zelf óók uitproberen. Eén van haar geluksvergroten principes is het navolgen van een spirituele gids of meester. Onderzoek heeft namelijk uitgewezen dat spirituele mensen gelukkiger en gezonder zijn, beter omgaan met stress, betere relaties hebben en langer leven. Een spirituele meester, zo concludeerde ik tot mijn tevredenheid, heb ik al.



*Jackie June ter Heide*

Klinisch psycholoog en theoloog en als behandelaar en senior onderzoeker werkzaam bij ARQ Centrum'45

## Het medicijn in de pijn

Jalaluddin Rumi, een dertiende-eeuwse Perzische dichter, filosoof en soefi-mysticus, bron van vele inspirerende teksten op Pinterest. Geen situatie zo nijpend of Rumi heeft er een tekst over geschreven. Ik moet eerlijk zeggen: waar het Rumi betreft ben ik een zendeling. Ik vind dat iedereen baat kan hebben bij zijn inzichten: willekeurige mensen die proberen goed te leven, maar in het bijzonder mensen die lijden onder rouw en trauma.

In mijn spreekkamer krijg je dus dit soort gesprekken:

Patiënt, begin 60, een boom van een man met een woeste snor:

'Waarom ben ik hier nou verdrietig over, dat begrijp ik niet.'

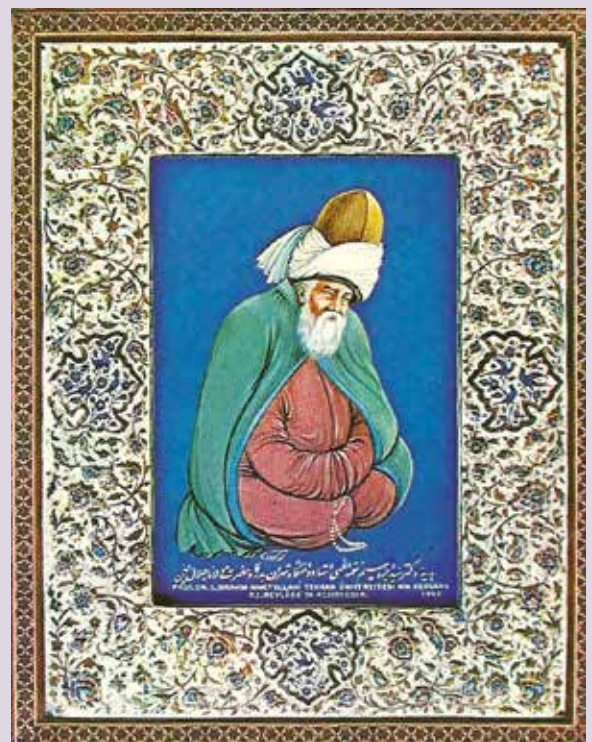
Ik: 'Heb je weleens gehoord van Rumi, een 13e eeuwse Perzische wijsgeer en dichter?'

Patiënt: 'Nee.'

Ik: 'Hij heeft allemaal wijze dingen geschreven over omgaan met verdriet. Hij schreef bijvoorbeeld: het medicijn voor je verdriet, zit in het verdriet.'

Patiënt: 'Ik begrijp precies wat hij bedoelt.'

Het mooie is: op dat moment begrijpt hij écht precies wat Rumi bedoelt. De oplossing voor je pijn zit in de pijn zelf, maar veel patiënten verzetten zich daar jarenlang tegen. Ze werken hard, maken foute grappen, vinden zichzelf waardeloos of sporten zich suf. Alles om maar niet te voelen hoeveel pijn ze hebben. Dat schiet niet op, want dan kan de pijn zijn werk niet doen. Dan kunnen ze niet voelen hoeveel verdriet het hen doet dat een kind is overleden, dat hun vader niet te vertrouwen was, of dat ze niet meer de persoon zijn die ze ooit waren. Dan kunnen ze niet ervaren dat huilen oplucht en dat er áchter de pijn ruimte is voor een nieuw leven. Een leven waarin ze trouw zijn aan hun eigen normen en waarden, waarin ze feilbaar en kwetsbaar mogen zijn, en waarin goede dingen op hun pad kunnen komen.



*Jalaluddin Rumi*

Bron: Flickr

Veel van mijn werk bestaat uit mensen helpen om te mogen voelen. Het is fijn dat Rumi mij daar een handje bij helpt. Bijvoorbeeld met de tekst, 'als je genezen wilt worden, moet je eerst ziek worden', die getraumatiseerde mensen laat stilstaan bij hoe het echt met hen gaat. Maar om terug te komen op Gretchens principe: de teksten van Rumi maken je ook gewoon een beetje gelukkiger. Nog eentje dan, om je te inspireren in je werk, het leven en de liefde: 'This is a subtle truth. Whatever you love, you are.'



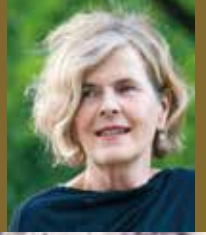
De Amerikaanse hoogleraar Holly Prigerson muntte de term 'prolonged grief disorder' (PGD). Daarvan is sprake bij ontwrichtende rouw die langer dan een jaar aanhoudt. Bezwaren tegen het medicaliseren van rouw wijst Prigerson af. 'Een PGD is beslist geen gangbare reactie op verlies van een naaste.'

# 'Prolonged grief' is vooral een hechtingsprobleem'



*Else de Jonge*

*Studeerde Nederlands en filosofie, werkt als tekstschrijver en journalist*



**U introduceerde de term 'prolonged grief'. Wat was daarvoor de aanleiding?**

'Het is een precisering van al bestaande terminologie. Vroeger werd gesproken van 'gecompliceerde rouw'. Toen wij het cluster van symptomen dat daarbij hoort opnieuw onderzochten, stelden we vast dat gecompliceerde rouw ook een reeks symptomen heeft van een traumatische stoornis. Wat we eerder 'complicated grief' noemden, veranderden we daarom in 'traumatic grief'. Na de aanslagen op de Twin Towers en het Pentagon viel mij in gesprekken op hoe vaak mensen traumatische rouw verwarren met een posttraumatische stressstoornis (PTSS). We hebben toen de term 'traumatic grief' vervangen door de meer accurate term 'prolonged grief'. Goede onderscheidingen maken het mogelijk aandoeningen beter te herkennen, waarmee je ze ook effectiever kunt behandelen.'

**Wat is het verschil tussen PGD en PTSS?**

'PTSS is bijna altijd gelieerd aan een specifieke traumatische gebeurtenis. Het is een stressreactie die gebaseerd is op angst, voor de eigen veiligheid en die van geliefden. PGD is primair een hechtingsprobleem: een crisis in iemands zelfgevoel en basale gevoel van veiligheid, die voortkomt uit het verlies van een dierbare.'

**Wat zijn de belangrijkste symptomen van PGD?**

'Mensen met PGD blijven ook een jaar na de dood van een dierbare intens en aanhoudend hunkeren naar de overledene, hebben een verstoord zelfgevoel – alsof er met de overledene ook een deel van hen gestorven is –, ze voelen zich emotioneel vlak, zijn vaak bitter en boos, ervaren alles als betekenisloos en hebben grote moeite hun eigen leven weer op te pakken.'

**En waarom noemt u het een hechtingsprobleem?**

'Omdat de aandoening geworteld is in een sterke gehechtheid aan de overledene. Emotionele afhankelijkheid is de grootste risicofactor voor het ontwikkelen van PGD. De nabestaande voelt zich zonder de overleden persoon voortdurend onzeker en kwetsbaar, niet gewaardeerd door anderen. Alleen de terugkeer van de

gestorvene, is het idee, kan een gevoel van heelheid en zelfwaardering herstellen.'

**U bent van mening dat mensen zich kunnen voorbereiden op het verlies van een dierbare. Zo zouden ze er goed aan doen te investeren in andere betekenisvolle relaties en ondersteuning te organiseren voor na het overlijden van de geliefde persoon. Maar niet iedereen sterft op hoge leeftijd en/of na een lang ziekbed. Geldt uw opvatting alleen voor naasten van oude of terminaal zieke mensen? Of vindt u dat we ons in zijn algemeenheid meer bewust zouden moeten zijn van het feit dat het leven eindig is?**

'Als er geen enkele aanleiding is om aan te nemen dat iemand op korte termijn zal sterven, wordt de noodzaak je ermee bezig te houden minder gevoeld. Dat is alleszins begrijpelijk. Recent kwamen hier in de Verenigde Staten de beroemde basketbalspeler Kobe Bryant en zijn dochter om bij een helikopterongeluk. Op zo iets kun je je niet voorbereiden. Wel denk ik dat emotionele autonomie en een gevoel van zelfwaardering dat niet afhankelijk is van de waardering van anderen, het risico op een PGD aanzienlijk verkleinen.'

**Het labelen van prolonged grief als een psychische aandoening roept ook weerstand op. De medicalisering van rouw zou deel uitmaken van een discutabele tendens in de westerse samenleving om de pijnlijke kanten van het leven te willen ontkennen. Wat vindt u van die kritiek?**

'Verlies en het omgaan ermee zijn inderdaad onderdelen van het leven, maar een PGD is nadrukkelijk geen gangbare reactie op het overlijden van een naaste. Critici zouden er in mijn ogen goed aan doen zich eens te verdiepen in de verschillen. Mensen die lijden aan PGD en daar geen hulp bij krijgen, zijn soms jaren uit de roulatie omdat ze niet kunnen functioneren. Ze ervaren een ingrijpende neergang in de kwaliteit van hun leven, vereenzamen en hebben een hoger risico op middelenmisbruik en suicidaliteit. De diagnostiek is niet bedoeld om hen te stigmatiseren, maar om klinici in staat te stellen het te begrijpen en effectief te behandelen. Juist door niet te willen diagnosticeren ontken je het probleem.'



## Bij PGD gaat het primair om het niet kunnen accepteren van een verlies

### **In hoeverre, denkt u, wordt rouw beïnvloed door de omstandigheden waarin een geliefd persoon doodgaat?**

‘Die omstandigheden zijn uiteraard niet onbelangrijk, maar bij PGD gaat het primair om het niet kunnen accepteren van een verlies en veel minder om hoe het sterven verlopen is. Mijn Nederlandse collega Marc Cleiren zei ooit heel adequaat: “Bij PGD gaat het om wie en niet om hoe.”’

### **U bent expert op het gebied van rouw in de context van terminale zorg en ontwikkelde Empowerment, een interventie die erop gericht is terminaal zieke mensen en hun toekomstige nabestaanden te steunen in hun rouw. Waaruit bestaat dit programma?**

‘Uit psycho-educatie, gesprekken en rollenspelen. Het is vooral gericht op het tegengaan van vermijding. Vermijding wordt overigens niet zelden mede in de hand gewerkt door artsen die erop uit zijn mensen zo lang mogelijk in leven te houden. Het belemmert mensen te beseffen dat iemands dood dichtbij is. Heldere en eerlijke communicatie, zo hebben wij kunnen vaststellen, kan écht het verschil maken tussen een goede en een slechte dood en tussen normale en invaliderende rouw.’

### **In Nederland is euthanasie geregeld in de wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn nog steeds strafbaar, maar een arts die in de wet gespecificeerde zorgvuldigheidseisen naleeft en de euthanasie of hulp bij zelfdoding meldt, kan met succes een beroep doen op een bijzondere strafuitsluitingsgrond. Hoe kijkt u aan tegen dergelijke wetgeving?**

‘Zo’n wet mag nooit losjes gehanteerd worden, maar als – en alleen als – mensen ondraaglijke fysieke pijn lijden, in de laatste fase zitten van een terminale ziekte en als de toekomst alleen maar meer lijden brengt. In zulke gevallen zie ik er geen bezwaar in om mensen te helpen met sterven.’

Heldere en eerlijke communicatie, zo hebben wij kunnen vaststellen, kan écht het verschil maken



**HOLLY PRIGERSON**

Holly Prigerson is Irving Sherwood Professor of Geriatrics aan Weill Cornell Medicine in New York. Haar expertisegebieden zijn psychosociale epidemiologie, psychometrie, verlies van dierbaren en terminale zorg. Het is vooral aan haar inspanningen te danken dat ‘prolonged grief’ is opgenomen in de vijfde editie van de Diagnostic Statistic Manual (DSM-5). Prigerson was één van de sprekers op het ARQ-symposium *De nalatenschap van verlies en trauma voor individu, gezin en samenleving: implicaties voor psychische gezondheid* op 20 maart 2020.

Zeventien jaar geleden werd Nadia, de zus van Lucinda van de Ven, vermoord. Het gooide haar leven totaal overhoop. Een terugblik op een nachtmerrie.

*Lucinda van de Ven*

*Revalidatiearts, auteur van Parels van Verdriet, gedichten over een zoektocht in het donker. Ervaringsdeskundige in trauma en complexe rouw*



## Hoe overleef je de moord op je zus of je dochter?

# Als iedereen om je heen gewoon weer verder gaat, hoe leef jij dan door?

Ik was 23 jaar en studeerde geneeskunde aan de VU in Amsterdam toen mijn zus werd vermoord. Het was warm, die vroege herfstochtend van 2 oktober 2002. Ik had mijn jas over mijn arm geslagen en stond even na tien uur langs de weg te wachten op mijn moeder die me op kwam halen. Die dag en de dagen erna staan voor altijd in mijn geheugen gegrift.

Een paar minuten eerder had ik mijn mobiel aangezet en vijf voicemailberichten van mijn moeder ontvangen. Met wanhopige stem had ze gevraagd waar ik was. Ze had me nodig, was haar boodschap, ik moest haar meteen terugbellen. Toen ik dat deed vroeg ze alleen waar ik was. 'We komen er nu aan', had ze gezegd. Wie 'we' waren, wist ik niet en hoe lang het zou duren voordat ze bij me waren, wist ik ook niet. Terwijl ik naar mijn moeder uitkeek, schoten verschillende scenario's door mijn hoofd. Was mijn vader die vanwege traumatisch hersenletsel in een woonvorm woonde, misschien onverwacht opgenomen? Als dat zo zou zijn, dan moest mijn moeder nu met mijn zus Nadia onderweg zijn. Een andere mogelijkheid was dat er iets met Nadia aan de hand was. Een ongeeluk? Een ziekenhuisopname?

In een flits schoot een beeld door mijn hoofd van mijn zus in een doodskist. Snel verdrong ik die gedachte. Nadia was veelvuldig onderweg. Mocht ze het slachtoffer zijn geworden van een verkeersongeluk dan kon ze misschien wel ernstig gewond zijn geraakt, maar dan lag ze gewoon in het ziekenhuis, bedacht ik. Als dat het geval was, dan zou mijn moeder me vast komen ophalen



*Lucinda van de Ven en haar moeder Minke met het portret van Nadia.*

met Bas, de ex-vriend van Nadia. Mijn zus had een halfjaar eerder hun ruim negen jaar durende relatie verbroken en Bas had veel moeite om Nadia los te laten.

Ik had geen flauw idee naar welke auto ik moest uitkijken, daar aan de De Boelelaan. Groot was mijn verbazing toen opeens de wagen van mijn oom en tante bij het trottoir stopte. En ronduit vreemd was het om te zien dat mijn moeder samen met mijn tante op de achterbank zat. Mijn moeder stapte uit en maande mij om ook achterin te stappen. Er moest iets helemaal mis zijn, realiseerde ik me. Op het moment dat mijn oom op onhandige wijze de auto probeerde te keren, stelde ik angstig de onvermijdelijke vraag: 'Wat is er aan de hand?'

Bij het antwoord raakte ik onmiddellijk in shock. 'Nadia is vermoord!'

Van het verongelukken van een dierbare, is misschien nog enigszins een voorstelling te maken. Dat je dierbare plotseling uit het leven wordt gerukt door een moord is zó onvoorstelbaar dat het niet in je hoofd opkomt als mogelijke doodsoorzaak. Die woensdag in oktober 2002 is mijn leven voorgoed veranderd. Binnen een uur nadat ik het vreselijke nieuws had gehoord, zochten we de rouwkist uit, moesten we een besluit nemen over de datum voor de begrafenis en worstelden we met het bedenken van een passende tekst voor op de rouwkaart. Het drong nauwelijks tot me door wat er nu eigenlijk was gebeurd, laat staan hoe en door wie Nadia was omgebracht. Hoewel ik gedurende al dat geregeld regelmatig huilde, had ik geen flauw benul in welke nachtmerrie we waren beland en hoeveel jaren het zou gaan duren voordat ik uit de 'overlevingsstand' kon komen.

### **De eerste twee jaar**

De dagen vanaf 1 oktober tot en met Nadia haar begrafenis op zaterdag 5 oktober staan voorgoed in mijn geheugen gegrift. Van de maanden daarna kan ik mij enkel nog flarden herinneren. Wat me vooral bij staat is dat ik maandenlang iedere ochtend bij het ontwaken enorm huilde wanneer het besef tot mijn nog slaperige hoofd, door drong dat Nadia echt dood was. Ik kan me niet herinneren hoelang het heeft geduurd totdat ik niet meer iedere ochtend huilde.

Alhoewel ik van de studentendecaan het advies kreeg om me voor een jaar uit te schrijven van mijn studie, besloot ik dat niet te doen. Iets in mij wist intuïtief dat ik de structuur van het studieritme, het volgen van colleges en werkcolleges nodig had om niet in een diepe depressie te belanden en dat wanneer ik zou stoppen, de drempel om weer verder te gaan wellicht zo hoog zou komen te liggen dat ik mijn studie nooit meer af zou ronden. Dus bleef ik naar de VU gaan, probeerde ik te studeren en maakte ik tentamens. Maar ik haalde natuurlijk geen enkel tentamen. Ik omschreef in die periode het naar de universiteit gaan, letterlijk, als 'bezigheidstherapie.'

Wanneer ik op de universiteit was huilde ik ongetwijfeld geregeld tijdens de tientallen gesprekken die ik, altijd onder het genot van een café Latte in het DE café van de geneeskunde faculteit, voerde met mijn vriendinnen en studiegenoten. De verbijstering over de gruwelijke feiten rond de moord op Nadia was enorm, bij hen maar zeker ook bij mij. Ik vond het moeilijk dat alleen mijn directe vriendinnen en studiegenoten op de hoogte waren van de moord. Social media bestonden nog



*Nadia en Lucinda in 1984.*

niet en in tegenstelling tot *RTV Utrecht* en het *Utrechts Nieuwsblad*, hebben de landelijke media de eerste jaren beperkt aandacht aan de moord op mijn zus besteed.

Deels is het fijn om een anonieme nabestaande te zijn, aan de andere kant betekende dit voor mij dat mijn omgeving grotendeels van mijn informatie afhankelijk was om hun vragen over de toedracht beantwoord te krijgen. Hierdoor vertelde ik keer op keer mijn verhaal, ook op die momenten dat ik mij daar eigenlijk helemaal niet toe in staat voelde. Terugkijkend realiseer ik mij dat het delen van deze informatie een veel te grote belasting is geweest. Het vertellen van het verhaal rakelde niet alleen mijn eigen emoties en intense wanhoop op, ik moest ook de bij momenten zeer ongenueanceerde reactie van de toehoorder verwerken en erop reageren. Gaandeweg leidde dit er toe dat ik mijn verhaal bijna emotioneel kon vertellen.

Alhoewel ik de eerste twee jaar mijn verhaal redelijk kon delen met mijn vriendinnen, voelde ik mij vooral intens alleen. Het verdriet en het gemis van mijn zus waren zo overweldigend dat het eigenlijk niet voor te stellen noch uit te leggen is aan iemand die moord niet heeft meegemaakt. Mijn vriendinnen hadden, doordat ze net als ik 23 jaar of jonger waren, voornamelijk ervaring met de dood door het verlies van hun oma of opa. Hierdoor ben ik gaandeweg het contact met vriendinnen kwijt geraakt. Om uiting te geven aan mijn gevoelens begon ik binnen een maand met het schrijven van gedichten. Ik denk dat ik mijzelf hierdoor op de been heb gehouden. Ik troostte er niet alleen mijzelf maar ook mijn moeder mee.

### **De moord en het proces**

Nadia's verdwijning is ontdekt door haar huisgenoten Olav en Patricia, toen zij op dinsdagavond 1 oktober 2002 rond 18.00 uur thuis kwamen van hun werk. In



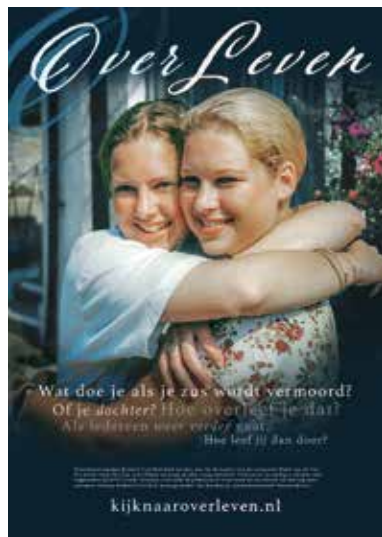
de gang troffen zij bloedsporen aan en een kogelhuls. Omdat dit alleen informatie is die de dader weet, had de recherche mijn moeder toen ze midden in de nacht bij haar aanbelden, niet verteld dat Nadia van dichtbij was doodgeschoten met een UZI, een pistoolmitrailleur.

Op 3 oktober had ik Patricia aan de telefoon. Zij vertelde mij dat Olav en zij de kogelhuls hadden gevonden in de hal waarna ze de politie alarmeerden. De politie heeft hierna de deur naar Pascals appartement geforceerd. Nadia's verminkte lichaam lag in een enorme plas bloed onder een fiets, in de keuken. Pas tijdens het telefoonsprek met Patricia drong het tot mij door dat Nadia was doodgeschoten. De recherche vermoedde al snel dat Pascal Jacob F., Nadia's huisbaas die op de begane grond aan de Utrechtse Weerdsingel WZ woonde, haar moordenaar was. In zekere zin ben ik blij dat een onbekende Nadia heeft vermoord en niet haar ex-vriend die ik jarenlang als mijn oudere broer had beschouwd. Ik denk dat wanneer haar ex de dader was, ik wel gevoelens van intense woede zou hebben gehad.

Eind januari 2003 werd ik terwijl ik in de bibliotheek aan het studeren was, gebeld door Henk, een van de rechereurs. 'We hebben hem!', zei hij!

Ik was perplex en totaal overdonderd. De twee rechereurs die regelmatig bij mijn moeder langskwamen om ons bij te praten over de vorderingen in het onderzoek, hadden vaak gezegd dat ze er van overtuigd waren dat ze de dader zouden arresteren. Ik had alleen geen idee dat ze hem zo dicht op de hielen hadden gezeten.

Op Nadia's eerste sterfdag kreeg mijn vader te horen dat hij nierkanker had; zeven weken later begroeven we hem naast mijn zus. Voor een buitenstaander klinkt het misschien vreemd maar in zekere zin heb ik het sterfbed van mijn vader als troostend ervaren. Mijn vader kon het verdriet en gemis om Nadia's sterven niet aan. Hij verlangde ernaar verlost te worden door de dood. Doordat hij vrede had met zijn naderende einde, leerde ik dat de dood niet alleen genadeloos wreed, maar ook genadig kan zijn.



Wanneer ik terugdenk aan de procesdagen besef ik dat het aanhoren van de gruwelijke, tot in detail besproken feiten dermate traumatisch was, dat ik in een staat van dissociatie moet zijn terechtgekomen. De gruwelijke feiten heb ik aangehoord maar slechts ten dele in mijn geheugen opgeslagen. Emotioneel zat ik volledig op slot en voelde ik mij totaal verdoofd. De rechtbank Utrecht noemde de moord op Nadia een executie en veroordeelde de dader tot levenslang. In hoger beroep werd de straf verlaagd naar twintig jaar en tbs met dwangbehandeling.

Tegenwoordig woont en werkt Pascal op kilometers afstand van de tbs-kliniek waar hij in behandeling is. Sinds een paar jaar erkent hij dat hij mijn zus heeft omgebracht. Deze 'bekentenis' ervaar ik echter als een grove belediging. Toen het, tijdens het proces, in ons belang was dat hij verantwoordelijkheid nam voor zijn daden en tekst en uitleg gaf over de toedracht rond de moord, hulde hij zich in stilzwijgen. Nadat hij in ging zien dat zijn medewerking een verruiming van zijn vrijheden kon betekenen, bekende hij ineens wél schuld. Ik ben hier enorm kwaad om geweest.

#### De positie als nabestaande

De afgelopen jaren hebben mijn moeder en ik keer op keer ervaren als nabestaande geen gelijkwaardige procespartij te zijn. Ten gevolge van de moord op Nadia ontwikkelde mijn moeder complexe PTSS waardoor zij volledig arbeidsongeschikt raakte. Het zou voor mijn moeder zoveel beter geweest zijn als zij automatisch recht had gehad op gesubsidieerde juridische ondersteuning toen zij de dader aan wilde klagen voor haar inkomstenderving. Ik ben er van overtuigd dat ook onder andere nabestaanden de verborgen inkomensschade enorm is en ik vind het beschamend dat, anno 2020, de rehabilitatie van ernstig getraumatiseerde nabestaanden, nog steeds in de kinderschoenen staat in vergelijking met de resocialisatie van daders.

Op 11 oktober 2019 ging *OverLeven* in première. In deze documentaire die uitgezonden werd bij RTV Utrecht, volgt journalist Richard Grootbod Nadia's moeder (Minke) en zus (Lucinda) zes jaar lang met zijn camera. De documentaire is terug te zien via: [www.kijknaaroverleven.nl](http://www.kijknaaroverleven.nl) Voorjaar 2020 komt de eveneens door Richard Grootbod geproduceerde podcastserie *OverLeven na een moord* uit. Lucinda van de Ven geeft lezingen over haar ervaringen. Meer informatie: [parelsvanverdriet.nl](http://parelsvanverdriet.nl)





Foto: MoVeldaan



Bron: Sabine Joosten/HH



Het Kastanjeplein in de Amsterdamse Oosterparkbuurt is op 4 mei ingericht als rituele herdenkingsplek met een zorgvuldig geënceneerde route langs verschillende stadia van bezinning en reflectie. Gedurende de dag komen honderden mensen langs om een van de 2800 Joodse slachtoffers uit de Tweede Wereldoorlog te herdenken en symbolisch thuis te brengen. In het midden van het Kastanjeplein is met houten planken een grote kaart van de Oosterparkbuurt uitgelegd. Op kleurige plankjes schrijven buurtbewoners de namen van Joodse bewoners die tijdens de Tweede Wereldoorlog uit hun huis zijn gehaald en nimmer zijn teruggekeerd. De herdenking *Namen en Nummers*, een kunstproject ontworpen door kunstenaar Ida van der Lee, wordt dit jaar op 4 mei voor het laatst georganiseerd.

# en Nummers



Bron: Sabine Joosten/HH



Bron: Sabine Joosten/HH



Vier jaar onderzoek: Wat hebben we geleerd over rituelen?

# Constant en in beweging

Rituelen kom je overal tegen: van het uitwisselen van ringen op een trouwdag tot koekhappen op het schoolplein op Koningsdag. Ook de Dodenherdenking op 4 mei bestaat uit een reeks van rituelen die ieder jaar herhaald worden en uitdrukking geven aan de Nederlandse geschiedenis en identiteit. Na 75 jaar herdenken van de Tweede Wereldoorlog rijst steeds vaker de vraag: Hoe kunnen herdenkingsrituelen in de toekomst betekenisvol blijven?



*Herdenking op de Eerebegraafplaats Bloemendaal, 4 mei 2018.*

## Het rituele repertoire bestaat al zo lang dat het inmiddels in het collectieve geheugen is gegrift

Om deze vraag te beantwoorden brachten het Nationaal Comité 4 en 5 mei en ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum een multidisciplinair onderzoeksteam van psychologen, historici, sociologen en experts uit de *ritual studies* samen. Vanuit verschillende invalshoeken deden zij in de afgelopen vier jaar onderzoek. Uitgangspunt hierin was de benadering van rituelen als (*herhaalde*) *handelingen met een symbolische dimensie, en een manier om als individu of groep uitdrukking te geven aan waarden en identiteiten, en die tegelijk ook te onderhouden*<sup>1</sup>. Samen kwamen de onderzoekers tot de volgende conclusies.

### Gegrift in geheugen

Als we alle uitkomsten van deze grote studie in overweging nemen, zou het eerste, enigszins oppervlakkige, antwoord kunnen luiden: door vooral door te gaan op de weg die al wordt bewandeld. Immers, het draagvlak voor 4 en 5 mei is nog altijd groot en veel organisatoren van lokale herdenkingen signaleren een toename van het aantal deelnemers. Het rituele repertoire bestaat al zo lang dat het inmiddels in het collectieve geheugen is gegrift. De twee minuten stilte, het trompetsignaal, de kransleggingen, de vlag halfstok (of juist uitgehangen, op 5 mei): het zijn begrippen geworden, een eigen taal die door velen wordt 'verstaan', ook door jonge generaties.

### Ogenschijnlijk onveranderlijk

Maar dit is slechts een deel van het antwoord. Wie voorbij de eerste indruk kijkt, ziet meer. Want hoewel de kracht van een ritueel vaak schuilt in de vertrouwde herhaling, wordt uit deze studie ook duidelijk dat rituelen continu in beweging zijn. Ze volgen vaak hetzelfde pad: ze beginnen 'van onderop' om gaandeweg meer en meer geformaliseerd te worden, waarna er vaak ook weer vernieuwing plaatsvindt. Het is een cirkelbeweging waarin zich, afhankelijk van veranderende behoeftes, betekenisgeving en beschikbaarheid van middelen, nieuwe elementen blijven ontwikkelen. We zien dan ook dat er bij de bestaande herdenkingen, rondom de kern van de traditionele rituelen, veranderingen plaatsvinden.

### Froukje Demant

Senior onderzoeker bij het Nationaal Comité 4 en 5 mei



Bron: Reike Klokke

### Bertine Mitima

Promovenda en junior beleidsonderzoeker/  
adviseur bij ARQ Kenniscentrum Oorlog,  
Vervolging en Geweld



Namen en verhalen spelen bijvoorbeeld een prominente rol en er zijn diverse activiteiten om kinderen bij herdenkingen te betrekken. De kracht van rituelen zit dus vooral in de *ogenschijnlijke onveranderlijkheid*: in het vermogen om ze steeds aan te passen aan nieuwe behoeftes zonder de vertrouwde kern te verliezen.

### Hedendaagse behoeftes

Om de rituelen betekenisvol te blijven houden, is dus niet alleen continuïteit, maar ook verandering het antwoord. Dat gaat niet altijd zonder slag of stoot: soms doen veranderingen stof opwaaien en leiden ze tot felle discussies. Militaire rituelen tijdens de Dodenherdenking op de Dam zijn daar een voorbeeld van. Toen in 1988 de Nationale Herdenking van de middag naar de avond werd verplaatst en samengevoegd met de lokale Amsterdamse herdenking, kwam er kritiek op de rol van militairen en veteranen. De Amsterdamse krant *Het Parool* schreef in een vernietigend commentaar over 4 mei: 'Een opgeblazen plechtigheid, met militaire precisie, een autoritair draaiboek en veel hoogwaardigheidsbekleders. De aanwezigen op de Dam waren geen betrokkenen, maar toeschouwers.' Desondanks wordt anno 2019 de aanwezigheid van militairen en veteranen bij de Dodenherdenking omarmd. Hun aanwezigheid wordt zelfs net zo belangrijk geacht als de aanwezigheid van nabestaanden en andere oorlogsgetroffenen. Het bleek een kwestie van gewinning, naast toenemende erkenning en waardering voor veteranen in de samenleving.

De ideeën, idealen, waarden en identiteiten waar rituelen uitdrukking aan geven, zijn aan verandering onderhevig. Het is dus van groot belang om voeling te houden met dergelijke veranderingen in de Nederlandse samenleving. De generatie die de oorlog aan den lijve heeft erva-

<sup>1</sup> Post, P.G.J. (2015). *Ritual Studies*. In *Oxford Research Encyclopedia of Religion*. New York/Oxford: Oxford University Press.



ren ontvalt ons langzaam, en de bevolking in Nederland wordt op cultureel en sociaal gebied steeds diverser. Een belangrijke vraag is dan ook welke behoeftes er bij Nederlanders van verschillende generaties en met diverse achtergronden leven rond herdenken en rituelen.

### Confrontatie met het verleden

De Dodenherdenking weet veel mensen emotioneel te raken; jong en oud, met of zonder oorlogservaring, met of zonder migratieachtergrond. Dat is een waardevol gegeven, en iets om voorzichtig mee om te springen. Emoties rondom de herdenking kunnen echter ook als heel heftig ervaren worden. Voor veel mensen met oorlogsgelateerde problematiek, zoals posttraumatische stress klachten, is herdenken een intense ervaring die veel emoties oproept. De opkomende emoties hoeven niet als negatief ervaren te worden. Een vrouw, geboren in de Tweede Wereldoorlog: 'Zo'n herdenking is behoorlijk pittig. Dan heb ik veel verdriet over wat de oorlog gedaan heeft. Een machteloos gevoel. Ik denk bijvoorbeeld weer aan Hetty [vriendin tijdens de oorlog]. Waar zou ze zijn? Leeft ze nog?'. Het is belangrijk dat een 'blootstelling' aan het verleden vrijwillig en in een veilige context plaatsvindt. Ook is de tijdsgebondenheid van herdenken belangrijk. Hiermee wordt bedoeld dat een herdenking slechts eens per jaar plaatsvindt op een vastgestelde dag en tijdstip. Hierdoor kan men zich voorbereiden en dit maakt voor sommigen dat zij de confrontatie met het verleden kunnen op specifieke momenten aan kunnen gaan en zo bewust inzetten in hun proces van herstel. 'Het fijne aan een herdenking vind ik dat het zo geclusterd is rond één tijd in het jaar. Hierdoor blijft het behapbaar, niet zo alom tegenwoordig', vertelt een veteraan.

## Het is belangrijk dat een 'blootstelling' aan het verleden vrijwillig en in een veilige context plaatsvindt

### Niet de enige

Het ervaren van erkenning, steun en verbondenheid rondom de herdenking draagt voor oorlogsgetroffenen bij aan een betekenisvolle herdenking. Dit geldt niet alleen voor ouderen die de Tweede Wereldoorlog hebben meegemaakt, of veteranen die meer recente oorlogen en conflicten hebben ervaren en ook officieel herdacht worden. Juist vluchtelingen die oorlogen hebben meegemaakt in hun land van herkomst blijken zich door de herdenking sterk gesteund en verbonden



Bron: Filip Franssen/HH

te voelen, ook al gaat de Dodenherdenking niet direct over 'hun' oorlog. Dit geldt zowel voor mensen die recent naar Nederland zijn gekomen als voor personen die al tientallen jaren in Nederland wonen. Een Bosnische vluchteling: 'De oorlog haal je er niet uit, dat zit in mij. Herdenken biedt ruimte om even in contact te komen met mijn leed. Je voelt ook het leed van anderen en dan denk ik even: Ik ben niet de enige.' Het betrekken van vluchtelingen bij herdenkingen kan heel waardevol zijn. Het faciliteren van gesprekken tussen vluchtelingen en ouderen over hun ervaringen met oorlog rondom de herdenking zou hier bijvoorbeeld een mooie vorm van kunnen zijn. Het is echter wel belangrijk om hierbij reke-





*Herdenking bij het monument voor parachutisten omgekomen bij de Slag om Arnhem, Nederasselt 4 mei 2019.*

ning te houden met de mate waarin iemand zijn of haar oorlogsverleden verwerkt heeft of nog intense rouw of posttraumatische stress ervaart.

### **Tradities begrijpen**

Kinderen en jongeren vinden herdenken belangrijk. Natuurlijk kijken jongeren soms met een andere blik naar deze dagen. Zij hebben minder 'bagage' dan volwassenen, die oorlogsgeschiedenissen niet alleen maar uit films en boeken kennen, maar wellicht ook nog uit de eerste hand. Jongeren hechten waarde aan herdenken, maar op een minder uitgesproken manier dan volwassenen. In vergelijking met volwassenen spreken de bestaande rituelen hen minder aan. Maar we moeten waken het ritueel te willen versimpelen of te willen 'opleuken'. Voor jongeren hoort de traditie van twee minuten stilte en het leggen van kransen er wel bij.

Maar ook voor de nieuwe generaties geldt dat gehechtheid aan het bestaande niet betekent dat er niet ook behoefte is aan verandering. Die behoefte gaat vooral over inzicht en invoelbaarheid: jongeren willen de rituelen beter kunnen begrijpen, en ze willen zich kunnen inleven in wat het betekent om in oorlog te leven.

Dat kan door middel van meer uitleg en persoonlijke verhalen. Een jongere, 14 jaar: 'Als ik eerst een verhaal heb gehoord over de oorlog en daarna twee minuten stilte, kan ik meer aan de oorlog denken.' Ze moeten zich de geschiedenis eigen kunnen maken, zich een voorstelling kunnen maken van hoe het leven verliep van een persoon die net als zoveel tijdgenoten de Tweede Wereldoorlog meemaakte. Als jongeren begrijpen hoe en waarom de geschiedenis zijn loop nam, hoe een individu tot een bepaalde beslissing kwam of juist meegesleurd werd door gebeurtenissen uit de grote wereldgeschiedenis, dan wordt het verleden tot leven gebracht, en ontstaat er empathie.

### **Actualiteitswaarde**

Voeling houden met de behoeftes en betekenisgeving rond herdenken in Nederland, betekent niet alleen aandacht besteden aan de vorm, maar ook aan de inhoud van de rituelen. Wat is de actualiteitswaarde van herdenken rond de herinnering van de Tweede Wereldoorlog? Op dit vlak rijst een paradoxaal beeld op. Enerzijds komt het belang van de historische context van de Tweede Wereldoorlog naar voren. Zo vinden jongeren dat het belangrijkste doel van herdenken het doorgeven van het verhaal van de oorlog is. Op 5 mei missen zij vaak de inhoudelijke link met de bevrijding en vrijheid in het algemeen. Anderzijds zien we een toenemende behoefte om het herdenken en vieren meer inclusief, actueel en invoelbaar te maken. Dat blijkt ook uit het feit dat de meerderheid veel breder herdenkt dan alleen de (Nederlandse) slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog: de grootste groep denkt aan alle oorlogsslachtoffers van alle oorlogen uit de hele wereld.

## **Jongeren willen de rituelen beter kunnen begrijpen, en ze willen zich kunnen inleven**

Behoeftes aan meer historische context én meer actualiteit: het lijkt in tegenspraak met elkaar, maar hoeft dat niet te zijn. De Tweede Wereldoorlog is het ankerpunt voor het herdenken en vieren van vrijheid in Nederland. Een verbinding van die geschiedenis met andere verhalen en ervaringen van onderdrukking, vervolging en oorlog kunnen dat ankerpunt versterken omdat zo empathie en herkenning worden opgeroepen. Het is een uitnodiging aan nieuwe generaties en groepen.

Hoe kunnen wij rituelen van herdenken en vieren in de toekomst betekenisvol houden? Door rituelen constant en in beweging te laten zijn. Bestaande rituelen geleidelijk aan te passen aan nieuwe behoeftes, zonder daarbij de vertrouwde kern te verliezen. Door ogenschijnlijk niets te veranderen.

### **PUBLICATIE**

Deze tekst is gebaseerd op verschillende hoofdstukken uit de publicatie *Constant en in beweging – vorm en betekenis van herdenkingsrituelen*, uitgegeven door het Nationaal Comité 4 en 5 mei en ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. Deze publicatie bevat een synthese van alle deelstudies uit het meerjarig Rituelenonderzoek 2016-2020. Alle onderzoeksrapporten en de publicatie zijn te downloaden via [www.4en5mei.nl/onderzoek/rituelen](http://www.4en5mei.nl/onderzoek/rituelen).

Een driedelig theaterstuk over de impact van de Tweede Wereldoorlog hoeft niet zwaar of naargeestig te zijn, bewijst Judith Herzberg met haar *Leedvermaak trilogie*. Eric de Vroedt, regisseur en artistiek leider van Het Nationale Theater in Den Haag, vertelt hoe en waarom hij deze trilogie in het voorjaar van 2020 weer op het toneel zet.

**Marathonvoorstelling over de doorwerking van oorlog**

# Kleine momenten van groot leed

Tijdens een intieme repetitie in de studio van Het Nationale Theater in Den Haag, proberen twee actrices, met behulp van minutieuze aanwijzingen van regisseur Eric de Vroedt, zich in te leven in een nauwelijks te vatten moment. Het lijkt de acteurs aan te grijpen: hoe vertel je je dochter hoe het in Auschwitz was?

Lea en haar moeder Ada begrijpen elkaar niet. Waarom moet Ada zich nou precies de dag na Lea's bruiloft laten opnemen in een psychiatrische instelling? Aan haar dochter kan Ada niet uitleggen wat zij dag in dag uit aan traumatische herinneringen met zich meedraagt. Ada ontdekt het wél aan Lea te kunnen vertellen wanneer zij doet alsof haar dochter een ander is. Zo begint er een ongemakkelijk toneelstuk in een toneelstuk.

Dit voorjaar komt Het Nationale Theater met een primeur. De *Leedvermaak trilogie*, geschreven door Judith Herzberg, wordt voor het eerst in Nederland in zijn geheel opgevoerd. Sinds de eerste 61 uitverkochte opvoeringen van het eerste deel *Leedvermaak* in Theater Frascati in 1982, heeft geen enkel ander Nederlands theatergezelschap het stuk opgevoerd. Het derde deel *Simon* is zelfs nog nooit in Nederland vertoond. Hier komt in het voorjaar van 2020, in het kader van 75 jaar Vrijheid, verandering in.

## Leedvermaak

De theatertrilogie (*Leedvermaak* (1982) – *Rijgdraad* (1995) – *Simon* (2001)) vertelt de verhalen van families die getekend zijn door de Tweede Wereldoorlog. Zowel

de eerste, tweede als derde generatie komt niet los van de oorlog. Het toneelstuk begint met de bruiloft van Lea en Nico, die beiden als kind, gescheiden van hun ouders, ondergedoken hebben gezeten tijdens de oorlog. De ouders van Lea hebben Auschwitz overleefd, en Nico's moeder is in een kamp vermoord.

Op deze dag van verbintenis, vinden er ook scheidingsplaats. Lea's ouders, Ada en Simon, gaan uit elkaar, omdat Ada zich de dag na de bruiloft laat opnemen in een psychiatrische inrichting voor behandeling van haar oorlogstrauma's. Simon ervaart dit als verraad: 'Ik wil dat ze met mij praat en niet met al die zogenaamde therapeuten die zelf niets hebben meegemaakt [...]' (Simon, *Leedvermaak*, scène 40) Zelfs Lea, de bruid, twijfelt aan het eind van de trouwdag openlijk over haar verbintenis met Nico. Ze realiseert zich dat ze Nico geen veiligheid en geborgenheid kan bieden.

Ontmoeting en afscheid, loyaliteit en rivaliteit, aanwezigheid en afwezigheid: het zijn centrale thema's in het stuk. Het onvermogen tot verbinding, verstoorde communicatie en het gevoel nergens echt bij te horen is in nagenoeg elke scène voelbaar. Herzberg weet deze zware thema's te vatten in lichte taal, met vele humoristische momenten. Wat er in de vaak korte, abrupte dialogen juist niet gezegd wordt, is soms het meest aanwezig.

## 75 jaar Vrijheid

Regisseur Eric de Vroedt is geschoold als acteur aan de toneelschool Arnhem, maar heeft uiteindelijk gekozen





Eric de Vroedt

voor schrijven en regisseren. Hij is in Nederland bekend geworden met het *Mightysociety* project, waarmee hij tussen 2004 en 2012 tien voorstellingen op de bühne zette over actuele, politieke en maatschappelijke thema's. Sinds 2018 is hij artistiek leider bij Het Nationale Theater in Den Haag. De Vroedt koestert al jaren de wens om de *Leedvermaak trilogie* in zijn geheel in Nederland ten tonele te brengen, maar het was telkens niet het juiste moment. De Vroedt: 'Een aantal jaar geleden zou ik het nooit gedurfd hebben om deze voorstelling te maken. De voorstelling in 1982 had bijna mythische proporties aangenomen, en ook vanwege het beladen onderwerp, wilde ik daar eigenlijk niet aan komen. Nu viel het ineens op zijn plek vanwege 75 jaar Vrijheid. Het is een moment waarop we het kunnen doen, maar waarop ik ook vind dat we het moeten doen, en misschien is het ook wel het laatste moment waarop we het kunnen doen. Het is over twee jaar niet minder relevant, maar wel verder weg. Wij vinden het belangrijk als Nationale Theater om dit soort grote momenten in onze samenleving ook te markeren, te vieren en zelfs te faciliteren. We willen als Nationale Theater namelijk een gemeenschapshuis zijn voor deze stad en natuurlijk het liefst voor heel Nederland.'

#### Kleine beelden, groot leed

De kracht van de trilogie ligt volgens de Vroedt in de kleine, poëtische beschrijving van groot leed. 'Wat zo bijzonder is aan dit materiaal, is dat er op een totaal onverwachte, onnadrukkelijke en niet clichématige of sentimentele manier stil wordt gestaan bij de Holocaust.'

#### Lucia Hoenselaars

Junior beleidsadviseur bij ARQ Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld



Scène uit de *Leedvermaak trilogie*.

Er zitten zoveel nieuwe, precieze en kleine beelden in, die voorbijgaan aan de grote, bijna mythische beelden die iedereen kent van de Holocaust.' Als voorbeeld verwijst De Vroedt naar een scène uit *Rijgdraad*, waarin het personage Zwart (1e generatie) vertelt over de gaskamers:

*'Maar het allerergste, dat ze, voor ze die douche in gingen, dat ze toen een stukje zeep kregen, en dat was geen zeep, dat was heel netjes als zeep verpakte steen. Wie dat bedacht heeft! Wie al die steentjes hebben ingepakt! Dat mijn Lise nog een stukje steen heeft gekregen! Wanneer heeft ze gemerkt dat dat geen zeep was? Toen ze al gas rook? Dat jullie niet ook de hele dag lopen te brullen!' (Zwart, Rijgdraad, scène 50)*

'Herzberg schrijft genuanceerd en gevoelig', aldus De Vroedt. 'Zowel haar werk als haar persoonlijkheid is wars van elke sentimentaliteit, elk cliché, en elk voor de





Regisseur Eric de Vroedt tijdens de repetitie van de *Leedvermaak* trilogie.

hand liggend beeld. Zo'n heel klein moment, zo'n precies moment, raakt je dan ineens heel erg. Het toneelstuk zit vol met dergelijke beelden.'

In de *Leedvermaak trilogie* ontvouwt zich een familiedynamiek, die wordt beïnvloed door de traumatische ervaringen uit de oorlog. De Vroedt: 'Wat ik zo ongelooflijk mooi vind aan de trilogie, is hoe kinderen voor ouders beginnen te zorgen, dat de rollen omkeren. Hoe de kinderen steeds maar hun ouders ontzien en denken: De ouders zijn een groter slachtoffer of dé slachtoffers, omdat zij dat hebben meegemaakt waar niet over gepraat wordt. Daardoor kunnen de ouders niet meer als ouders functioneren. Die kinderen, de tweede generatie, gaan raden wat er met hun ouders aan de hand is, en zich afvragen of ze hen moeten helpen, moeten ontzien. Zo komen er barrières in de emotionele leefwereld, of in de emotionele expressie van die tweede generatie, en vervolgens ook weer in de derde generatie. Het steeds maar niet uiten van gevoelens, omdat je het je ouders niet moeilijk wil maken. Dat vind ik een heel schrijnend gevolg van trauma.'

De Vroedt zegt dit ook in zijn eigen familie te herkennen. Zijn moeder is geboren in Nederlands-Indië, en zijn opa is omgekomen in een Japans krijgsgevangenenkamp. Na de Bersiap zijn de moeder en oma van De Vroedt naar Nederland gekomen, waar zijn oma hertrouwd is met een Joodse man: 'Ik herken in mijn familie de mechanismen van hoe de geschiedenis almaar inbeukt op families en zijn sporen nalaat. De geschiedenis heeft consequenties voor hoe ouders met hun kinderen omgaan, hoe kinderen met hun ouders omgaan, en ook hoe kinderen met hun eigen relaties omgaan. Ook daar blijven die sporen van de geschiedenis steeds maar opduiken. Het kunnen dus net zo goed Nederlands-Indië, de oorlog in Bosnië, bepaalde ideologieën of migratiestromen zijn die impact hebben op een familie.'

## In de *Leedvermaak trilogie* ontvouwt zich een familie-dynamiek die wordt beïnvloed door de traumatische ervaringen uit de oorlog

De Tweede Wereldoorlog kwam ineens heel dichtbij toen De Vroedt, na een bezoek aan ARQ Centrum'45, erachter kwam dat zijn Joodse 'stiefopa' aldaar in behandeling is geweest bij professor Jan Bastiaans: 'Het kwam opeens veel dichterbij dan ik me realiseerde. Sindsdien snap ik ook ineens veel meer van die toneelstukken, en waarom mensen niet praten.'

### Actueel belang

Niet alleen de *Leedvermaak trilogie* zelf, maar ook de kunstvorm theater, bieden volgens De Vroedt mooie kansen om publieke debatten over maatschappelijke thema's op te schudden. 'In de media, in maatschappelijke debatten, lijken we allemaal zo vast te zitten in posities. We zetten elkaar daarin vast, en we reproduceren die posities ook steeds maar. Vaak zijn mensen op tv een cliché van zichzelf. In debat hopen we ergens vat op te krijgen, en daarom wordt alles in categorieën ingedeeld. In het theater verkruiden die categorieën. Een oorlogsslachtoffer in de media is een oorlogsslachtoffer. Zelig. Punt. Terwijl een oorlogsslachtoffer op toneel ook gewoon irritant mag zijn. Dan zie je ineens dat een oorlogsslachtoffer ook kan manipuleren met zijn eigen slachtoffergedrag, terwijl het toch een oorlogsslachtoffer blijft.'

Net als in het eerdere werk van De Vroedt, schuilt er in de opvoering van de *Leedvermaak trilogie* ook een politieke boodschap, hoewel niet zo expliciet. 'Het "nooit meer Auschwitz" willen, is het oerfundament van onze cultuur, beschaving, politiek en rechtsstaat', aldus De Vroedt. 'Judith Herzberg weet die negatieve oorsprongsmythe weer op een hele nieuwe, tintelende manier vorm te geven, opnieuw te verwoorden en opnieuw leven in te blazen. Dat is heel belangrijk, met name in tijden waarin antisemitisme weer uit alle hoeken en gaten opduikt, en niet zo ver weg lijkt te zijn als we hadden gehoopt.'

### VOORSTELLING

Benieuwd naar de voorstelling? *Leedvermaak trilogie* is te zien in april en mei 2020, exclusief in Den Haag, Amsterdam en Nijmegen.

Kijk voor de actuele speel informatie op de website van Het Nationale Theater: [www.hnt.nl/leedvermaak](http://www.hnt.nl/leedvermaak)

Evi Ynema-van den Akker



Foto: Akiel Leene

# Een onuitwisbare indruk

‘De volledige omvang van het drama dat zich daar had voltrokken, drong destijds niet tot ons door.’ Evi Ynema-van den Akker blikt even voor zich uit. ‘Het was oorlog, je moest door’, voegt ze er aan toe.

Ze doelt op de deportatie naar concentratiekampen van zo’n 1300 Joodse psychiatrische patiënten en een deel van het verzorgend personeel van Het Apeldoornsche Bosch. In de nacht van 21 januari 1943 werden zij weggevoerd uit de psychiatrische inrichting aan de Zutphensestraat.

Evi werd geboren in Ede in een gezin met negen kinderen. Met haar man, met wie ze in 1941 trouwde, is ze veelvuldig verhuisd.

Haar man was in aansluiting op zijn dienstplicht beroepsmilitair geworden en ging vervolgens werken bij de toenmalige Rijksveldwacht, later de Rijkspolitie. Om te voorkomen dat hij moest meehelpen met de opsporing, arrestatie en deportatie van Joodse burgers verhuisden ze naar Apeldoorn. Het huis dat ze daar toegewezen kregen, lag tegenover de psychiatrische inrichting Het Apeldoornsche Bosch. Hun woning had een macabere historie. De vorige bewoners, een Joodse man en vrouw die werkten in de kliniek, hadden zichzelf kort voor die tijd van het leven beroofd in de keuken van het huis. ‘Die geschiedenis is altijd voelbaar geweest in

dat huis, waar we tot eind jaren ’50 hebben gewoond’, aldus Evi.

Ze herinnert zich ook heel goed een avond dat haar man na de avondklok van acht uur nog niet thuis was. Ze had bovendien horen schieten. ‘Ik stond, óp van de zenuwen, hem op te wachten bij het raam. Hij was door de Duitsers aangehouden en na controle van zijn pistool, er was niet mee geschoten, weer vrijgelaten.’

Dat de oorlogstijd op Evi een onuitwisbare indruk heeft achtergelaten is wel duidelijk. Elk jaar op 4 en 5 mei heeft ze het er moeilijk mee.



Deze tekst is een ingekorte versie van het interview met mevrouw Evi Ynema-van den Akker uit het boek *Lang zal ik leven. 66 portretten van 99-jarigen*. ISBN 978-90-9032552-1. Het boek is verkrijgbaar via [www.langzalikleven.nl](http://www.langzalikleven.nl)



Bart Nauta

Historicus en junior beleidsmedewerker/  
adviseur bij ARQ Kenniscentrum Oorlog,  
Vervolg en Geweld



# ‘Alle ellende smijdt ik weg’



De Invictus Games, het sportevenement voor (oud) militairen met fysieke en/of mentale verwondingen, strijken mei dit jaar neer in Nederland. Een aantal van de sporters heeft PTSS. Bart Nauta sprak voor *Impact magazine* met drie deelnemende Nederlanders en vroeg naar welke betekenis de onzichtbare wond op hun levens heeft.

Twee tennisrackets, twee rolstoelen en een overvliegende helikopter. Het zijn iconische beelden. Een Britse veteraan die door het denderende geluid van de rotoren midden in een wedstrijd een flashback krijgt en hoe daarop zijn tegenstander, de Nederlandse veteraan Edwin Vermetten, naar hem toesnelt, hem omhelst en zachtjes het iconische lied van de animatiefilm *Frozen* zingt: ‘let it go, let it go’ – alles om hem terug in het hier en nu te krijgen.

Reflecterend op dit voorval tijdens de Invictus Games in Sydney 2018, zei oud-commandant van de landstrijdkrachten Mart de Kruif in het televisieprogramma *Goe-demorgen Nederland*: ‘Dit is precies waar de Games over gaan. Mensen die zichzelf uit het dal halen, omdat ze niet meer willen denken in beperkingen maar in kansen en ook anderen willen helpen.’

Dit jaar vinden de Invictus Games plaats in Den Haag en onder de deelnemers zijn er, naast degenen die tijdens hun militaire uitzending ledematen zijn verloren, ook sporters die onzichtbare verwondingen met zich meedragen zoals PTSS, depressie en niet-aangeboren hersenletsel. In *Impact magazine* vertellen drie Nederlandse deelnemers over leven met PTSS en hun deelname aan het sportevenement.

Mensen die zichzelf uit het dal halen, omdat ze niet meer willen denken in beperkingen maar in kansen



## Krystal van Dinter (37)

### ONDERDELEN:

- compound-boogschieten
- zwemmen
- powerlifting

'Sinds ik als 17-jarig meisje bij Defensie ging, ben ik in hart en nieren militair. In 2003 en 2004 ben ik uitgezonden naar Bosnië en in 2007 naar Afghanistan. Ik zat in het Provinciaal Reconstructie Team en hielp de Afghaanse bevolking met het creëren van betere levensomstandigheden. Ik was toen chauffeur van een bushmaster, een pantservedoertuig. Het was niet de meest gezellige periode in Afghanistan. Ik heb veel beschietingen en aanslagen meegemaakt. Wat me voor altijd bijblijft is een grote aanslag waar Tom Krist om het leven is gekomen. Zelf was ik in het militaire kamp toen wij alle gewonden moesten opvangen, onder wie collega's die ledematen waren verloren.

De aanslag was voor mij de druppel die de emmer deed overlopen. Een aantal dagen later kreeg ik mijn eerste aanval van hyperventilatie. Eerst dachten mijn collega's dat het een TIA was, maar in Nederland – ik ben vroegtijdig naar huis gegaan – is PTSS geconstateerd. Daarop heb ik lange tijd met Defensie gekeken of ik nog voor de organisatie kon werken, maar helaas heb ik mijn schoenen aan de wilgen moeten hangen. Ik vind het moeilijk om het hebben van PTSS te accepteren, want het leven met PTSS betekent voor mij leven met veel beperkingen. Het heeft mijn leven op zijn kop gezet. Ik ben militair maar kan dat niet meer zijn. Het voelt voor mij alsof

een profvoetballer zijn been breekt en nooit meer kan spelen.

Waarom ik aan de Invictus Games meedoe? Naast militair, ben ik in hart en nieren ook sporter. Door sporten kan ik mijn hoofd leeg maken en mijn lichaam laten ontspannen. Even lekker in je eigen bubbel en niet aan PTSS of andere problemen denken. Dat is ook precies wat er nodig is voor het boogschieten dat, naast zwemmen en powerlifting, een onderdeel is waar ik aan deelneem. Boogschieten is een sport waarbij je je innerlijke rust terug moet vinden, de mentale kracht moet hebben om in het hier en nu te zijn. Let op je ademhaling, focus je alleen op het doel en denk aan niks anders.

Uiteindelijk is het doel van mijn deelname mezelf en het plezier terugvinden. Ik vind het ook belangrijk Nederland te laten zien wat de gevolgen van een militaire uitzending kunnen zijn. Veteranen met wonden, zeker ook de onzichtbare wonden zoals PTSS, mogen van mijn part meer gezien worden. Door mijn PTSS ben ik anders naar het leven gaan kijken. Ik probeer niet meer te oordelen op basis van wat iemand doet of hoe hij zich gedraagt, omdat het niet aan de buitenkant zichtbaar is wat er met iemand aan de hand is. Achter ieder persoon schuilt een uniek verhaal, oordeel daarom niet te snel!





## Joyce van den Waardenburg (37)

### ONDERDELEN:

- kogelstoten
- discuswerpen
- zwemmen
- powerliften

'Tijdens mijn eerste uitzending naar Irak in 2004 en 2005 voelde ik mij als een van de drie vrouwen tussen de honderdzestig mannen nooit echt veilig. Sommige mannen zeiden dat vrouwen maar voor twee dingen goed waren: de keuken en de slaapkamer. Het was moeilijk voor mij als vrouw. Ik moest tien keer zo hard werken om mezelf te bewijzen en voelde me altijd de mindere partij en zelfs fysiek en mentaal onderdrukt.

Op mijn tweede missie naar Uruzgan in 2006 en 2007 had ik administratieve taken en hoefde ik aanvankelijk niet de poort uit. Maar omdat ik een rijbewijs had voor een pantservoertuig werd ik al gauw ingedeeld bij de waarnemersgroep en moest ik wel het veld in. Ik heb veel meegemaakt, zoals mortierbeschietingen en een zelfmoordaanslag. Gelukkig zat ik dit keer wel in een leuke groep collega's. Niettemin kreeg ik nachtmerries in Afghanistan. In mijn droom moest ik een kind uit het voorterrein halen en dan namen de Nederlandse collega's van Irak mij onder vuur. Terug in Nederland is bij mij PTSS geconstateerd.

In 2018 deed ik voor de eerste keer mee aan de Invictus Games in Australië. Ik heb daar een heel grote overwinning behaald bij het zwemmen. Ik durfde voorheen niet met een man in dezelfde baan te zwemmen. Rugslag kon ook niet, want ik vertrouwde niemand. Ik heb dat

allemaal overwonnen en in de finale van de rugslag werd ik zelfs vijfde. Dat was bizar. Ik heb er zo hard voor getraind en resultaten behaald, ondanks de problemen die ik had. Ook won ik brons en zilver bij kogelstoten en discuswerpen. Het was gewoon vet om in een vol en lawaaiig stadion de rust te kunnen bewaren om een discus te gooien.

Mijn dochter wil ik laten zien dat wat er ook gebeurt en wat je ook over je heen krijgt, als je hard genoeg werkt kun je alles bereiken

Aangezien Australië zo hectisch was, wil ik bij deze deelname meer kunnen genieten, van de kameraadschap vooral, want die heb ik niet altijd gevoeld. De samenhangigheid heb ik in het begin van mijn diensttijd niet gehad en aan het einde niet kunnen accepteren. Voor veel deelnemers is de broederschap tijdens de Games heel belangrijk. Dit jaar gaat mijn ex-partner ook mee, zodat hij ziet hoe ver ik ben gekomen. En mijn dochter wil ik laten zien dat wat er ook gebeurt en wat je ook over je heen krijgt, als je hard genoeg werkt kun je alles bereiken.'



## Edwin Zegel (47)

### ONDERDELEN:

- kogelstoten
- discuswerpen
- reserve bij zitvolleybal

'In de jaren negentig ben ik drie keer op uitzending in voormalig Joegoslavië geweest. Daarna volgden Kosovo en Macedonië. In 2000 ging ik bij de politie aan de slag. Ik heb in die tijd veel meegemaakt en toen ik door een vluchtende automobilist van mijn dienstmotor ben gereden kwam de man met de hamer. Daarop is in 2013 bij mij PTSS geconstateerd en kwam veel in mijn leven in het teken van PTSS te staan. In 2014 kreeg ik mijn buddyhond Winke, in 2016 volgde medisch ontslag bij de politie. De band tussen Winke en mij is goed, zij geeft aan als het voor mij teveel wordt. Op dagen dat het minder goed met me gaat, kijken twee kraaloojjes me aan en moet ik haar wel uitlaten. Daar krijg ik veel energie van.

Ik zag deelnemers met een enkele of zelfs dubbele amputatie, maar de levensvreugde spatte ervan af

Na de diagnose PTSS heb ik mij tot doel gesteld te leren leven met wat ik heb, om niet meer te denken in problemen maar in mogelijkheden. Met name sport heeft mij veel gebracht, omdat het me in staat stelt mijn stress

en de ellende in mijn kop te reguleren. In 2017 deed ik voor het eerst mee aan de Invictus Games in Toronto, Canada. Ik zag daar deelnemers met een enkele of zelfs dubbele amputatie, maar de levensvreugde spatte ervan af. Zij konden de hele wereld aan. Ik dacht: waar maak ik me druk om? Wie ben ik om bij de pakken neer te gaan zitten?

De deelname in Toronto heeft veel voor me betekend, onder andere voor de band met mijn vader. Hij werkte zoals ik eerst bij Defensie en later bij de politie. Hij zei mij altijd: "We hebben beiden veel in ons werk meegemaakt, maar hoe kan jij er wel problemen aan overhouden en ik niet?". Mijn vader kon dat nooit rijmen en hij begreep me niet. Totdat hij meging naar Toronto. Hij zag al die mensen die dezelfde klachten hebben als ik en besepte dat er echt iets met mij aan de hand was. Toronto heeft mijn vader en mij dichter bij elkaar gebracht.

Voor mijn gevoel betekenen de Invictus Games dit jaar letterlijk en figuurlijk thuiskomen. Ik ben mezelf al die jaren kwijtgeraakt. Door mijn werk ben ik veranderd en ik hoop dat door het sporten en de Games ik weer mezelf kan zijn. Discuswerpen en kogelstoten, de onderdelen waar ik dit jaar in strijd, zijn symbool voor mij geworden: alle ellende smijt ik weg.



Psychotrauma in de media

# Innoveren versus informeren?

Media besteden regelmatig aandacht aan de psychiatrie. Ook het psychotraumaveld blijft daarbij niet onbelicht. Wat voor effect heeft deze media-aandacht op ons vakgebied en de cliënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) die zorgprofessionals dagelijks treffen in hun behandelkamer? Psycholoog Rick de Haart reageert op het tv-programma *Tygo in de psychiatrie*.

Onlangs was het tv-programma *Tygo in de psychiatrie* te zien. In dit vierluik verdiept acteur Tygo Gernandt zich in de wereld van de psychiatrie. Hij laat in de serie zijn mening horen over psychiatrische diagnoses en over wat er in zijn ogen daarbij misgaat. Onbedoeld vergroot hij hiermee volgens mij eerder het maatschappelijke stigma op psychiatrische diagnoses dan dat hij die verkleint. Toch zal ik hier niet over uitweiden. Vakgenoten hebben hierop immers al genuanceerd replek gegeven (zie bijvoorbeeld het opiniestuk van Nanda Tak in *Het Parool*<sup>1</sup>). Ik wil stilstaan bij de vraag hoe wij vakgenoten met zulke media-aandacht moeten omgaan.

Ondanks enige weerstand ben ik de serie blijven kijken. In de laatste aflevering neemt Tygo de kijker mee in het ontroerende verhaal van een veteraan met PTSS die op weg is naar Engeland om traumagerichte behandeling te krijgen bij 'The Speakmans'. Dit is een bekend Engels televisie-duo (Nik & Eva Speakman), zonder hulpverlenersachtergrond, dat de Visual Schema Displacement Therapy (VSDT) heeft bedacht. VSDT is ook bekend onder



Bron: EO

de naam 'Woesj therapie'. In deze behandeling wordt de cliënt gevraagd een horloge te volgen waarmee de therapeut in de lucht een fictieve cirkel maakt. Ondertussen haalt de cliënt twee herinneringen op: een herinnering die de cliënt aan het lachen maakt en een traumatische herinnering. Deze herinneringen plaatst de cliënt op de fictieve cirkel. Daarna beweegt de therapeut het horloge snel van het traumatische punt naar het prettige punt en roept daarbij 'woesj'.<sup>2</sup> The Speakmans claimen met deze techniek duizenden mensen te hebben geholpen met uiteenlopende problemen. Dit is trouwens niet gestoeld op enige wetenschappelijke evidentie.

In de hele serie zien we hoe Tygo het belang van psychiatrische diagnoses openlijk in twijfel trekt. The Speakmans hebben daar volgens hem een heel andere visie op. Hij licht toe dat bij de therapie van The Speakmans 'een label (lees: diagnose) enkel wordt gezien als een naam van een set klachten die bijna altijd op te lossen zijn als er geen sprake is van hersenschade' en 'waarbij niet iedere diagnose definitief en alles bepalend is'.



*Rick de Haart*

*Psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog bij GGZ Drenthe, Top Referent Traumacentrum*



*Tygo Gernandt in gesprek met een van de deelnemers aan het programma Tygo in de psychiatrie.*

In de rest van de aflevering is te zien hoe The Speakmans met de veteraan spreken over zijn trauma's en hem vertellen dat het incident waar hij last van heeft, niet zijn schuld was. Ook zien we dat de veteraan weer in de trein durft te zitten samen met The Speakmans, iets wat hij daarvoor erg spannend vond. Hoewel er sprake lijkt te zijn van klachtenvermindering, lijkt de veelbelovende VSDT-techniek niet te zijn ingezet en voor zover de televisiekijker het mee kon krijgen, zijn de trauma's van de veteraan niet 'weggewoesjt'. Met andere woorden: de klachtenvermindering die de veteraan rapporteert, lijkt veroorzaakt te zijn door iets anders.

Ik vraag me hardop af hoeveel mensen met soortgelijke klachten bij het zien van de beelden hebben gedacht: dit wil ik ook. Sterker nog, op sociale media werd gesuggereerd om deze nieuwe therapie ook in te zetten bij een andere deelnemer van dit programma met psychotraumatiek. Wat voor informatie geven we aan het grotere, niet ingewijde, publiek als we veelbelovende, maar nog klinisch onbewezen wondertherapieën breed uitmeten?

Aan de andere kant: moeten we als zorgprofessionals dan helemaal geen aandacht schenken aan nieuwe behandelmogelijkheden voor PTSS? Dat is absoluut niet mijn boodschap. Het feit dat er nog steeds een groep cliënten onvoldoende profiteert van behandeling<sup>3</sup> verplicht ons tot verbetering en vernieuwing. Het is wel van belang om een genuanceerd beeld te schetsen van nieuwe, veelbelovende behandelingen. Tygo doet uitspraken over een behandeling die nog niet wetenschappelijk is getoetst bij cliënten met PTSS. Een nieuwe behandeling onderwerpen aan een wetenschappelijke toets is belangrijk, omdat daarmee kan worden aangetoond dat de behandeling niet schadelijk is en er betrouwbare uitspraken kunnen worden gedaan over diens effectiviteit.

## Wat voor informatie geven we als we nog klinisch onbewezen wondertherapieën breed uitmeten?

Deze uitspraken heb ik nog een paar keer in mijn hoofd herhaald. Tygo haalt hier toch juist de betekenis van een psychiatrische diagnose aan? Tygo zet de televisiekijker mijns inziens op een verkeerd been door de suggestie te wekken dat dit een andere kijk is op diagnoses dan in de reguliere psychiatrie. Zo zien we de diagnose PTSS inderdaad als een verzameling symptomen en gaan we ervan uit dat we PTSS-klachten kunnen verminderen met bewezen effectieve behandelingen zoals EMDR of imaginaire exposure. Daarmee is de diagnose PTSS dus niet gelijk 'definitief en alles bepalend'.



Matthijssen en haar collega's (2019) hebben een eerste, belangrijke stap gezet in het wetenschappelijk onderzoeken van de behandeling van The Speakmans<sup>2</sup>. In twee experimenten met gezonde studenten werkte VSDT: het verminderde de emotionele lading bij nare herinneringen en deed dat zelfs beter dan verkorte EMDR. Veelbelovend dus, maar zoals de auteurs van deze studie zelf ook aangeven is het nog te vroeg om ervan uit te gaan dat dit ook zal werken bij cliënten met PTSS. Vervolgonderzoek moet laten zien of (en hoe) het werkt in een klinische doelgroep.

VSDT is niet de enige nieuwe behandeling die nu wetenschappelijk wordt onderzocht en bekend raakt bij het grotere publiek. Recent haalde ook MDMA ondersteunde psychotherapie de landelijke media en timmert 3MDR, een bewegingsafhankelijke, exposure therapie met virtual reality, behoorlijk aan de weg. Ook deze therapieën zijn veelbelovend en inmiddels wel onderzocht bij cliënten met PTSS<sup>4;5</sup>. Door hun aandacht in de media kunnen we hierover vragen verwachten in de behandelkamer.

## Van zorgprofessionals mag verwacht worden dat ze de nieuwste ontwikkelingen kennen en het verhaal genuanceerd kunnen overbrengen

Volgens mij is de opdracht aan het psychotraumaveld tenminste tweeledig: behandelingen innoveren en verbeteren, zodat iedere cliënt kan profiteren, én onze cliënten informeren over de stand van zaken van deze nieuwe behandelingen. Hiermee wordt voorkomen dat cliënten onjuist worden voorgelicht en er verwachtingen worden gewekt, die misschien helemaal niet waar gemaakt kunnen worden. Van zorgprofessionals mag verwacht worden dat ze de nieuwste ontwikkelingen kennen en het verhaal genuanceerd kunnen overbrengen. Naast hulpverleners zijn we ook opgeleid tot kritische academici. En misschien gaat onze verantwoordelijkheid nog wel een stapje verder. Is het ook niet aan de professionals in het psychotraumaveld om het



Nik en Eva Speakman

onwetende publiek hierover ongevraagd voor te lichten, zodat de volgende *Tygo in de psychiatrie* ook de wetenschappelijke kant kent?

### REFERENTIES

1. Tak, N. (2019, 11 december). 'Tygo Gernandt, een depressie is iets anders dan een dipje'. Geraadpleegd van <https://bit.ly/2Tec7LD>
2. Matthijssen, S. J., van Beerschoten, L. M., de Jongh, A., Klugkist, I. G., & van den Hout, M. A. (2019). Effects of "Visual Schema Displacement Therapy" (VSDT), an abbreviated EMDR protocol and a control condition on emotionality and vividness of aversive memories: Two critical analogue studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 63, 48-56.
3. Larsen, S. E., Fleming, C. J. E., & Resick, P. A. (2019). Residual symptoms following empirically supported treatment for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11, 207-215.
4. Mithoefer, M. C., Feduccia, A. A., Jerome, L., Mithoefer, A., Wagner, M., Walsh, Z., ... & Doblin, R. (2019). MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials. *Psychopharmacology*, 236, 2735-2745.
5. van Gelderen, M. J., Nijdam, M. J., Haagen, J. F. G., & Vermetten, E. (in press). Interactive Motion-assisted Exposure Therapy for Veterans with Treatment-resistant Posttraumatic Stress Disorder: a Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*.

Ik had meteen door dat hier iets unieks gebeurde. Snel viste ik mijn telefoon uit mijn zak. Enigszins beschaamd, want de locatie en setting waren ongepast om met je telefoon bezig te zijn. Maar ik wilde de zin noteren die nog woord voor woord na-ijlde in mijn hoofd: 'Nu de laatste overlevenden nog onder ons zijn, bied ik namens de regering mijn excuses aan voor het overheidshandelen van toen.' Daarna keek ik om me heen en probeerde de blikken van anderen te lezen. De verbazing was zichtbaar groot.



Foto: Jasper Gulters

### Ilse Raaijmakers

Historicus, senior beleids-  
onderzoeker/adviseur bij  
ARQ Kenniscentrum Oorlog,  
Vervolging en Geweld en  
redactielid van Impact  
Magazine

## Banaliteit van het goede?

Geheel onverwacht bood minister-president Mark Rutte dit jaar tijdens de Nationale Holocaust Herdenking in Amsterdam zijn excuses aan voor het tekortschieten van de overheid tijdens de Jodenvervolging. 'De bittere consequenties van registratie en deportatie werden niet tijdig en niet voldoende onderkend', aldus Rutte. Het was onverwacht omdat er niet al maandenlang over was gespeculeerd in de media. Er waren geen actievoerders die luidkeels om excuses hadden gevraagd; geen spandoeken, geen petitie, geen lobby. De excuses passen daarentegen wel in een brede maatschappelijke trend van terugblikken en verantwoording afleggen. Meerdere instellingen leggen in de 21e eeuw hun oorlogsverleden onder de loep: gemeentebesturen, psychiatrische instellingen, het Rode Kruis, de NS – om enkele voorbeelden te noemen. Maar die trend reikt verder dan de Tweede Wereldoorlog alleen. Denk aan de Nederlandse betrokkenheid bij de slavernij of de onafhankelijkheidsstrijd van Indonesië waarover de komende jaren nog veel gezegd en geschreven zal worden.

Daags na de herdenking las ik een reconstructie van wat *de Volkskrant* had omgedoopt tot de 'Holocaust-excuses'. Het bevestigde mijn vermoeden dat het een redelijk spontaan initiatief betrof (voor zover het handelen van een premier 'spontaan' kan worden genoemd). In de loop van december 2019 had ChristenUnie-voorman Gert-Jan Segers een balletje opgeworpen bij Rutte. 75 jaar na de bevrijding was de tijd rijp voor een schuldbekentenis. Dit 'balletje' was voldoende om ambtenaren een zorgvuldig geformuleerd excuus op papier te laten zetten.



Foto: Sabine Joosten/HH

Premier Mark Rutte tijdens de  
Nationale Auschwitz Herdenking  
in Amsterdam op 26 januari 2020.

Het aanbieden van excuses is meestal een heikele aangelegenheid. Het bezoek van de koning aan Indonesië dit jaar laat dat goed zien. Hoe anders liep het bij deze excuses. Bij het lezen van deze reconstructie schoot me vooral één woord te binnen: banaal. Een balletje opwerpen bij de premier, zo banaal kan het zijn. Je hoort Rutte denken: dat gaan we gewoon doen. Zou er naast 'de banaliteit van het kwaad', zoals Hannah Arendt het omschreef, ook zoiets zijn als 'de banaliteit van het goede'? Het is een gedachte die mij even aantrekkelijk leek, omdat het zou verwoorden hoe makkelijk het kan zijn het goede te doen. Maar het doet geen recht aan de filosofie van Arendt en de verre van banale excuses van Rutte. Al doordenkend kwam ik tot een ander woord: basaal. Hopelijk laten politici, ambtenaren en directeuren zich vaker leiden door een 'basaliteit van het goede'. Excuses behoren immers tot de basis van erkenning van het verleden.



# Werken aan wereldwijde mentale gezondheid



Een betere wereld begint bij samenwerken. Met die centrale boodschap klonk op 22 januari het startsein van het World Health Organisation Collaborating Centre, in het kort WHOCC, verbonden aan de Vrije Universiteit. 'Als er ooit een tijd was om kennis te bundelen en te profiteren van samenwerking op het gebied van wereldwijde geestelijke gezondheid, dan is het wel nu', aldus directeur Marit Sijbrandij.

Van de wereldwijd meer dan 800 WHOCC's – instellingen die onder de vlag van de Wereldgezondheidsorganisatie programma's onderzoeken en uitvoeren op alle gebieden van gezondheid – telt Nederland er inmiddels zeventien. Speerpunt van het kersverse WHOCC aan de Vrije Universiteit zijn psychologische interventies. Centraal daarin staat het begrip 'schaalbaarheid': hoe zet je bewezen effectieve programma's in op grotere schaal zonder aan effectiviteit in te boeten? In gebieden met beperkte middelen, zoals lage en middeninkomenlanden (LMIC) of gebieden getroffen door rampen of oorlog, biedt die schaalbaarheid uitkomst. Maar vlak ook ons eigen land niet uit.

## Zelfs begeleiding via internet werkt, alleen vindt niet iedereen dat acceptabel

### Op grote schaal

Volgens VU hoogleraar en mede-directeur Pim Cuijpers weten we al best veel over de effectiviteit van allerlei psychologische interventies, ook in niet-westerse en LMIC-landen. Neem bijvoorbeeld een interventie zoals cognitieve gedragstherapie voor depressie. Deze blijkt effectiever in niet-westerse dan westerse landen. Verrassend genoeg maakt het daarbij ook niet uit of de interventie is aangepast aan de lokale of culturele gebruiken.<sup>1</sup> Dat geeft meer mogelijkheden voor schaalbaarheid. 'Ze werken overal, wat je ook doet,' geeft Cuijpers aan.

De vraag is dan: hoe maken we deze interventies schaalbaar? Welke elementen moeten ze minimaal bevatten om effectief te zijn? Als we weer uitgaan van cognitieve

Joanne Mouthaan

Universitair docent klinische psychologie  
Universiteit Leiden, bestuurslid NtVP en  
redactielid Impact Magazine



gedragstherapie voor depressie, maakt het eigenlijk alleen uit of er een professional bij betrokken is. Verder kan de interventie evengoed telefonisch, individueel face-to-face of in groepsverband plaatsvinden.<sup>1</sup> Zelfs begeleiding via internet werkt, alleen vindt niet iedereen dat acceptabel. 'Houd daarom altijd goed de acceptatie van interventies in het oog, als je wilt dat mensen het ook gaan doen,' benadrukt Cuijpers.

### 'Nagging challenge'

Stap één lijkt daarmee gezet: als we weten wat werkt en we hebben programma's, wordt het tijd ze te implementeren. Maar daarin zit de crux, vertelt bekend trauma-onderzoeker en professor aan de University of New South Wales Richard Bryant tijdens de openingsbijeenkomst van het WHOCC in Amsterdam: 'Je kunt wel laten zien



Marit Sijbrandij en Pim Cuijpers bij de start van het WHOCC op 22 januari.



dat een interventie werkt, maar het is de vraag of die ook kan worden uitgerold in een lokaal gezondheidszorgsysteem. En dat is altijd wel het doel geweest van de WHO. Als we bijvoorbeeld weten dat psychologische interventies met professionele begeleiding effectief zijn, blijft de vraag waar we voldoende getrainde medewerkers vandaan halen. *Task shifting* kan dan een oplossing zijn. Het is een model waarbij niet- of lager gekwalificeerd personeel door training in staat is specialistische taken over te nemen.

## ‘Met ons centrum willen we bijdragen aan het beschikbaar maken van psychologische hulpprogramma’s over de hele wereld’

Dat *task shifting* werkt, laten de eerste studies naar Problem Management Plus (PM+) programma’s zien.<sup>2</sup> In PM+ gaat het om het versterken van iemands vaardigheden voor het omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen, zoals probleemoplossend vermogen, gedragsactivatie en zoeken van sociale steun. Bryant laat zien hoe recent in Kenia 150 personen werden opgeleid tot PM+ trainers, en hoe die vervolgens 1500 leken, ook wel lay-providers, traiden in het uitvoeren van de PM+ programma’s. Inmiddels voerden zij al bij 3600 personen PM+ uit met voor de meesten, zo’n twee derde, een forse vermindering van klachten. Hoopvolle resultaten dus, maar hoe gaan we om met de mensen voor wie dat niet genoeg is, die resterende 33%? Hoe zorgen we dat zij ook schaalbare hulp krijgen? Dat blijft *the nagging challenge* volgens Bryant.

### Empirisch realisme

Laten we ook vooral kijken naar hoe groot het probleem werkelijk is, benadrukt Marit Sijbrandij, naast WHOCC directeur werkzaam als universitair hoofddocent. Recent onderzoek laat zien dat bij personen in conflictgebieden ongeveer 13% een psychische stoornis met milde ernst heeft, 4% stoornissen met matige ernst en 5% met hoogste ernst.<sup>3</sup> Vluchtelingen lopen dus een groter risico op psychische problemen en zouden kunnen profiteren van al bestaande interventies. Waarom worden ze dan niet uitgevoerd?

Ook in de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg zijn er barrières: een taalkloof, wachtlijsten, onvoldoende onderzochte culturele programma’s en weinig

aandacht voor een transdiagnostische aanpak, om er een paar te noemen. Als het gaat om vluchtelingen, verschilt onze gezondheidszorg nauwelijks van die in LMIC-landen, schetst Sijbrandij. Schaalbare interventies, zoals PM+, zouden dus op eenzelfde manier kunnen worden ingezet. Lukt het ons daarmee voldoende te reageren op deze, mogelijk groeiende, hulpvraag? De voorzichtige eerste bevindingen uit een pilotstudie onder Syrische vluchtelingen in Rotterdam lijken bemoedigend (zie het STRENGTHS project, <https://strengths-project.eu>). De volgende stap is kijken waar dit het beste zou passen in ons systeem.

### Wat staat het WHOCC te doen?

Werk aan de winkel dus voor het nieuwe centrum. Met hun ervaring met het evalueren en verspreiden van kennis over psychologische interventies is dat ook de voornaamste eerste stap. Sijbrandij: ‘Met ons centrum willen we bijdragen aan het beschikbaar maken van psychologische hulpprogramma’s over de hele wereld. In crisissituaties en daarbuiten. Dat doen we door het aanpassen van bestaande interventies, waarvan we weten dat ze werken, aan die situaties. En door het ontwikkelen van nieuwe interventies. Juist voor mensen die het hard nodig hebben, die niet gemakkelijk uit zichzelf of op een andere manier aan die hulp komen, in binnen- en buitenland.’

### INFORMATIE

Voor meer informatie over het WHOCC, zie

[https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/en/)  
of email naar [WHOCC.fgb@vu.nl](mailto:WHOCC.fgb@vu.nl).

### REFERENTIES

1. Cuijpers P, et al. Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019 Jul 1;76(7):700-707. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0268.
2. Bryant RA, et al. Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: A randomised clinical trial. *PLoS Med*. 2017 Aug; 14(8): e1002371. doi: 10.1371/journal.pmed.1002371
3. Charlson F, et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019 June. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1

Paulien Bakker

Psycholoog, verhalend journalist en auteur van het non-fictieboek 'Wat volgt op een vergissing'



Foto: IJla Keizer



Pionier Dr. Haitham Abdulrazak uit Irak

# ‘In de behandelkamer zijn mensen vrij om zich te uiten’

Psychiater Haitham Abdulrazak in gesprek met een cliënt.

Dr. Haitham Abdulrazak studeerde in 2006 af als psychiater aan de universiteit van Bagdad. Het was drie jaar nadat het Amerikaanse leger het land was binnengevallen, en op het hoogtepunt van de burgeroorlog die volgde. Sindsdien behandelde hij telkens weer nieuwe slachtoffers van Iraks gewelddadige geschiedenis. Hij gebruikte hierbij als eerste westerse behandelmethoden.

De sterke familiebanden in Irak beschermen mensen tegen trauma's en geweld, maar staan psychologen tegelijk ook in de weg. Psychische aandoeningen worden gezien als een straf van God en veel patiënten met PTSS geven zichzelf de schuld van hun flashbacks, hun

nachtmerries en angsten. In 2008 startte dr. Haitham (51) samen met de Nederlandse afdeling van Artsen zonder Grenzen de eerste kliniek voor psychotherapie in het land. Hij en zijn team begonnen kortdurende, geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie te geven in combinatie met psycho-educatie. Abdulrazak introduceerde daarmee als eerste psychotherapie in een land dat door trauma's getekend is.

**U bent in 2006 afgestudeerd aan de universiteit van Bagdad. Kunt u ons iets vertellen over uw eerste ervaring met het behandelen van patiënten?**

'Ik begon in een ziekenhuis voor ruggenmergletsels in Bagdad. Patiënten hadden pijn en waren wanhopig op zoek naar pijnstillers en antidepressiva. Ik zei dat ik ze hun medicijnen zou geven, maar dat ik eerst even wilde praten. Ik gaf hen uitleg over hun pijn. En elke dag

Foto: Marijke van der Velden



wachtte ik iets langer voordat ik ze de kalmeringsmiddelen gaf, vijf minuten, dan tien, twintig, dertig. Patiënten raakten verslaafd aan pijnstillers en ik probeerde hun lichaam te trainen om zonder te kunnen. Het werkte. Ik geloof dat als je je lichaam instrueert, het zal reageren.'

**Twee jaar later begon u de eerste kliniek voor psychotherapie in het Imam Ali-ziekenhuis, in de beruchte sjiitische sloppenwijk Sadr City, en daar ontmoetten we elkaar voor het eerst.**

'Ik werd naar dit ziekenhuis gestuurd, het was niet mijn eigen keuze. Ik kom uit een soennitische familie en de sjiitische inwoners van Sadr City waren op dat moment in oorlog met het Amerikaanse leger en met soennitische Irakezen. Op het hoogtepunt van de burgeroorlog richtten milities overal in Bagdad controleposten op en als ze er daar achter kwamen dat je tot de verkeerde groep behoorde, gebeurde het wel dat je ter plekke doodgeschoten werd. Ik ging er dus met tegenzin heen, maar de uitdaging maakte me enthousiast. Dit was het eerste trauma-interventiecentrum in Irak, het stond onder supervisie van Artsen zonder Grenzen Nederland. Wij begonnen patiënten met PTSS te behandelen met kortdurende, gestructureerde Cognitieve Gedragstherapie en psycho-educatie. Vooral psycho-educatie bleek belangrijk. Voor de inwoners van Sadr City is het geloof belangrijk en door dat geloof ruste er een stigma op psychische aandoeningen. Irakezen denken dat hun mentale problemen een straf van God zijn. Vaak hadden ze eerst hulp gezocht bij een religieus leider, die hen gezegend voedsel had meegegeven en de belofte dat hun symptomen zouden verdwijnen. Maar dat deden ze natuurlijk niet, hun lijden ging door. We moesten patiënten uitleggen dat hun fysieke klachten geen lichamelijke oorzaak hadden, maar een psychische.'

## Irakezen denken dat hun mentale problemen een straf van God zijn

**We hebben elkaar weer ontmoet in Zakho, in het noorden van Irak, waar u Jezidi's behandelde. Zij zijn een Koerdische minderheid, veelal laagopgeleid, die hun eigen godsdienst hebben, wat reden voor IS was om hen te doden en tot slaaf te maken.**

'Ik ging naar Zakho in 2013, en slechts een paar maanden later, in juni 2014, greep IS de macht in Sinjar, Mosul en grote delen van het noorden. Mijn werk daar was niet zo anders dan wat ik in Bagdad deed. Hun cultuur is anders, maar ook de Jezidi's zien psychische aandoeningen als een vloek. Wat wel anders was, was dat deze



patiënten direct traumatische ervaringen hadden meegemaakt. Families waren uit elkaar gerukt: de mannen gedood, de vrouwen tot slaaf gemaakt. Ik behandelde een meisje van achttien wier beide ouders vermoord waren, haar zus was door IS meegenomen. Ze had alleen haar broer nog. Het maakte haar gek dat ze niet wist wat er met haar zus gebeurd was. Die verhalen raakten mij. Uiteindelijk ben ik een mens en het was moeilijk om afstand te houden.'

**Was het ook moeilijk omdat u zelf een soennitische Arabier bent, net zoals de ouders, IS?**

'Ik ben opgegroeid in een tijd waarin we het niet belangrijk vonden of iemand soennitisch, sjiitisch of Koerdisch was. Dat vonden we toen triviale informatie. Ik zie mensen nog steeds als mensen, het maakt me niet uit welk geloof je aanhangt.'

**Cognitieve gedragstherapie werd ontwikkeld in een individualistische, westerse samenleving. Was het effectief in Irak, naar uw idee?**

'Psychotherapie is altijd een individueel proces. Mensen kunnen zich niet openlijk uiten in onze gemeenschappen en families. Therapie gaf hen de ruimte om hun gevoelens te ventileren. Dat bracht verlichting, ook al was het maar voor dertig of zestig minuten. Je hebt me ooit een boek over EMDR gegeven en ik las het en begon het uit te proberen bij patiënten. Ik ben hier nooit formeel voor opgeleid, maar het hielp. Ik heb



Bron: REY/Shutterstock/HH

Bagdad, 2006

patiënten altijd gevraagd om voor en na de behandeling een vragenlijst in te vullen – zo zijn we destijds van start gegaan met Artsen zonder Grenzen en ik vind deze evidence-based manier van werken prettig. Van de mensen bij wie ik EMDR uitprobeerde, gaf ongeveer zeventig procent aan dat ze er baat bij hadden.’

#### **Passen deze methoden in de Iraakse cultuur?**

‘Het past heel goed als je de beperkingen van onze cultuur respecteert. Mensen zijn vrij om zich uit te drukken in de behandelkamer, maar niet daarbuiten. Als je een vrouw met problemen behandelt, kun je haar niet vertellen dat ze die openlijk met haar familie moet bespreken. Je kunt haar haar gevoelens laten ventileren en haar naar alternatieven laten zoeken om haar situatie te verbeteren. Maar er is meer steun van de Iraakse overheid nodig om behandelingen breder beschikbaar te maken en een einde te maken aan het stigma dat rust op psychische aandoeningen.’

## Als je een vrouw met problemen behandelt, kun je haar niet vertellen dat ze die openlijk met haar familie moet bespreken

#### **U was een pionier toen u de kliniek voor geestelijke gezondheid opzette. In hoeverre is uw manier van werken gebruikelijk in Irak?**

‘Nadat we het centrum hadden opgericht, begonnen we psychologen en psychiaters op te leiden in nieuwe centra, die overal in het land werden geopend: in Bagdad Yarmouk, Falluja, al-Kut, Diwaniya, Najaf, Koerdistan. We hebben veel mensen opgeleid en ze werken nog steeds met patiënten.’

#### **U verliet zelf uiteindelijk Irak en verhuisde naar Maleisië. Was het moeilijk om te vertrekken?**

‘Ik voel me nog steeds schuldig; ik liet mensen in nood achter. Maar ik ben ook trots op wat ik heb bereikt. De situatie in Irak is niet stabiel en ik wil mijn kinderen een toekomst geven. Ik vraag me af hoe het nu verder zal gaan. Irak is lange tijd afgesloten geweest van de wereld. De nieuwe generatie is online, ze zien hoe dingen ook kunnen gaan en ze eisen hun rechten op. Dat hebben ze allemaal van sociale media geleerd. Als

de leiders van Irak, de oudere generatie, maar naar hen zouden luisteren, maar dat doen ze niet.’

#### **U werkt nu aan een universiteit en behandelt Maleisische studenten. Hoe is dat?**

‘Er zijn overeenkomsten qua cultuur – de meeste mensen hier zijn ook moslim – maar mentaal zijn er ook grote verschillen. Ik zie dat mensen hier een grotere persoonlijke ruimte hebben; ze zijn vrijer om zich te uiten. Ik behandel vooral studenten met angstproblemen. Ze lijden onder de hoge verwachtingen van hun ouders, voelen zich schuldig. De eerste keer dat ik een student behandelde, bleef ik haar maar vragen naar haar sociale verplichtingen en religieuze overtuigingen. Ik verwachtte dat haar lijden door een van die twee veroorzaakt werd. Maar het was gewoon stress. Ik heb haar geadviseerd om te ontspannen, en dat bleek alles te zijn dat ze nodig had.’

#### **Is dit werk uitdagend genoeg voor u?**

‘Patiënten zijn patiënten, ongeacht of hun symptomen mild of ernstig zijn. Ik mis het soort aandoeningen waarmee ik mensen in Irak behandelde niet. Maar ik mis het wel om echt nodig zijn.’

#### **U bent nu bezig met het behalen van een Britse certificering en wilt volgend jaar daar gaan werken. Waarin verschilt de Britse manier van denken over geestelijke gezondheid van wat u tot nu toe bent tegengekomen?**

‘Mijn werk zal compleet anders zijn in zo'n ontwikkeld land: mensen zijn zich bewust van hun geestelijke gezondheid. Ze begrijpen dat hun symptomen niet fysiek zijn, ze gaan soms zelfs actief op zoek naar advies. Ik heb ook gehoord dat het een individualistisch leven is. Daar is niets mis mee, maar idealiter voel je je ook onderdeel van je gezin. De hele tijd een individu zijn, altijd anderen om hulp moeten vragen, is moeilijk. Verder kijk ik ernaar uit om weer in een evidence-based setting te werken, samen met professionals op mijn vakgebied. Ik ben toe aan een nieuwe uitdaging.’

#### **Wat kunnen westerse collega's leren van uw ervaringen?**

‘Als je mensen gaat behandelen, moet je hun cultuur kennen en de beperkingen die daaruit voortvloeien, respecteren. Psycho-educatie is belangrijk: dat mensen begrijpen waar hun klachten vandaan komen. We legden uit dat Allah niet boos op hen is, dat hij de meest barmhartige is en altijd aan hun zijde zal staan. Omdat ze toch dagelijks drie tot vijf keer tot God baden, leerden we ze om dat te combineren met ontspanningstechnieken. Zo hebben we religie juist ingezet in onze behandelingen.’



## Toward an integrated understanding of traumatic grief

Connecting prolonged grief, posttraumatic stress, and depression symptoms in traumatically and non-traumatically bereaved individuals

Manik Djelantik

PROEFSCHRIFT UNIVERSITEIT UTRECHT 2020, 251 PAGINA'S, ISBN 9789464020717

Het doel van dit proefschrift is het begrip van de ontwikkeling en behandeling van psychopathologie bij nabestaanden te vergroten. Veelvoorkomende psychopathologie bij nabestaanden zijn gecompliceerde rouw (ook wel persisterende complexe rouw stoornis (PCRS) genoemd), posttraumatische stress (PTSS) en depressie. De onderzoeker wil inzicht krijgen in de samenhang tussen PCRS, PTSS en depressie bij nabestaanden na traumatische en niet-traumatische verliezen. Waarbij traumatisch verlies gedefinieerd wordt als een verlies van een naaste door een onnatuurlijke oorzaak, zoals ongevallen, rampen, suicides of moorden.

Het eerste gedeelte richt zich op het onderwerp traumatisch verlies. Hierna werden verschillende onderzoeken uitgevoerd om de psychopathologie die kan ontstaan na het verlies van een geliefde beter te begrijpen.

Het proefschrift laat zien dat bij complexe vraagstukken, zoals co-morbiditeit van psychische klachten bij nabestaanden het nuttiger kan zijn om te focussen op symptomen, in plaats van op gehele psychische stoornissen.



## Levenslang oorlog

De verzwegen slachtoffers van het Japanse Keizerlijk systeem van verkrachting en dwangprostitutie tussen 1932 en 1945

Griselda Molemans

QUASAR BOOKS & MULTIMEDIA 2020, 352 PAGINA'S, ISBN 9789082373950

Het systeem van dwangprostitutie, dat tussen 1932 en 1945 uitgerold werd door het Japanse Keizerlijke Leger, de marine en luchtmacht in alle bezette gebieden in Zuidoost-Azië, blijkt veel meer slachtoffers gemaakt te hebben dan tot nu toe werd aangenomen: ten minste 500.000 vrouwen werden als seksslavinnen geronseld. Met het geld dat deze 'troostmeisjes' oprachten, financierde Japan zijn oorlogsvoering. Onderzoeksjournalist Griselda Molemans dook in de archieven in Nederland, Engeland, de Verenigde Staten, Australië, Nieuw-Zeeland, Maleisië en Zuid-Korea en kwam erachter dat geopolitieke motieven en handelsbelangen met Japan zwaarder bleken te wegen dan mensenrechten. In dit boek beschrijft ze dit 'wrede, vernederende' systeem en de ingrijpende gevolgen ervan voor meerdere generaties in hun volle omvang.



## De lange reis van de Poesaka

Indische tastbare herinneringen

Simone Berger & Armando Ello

LM PUBLISHERS 2019, 192 PAGINA'S, ISBN 9789460224973

De poesaka, een waardevol erfstuk uit Nederlands-Indië of Indonesië, is vaak de enige tastbare herinnering en link naar het verre huis en leven van de (groot)ouders van de in dit boek geïnterviewde personen. Deze poesaka's verwijzen in elk verhaal naar het vooroorlogse Indië, de tijd van de Japanse bezetting en de naoorlogse jaren. Fotograaf, filmer en auteur Armando Ello en 'herinneringskunstenaar' Simone Berger geven een gezicht aan deze vaak nog niet eerder vertelde Indische verhalen.



---

## Crisis leadership by mayors

An empirical multimethod study

Wouter Jong

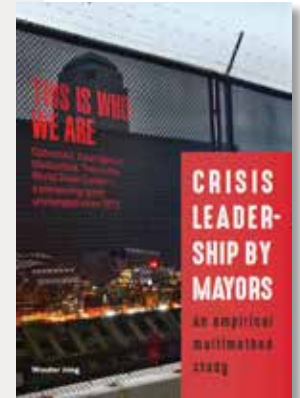
PROEFSCHRIFT TILBURG UNIVERSITY 2019, 321 PAGINA'S, ISBN 97894632388816

Niet alleen grote crises maar juist ook relatief kleine gebeurtenissen met veel impact op de lokale samenleving vragen om een actieve rol van de burgemeester. Aan de ene kant moet de burgemeester iets richting de samenleving doen, maar aan de andere kant ook rekening houden met de gevoelens van de direct getroffen en rechtstreeks met hen in contact gaan.

Doel van de studie was om de wetenschappelijke kennis over de verschillende aspecten van deze rol, variërend van effectief leiderschap tot de verwachtingen van getroffen bewoners met betrekking tot de rol van hun burgemeester, verder te vergroten.

Uit het literatuuronderzoek bleek o.a. dat het gebied van crisisbeheersing weinig interactie heeft met andere academische velden. Zo is er bij het openbaar bestuur weinig inzicht in de psychosociale processen bij burgers, evenals in de preventie van psychosociale stressfactoren onder de getroffen in de nasleep van crises.

Op basis van interviews met Nederlandse burgemeesters in 94 (lokale) case-studies, wordt in dit onderzoek een *Public Meaning Making Model* gepresenteerd. Dit model verklaart in detail de handwijze van burgemeesters wanneer zij zich in tijden van crisis met hun burgers verbinden. Afhankelijk van kenmerken van een crisissituatie, worden vier verschillende rollen gepresenteerd: 'mourner-in-chief, buddy, advocate, and orchestrator'.



---

## Posttraumatic stress disorder

Prevalence, stress hormones and metabolism

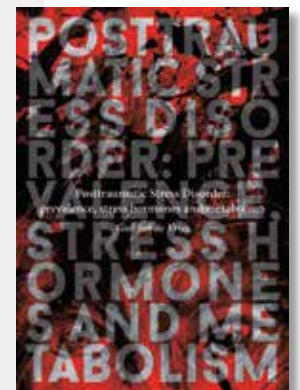
G.J. de Vries

PROEFSCHRIFT UNIVERSITEIT AMSTERDAM 2019, 261 PAGINA'S

In dit proefschrift wordt onderzocht hoe PTSS ons metabolisme beïnvloedt.

Het vinden van objectief meetbare afwijkingen in stoffen in het bloed bij mensen met PTSS kan aanwijzingen opleveren over welke processen en/of mechanismen er ten grondslag liggen aan de associatie tussen PTSS en lichamelijke ziektebeelden.

Om daar inzicht in te krijgen onderzocht deze studie: 1. de mate waarin potentieel traumatische gebeurtenissen en PTSS voorkomen in Nederland; 2. de neuro-endocrine respons van de stressreactie in mensen met PTSS, en 3. de invloed van PTSS op het metabolisme, vooral haar effect op het methyleringsproces, vetzuur-metabolisme, lipoproteïnen en lichaamsgewicht. Met als doel en bijdrage te kunnen leveren aan toekomstige vermindering van de ziektelast van PTSS inclusief de lichamelijke gevolgen en uiteindelijk mogelijke hart- en vaatziekten in deze patiëntengroep.



---

## Bij ons in Auschwitz

Getuigenissen

Arnon Grunberg

QUERIDO 2020, 496 PAGINA'S, ISBN 9789021420042

Arnon Grunberg verzamelde de getuigenissen van mensen die zich het dichtst bij de gaskamers van Auschwitz bevonden. Het zijn kampgetuigenissen die de schrijver ter gelegenheid van de 75-jarige herdenking van de bevrijding van Auschwitz door het Rode Leger in deze bloemlezing heeft opgenomen. Het zwaartepunt in de opgenomen teksten ligt bij het Sonderkommando, dit waren de ploegen die de gaskamers leeghaalden. Grunberg leidt dit boek in met een essay waarin hij filosofeert over de (on)mogelijkheid om Auschwitz in taal te vatten.





---

## Soldiers in Conflict

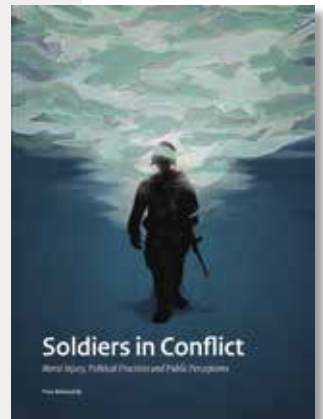
Moral Injury, Political Practices and Public Perceptions

Tine Molendijk

PROEFSCHRIFT RADBOD UNIVERSITEIT NIJMEGEN 2019, 255 PAGINA'S, ISBN 9789493124042

Deze studie onderzoekt potentiële morele dimensies van uitzendinggerelateerde problematiek en de rol van politieke en maatschappelijke factoren hierin. Geformuleerd in de volgende onderzoeksdoelstelling: bij te dragen aan het empirische en theoretische begrip van morele, politieke en maatschappelijke dimensies van uitzendinggerelateerd moreel lijden, en daarmee bij te dragen aan het concept 'morele verwonding' en aan praktische interventies om moreel lijden aan te pakken en te voorkomen.

Daarvoor werd als eerste onderzocht hoe militairen hun beroep in de eerste plaats zien en welke cognitieve strategieën zij gebruiken om te copen met morele uitdagingen tijdens en na de uitzending. Ten tweede zoomde dit onderzoek in op de verhalen van veteranen die psychische problematiek rapporteerden, om te onderzoeken wat de morele uitdagingen en ervaringen van lijden van moreel 'verwonde' veteranen inhouden. Ten derde werd onderzocht of en hoe politieke besluitvorming en 'framing' rondom militaire missies bijdroegen aan het ontstaan van moreel verwondende ervaringen voor militairen 'on the ground', zowel tijdens als na hun uitzending. Ten vierde heeft dit onderzoek inzicht willen verkrijgen in de rol van publieke percepties van militaire missies en de krijgsmacht in ervaringen van moreel lijden. Ten vijfde werden de bovengenoemde inzichten vergeleken en geïntegreerd met het huidige begrip van morele verwonding, om zo tot een meer verfijnd concept te komen. Ten slotte werd gereflecteerd op praktische implicaties van deze theoretische inzichten voor het individuele/interpersoonlijke, militaire, politieke en maatschappelijke niveau.



---

## Veerkracht

De (her)oprichting van de Joodse Jeugdbewegingen in Nederland 1945-1965

Manfred Gerstenfeld & Wendy Cohen-Wierda

UITGEVERIJ VAN PRAAG 2019, 358 PAGINA'S + 48 PAGINA'S FOTOKATERN, ISBN 9789049024314

Joodse jongeren die de Tweede Wereldoorlog wisten te overleven. probeerden na de oorlog hun identiteit en hun plaats in de Nederlandse maatschappij te hervinden, door al heel snel na de bevrijding bijeenkomsten te organiseren. Daarna werd een aantal Joodse jeugdbewegingen in Nederland (her)opgericht, waarbij de nadruk op het zionisme lag. Daarmee gaven deze jongeren een nieuwe invulling aan hun leven. Velen vertrokken vroeg of laat naar Israël.

In *Veerkracht* zijn zeventien interviews opgenomen met voormalige Joodse jeugdbewegers uit de periode 1945-1965. En uit meer dan vijftig andere gesprekken wordt geciteerd.



---

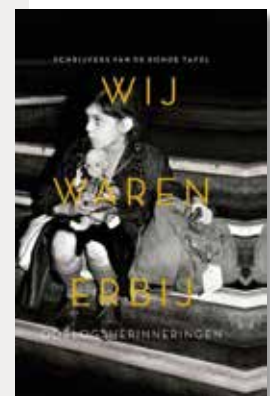
## Wij waren erbij

Oorlogsherinneringen

Martine Letterie (red.)

UITGEVERIJ LEOPOLD 2019, I.S.M. LANDELIJK STEUNPUNT GASTSPREKERS WO-II HEDEN, 160 PAGINA'S, ISBN 9789025878580

Hoe is het echt om een oorlog mee te maken? Wat doe je als je moet onderduiken, of als je opeens niet meer welkom bent in je eigen land, of om te moeten werken voor de vijand? En wat moet je doen als je eigen vader tijdens de oorlog een verkeerde keuze heeft gemaakt? Twaalf ooggetuigen vertelden hun oorlogsverhalen aan de *Schrijvers van de Ronde Tafel*, en die maakten er deze verhalen bij.



---

## Ze hoorden mijn schreeuwen niet

Lyanne Paskamp

QUO VADIS UITGEVERIJ 2020, 288 PAGINA'S, ISBN 978949243514

Paskamp wordt in 1992 als militair chauffeur uitgezonden naar de Bosnische hoofdstad Sarajevo, samen met haar man Erik (als marechaussee). Na terugkeer in Nederland is er nauwelijks sprake van nazorg. Zo frustrerde het Paskamp dat ze als vrouw geen toegang kreeg tot praatgroepen van mannelijke veteranen en had ze het gevoel dat ze zich als vrouw altijd moest verantwoorden. Als haar man door een zwaar dienstongeval een arm kwijtraakt, haar vader in 2004 overlijdt en vervolgens blijkt dat haar tweede dochter Anniek suïcidaal is, krijgt Lyanne de diagnose post-traumatische stress stoornis (PTSS) Ze beschrijft haar tocht langs hulpverleningsinstanties, die eindigt met een pelgrimstocht naar Santiago de Compostella, waarna ze haarzelf weer enigszins hervindt.



---

## Een Dubbele Overwinning

Storm in mijn Hoofd

Duncan van der Velden

BRAVE NEW BOOKS 2019, 217 PAGINA'S, ISBN 9789402199376

Dit boek bundelt de dagboekverslagen die Duncan van der Velden schreef tijdens de uitgebreide EMDR-therapie die hij in 2018 onderging om zijn ervaringen die hij als jonge beroepsmilitair in de jaren negentig in het voormalige Joegoslavië had opgedaan, een plek te geven. Daarmee versloeg hij zijn eigen EMDR-sessies. Daarnaast is het ook het verhaal van zijn leven, het verhaal van een veteraan die worstelt met het schuldgevoel, de machteloosheid en boosheid die in oorlogsomstandigheden de kop op kunnen steken.



---

## Handbook of Trauma, Traumatic Loss and Adversity in Children

Development, Adversity's Impacts, and Methods of Intervention

Kathleen Nader

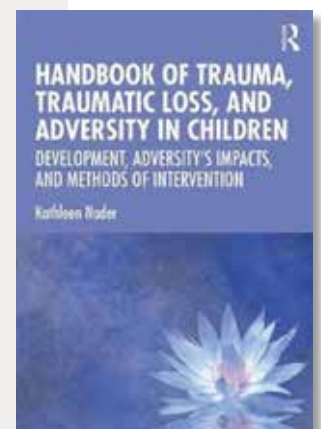
ROUTLEDGE 2019, 534 PAGINA'S, ISBN 9781138605206

Dit handboek is een ontwikkelingsgericht boek vol met bevindingen met betrekking tot de ontwikkeling van kinderen, de impact van trauma en tegenspoed op die ontwikkeling en op het functioneren. Ook biedt het effectief gebleken interventies gericht op de behandeling van traumareacties of een ondermijnd of verstoord ontwikkelingstraject.

Aspecten van gehechtheid en opvoeding / ouderschap en het gebruik van onderlinge relaties voor therapeutische doeleinden zijn omschreven voor elke leeftijdscategorie, variërend van 0 tot 18+.

Onderzoek uit verschillende disciplines werd samengebracht, waaronder uit de neurobiologie, de psychopathologie en uit traumastudies. De hoofdstukken bieden richtlijnen voor de mogelijk trapsgewijze effecten van trauma en schetsen strategieën voor het helpen van ouders en leerkrachten, evenals kinderen.

Het boek bevat tal van casusvoorbeelden en bijlagen met verdere bronnen om te downloaden vanaf de website van het boek.







Joanne Mouthaan

EDITORIAL

# De identiteit van NtVP

Door Joanne Mouthaan

Inkoppertje misschien, maar op de vraag wat de identiteit van NtVP is, is dat in de eerste plaats een vereniging. Open deur of niet, dat maakt de missie niet altijd vanzelfsprekend of gemakkelijk. Want hoe verenig je een werkveld zo divers als dat van de psychotrauma?

## Hoe verenig je de wetenschap met de kliniek, de generalistische met de specialistische zorg, beleid met praktijk?

Met het risico op nog een "no brainer": in de eerste plaats door voor een plek te zorgen om elkaar te ontmoeten. Maar boven alles is verenigen een actief werkwoord, het veronderstelt een handeling. Losse zandkorrels op een hoop maken nog geen cement. Daarvoor is een proces nodig, een interactie. Als inmiddels derdejaars bestuurslid wordt het me steeds duidelijker dat we onze identiteit nog meer kunnen verweven met onze activiteiten. Op NtVP.nl leest u over hoe we dat van plan zijn te doen in 2020. De Paper-In-A-Day workshop tijdens het ESTSS2019 congres is een voorbeeld van hoe we hier al concrete ervaring mee hebben opgedaan. Twee deelnemers vertellen u er in dit katern meer over en het smaakt naar meer.

*Congrescentrum De Werelt*

Het komende jaarcongres draait bij uitstek om het bij elkaar brengen van kennis en ervaring uit alle geledingen van ons psychotraumaveld.

We kijken uit naar maar liefst vier keynotes van Nederlandse psychotrauma-experts en een reeks aan boeiende kortere en langere sessies. Maar ook daar gaan we graag aan de slag met elkaar: we presenteren er interactieve werkgroepen waarin het juist gaat om de meerwaarde van ieders kennis en kunde. Met recht is daarom het thema van het NtVP jaarcongres 2020 "Identiteit". Heel graag tot 4 juni, in congrescentrum De Werelt in Lunteren, en hopelijk ook op 3 juni bij de preconference workshopdag!



## Over NtVP

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

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



## COLOFON

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

Redactie: Joanne Mouthaan

Contact: [info@NtVP.nl](mailto:info@NtVP.nl)

© NtVP 2020

HOE JE MET ZEVEN ONDERZOEKERS IN EEN DAG EEN WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL SCHRIJFT.

# Paper-In-A-Day

Door Marie-Louise Kullberg en Maya Meentken

Een wetenschappelijk artikel schrijven in een dag? Dat wil elke onderzoeker wel. Met de juiste voorbereidingen en nazorg is dat mogelijk, bleek tijdens de *paper-in-a-day* workshop voorafgaand aan het congres van de European Society of Traumatic Stress Studies (ESTSS) afgelopen juni in Rotterdam. Een concept om te herhalen.

Zeven jonge onderzoekers uit Duitsland, Israël en Nederland kwamen samen. Een bonte verzameling, met onderzoekservaring in psychosociale klachten bij brandwondslachtoffers, MRI-studies naar dissociatie, mishandeling en verwaarlozing en EMDR voor medisch-gerelateerde posttraumatische stress bij kinderen, maar met een gezamenlijke interesse in (jeugd)trauma. Hoe schreven zij een *paper-in-a-day* en, belangrijker nog, wat was het eindresultaat?

Tijdens de workshop, begeleid door Annegret Krause-Utz (universitair docent Universiteit Leiden) en Lonneke Lenferink (postdoc onderzoeker Rijksuniversiteit Groningen en Universiteit Utrecht), gebruikten we gegevens uit het *Prospective studies of Acute Child Trauma and Recovery (PACT/R)* archief. Onderzoeksgegevens van meer dan 5500 kinderen die blootgesteld zijn geweest aan rampen, interpersoonlijk geweld of een ongeluk (met letsel) waren beschikbaar voor ons artikel. Deze rijke internationale database bevat gegevens van 32 studies naar jeugdtrauma uit o.a. de Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk, Australië en Zwitserland. Voor de geïnteresseerden; het PACT/R archief is openbaar en online beschikbaar voor onderzoekers (zie <https://www.childtraumadata.org/>). Nancy Kassam-Adams (directeur van het Center for Pediatric Traumatic Stress van het Children's Hospital of Philadelphia) van het PACT/R-team was de hele dag bij ons om alle vragen te beantwoorden en mee te denken over onze studie.

Door het samen bekijken en bediscussiëren van methoden en resultaten, soms met zijn allen en soms in groepjes, losten we onze vragen op en kregen we nieuwe ideeën. Het



Deelnemers *paper-in-a-day*.

eindresultaat is – naast een relevant artikel (zie hieronder voor een korte samenvatting) – een inspirerende uitwisseling van kennis en expertise tijdens een internationale samenwerking van *early-stage* onderzoekers. Wij kunnen het iedereen aanraden!

## Paper-In-A-Day bij NtVP2020

De volgende editie van *paper-in-a-day* – oorspronkelijk een initiatief van Eva Alisic (Melbourne University, Australia: <https://trauma-recovery.net>) – zal plaatsvinden tijdens de preconference dag van het NtVP jaarcongres 2020 op 3 juni. Ditmaal zal er data gebruikt worden van het data-archief genaamd *Measurements Archive of Reactions to Bereavement from Longitudinal European Studies (MARBLES)* project. Het MARBLES project is recent geïnitieerd door Paul Boelen en Lonneke Lenferink. Het MARBLES data-archief omvat voornamelijk vragenlijstgegevens van verschillende (longitudinale) studies naar psychische klachten bij ruim 2000 Nederlandse nabestaanden. In de toekomst wordt gewerkt aan het archiveren van *internationale* onderzoeksgegevens over (voorspellers van) verstoorde rouw en verwante klachten die gebruikt zullen worden voor secundaire data-analyses. Geïnteresseerde *early-stage* onderzoekers (promovendi, (eerstejaars-)postdocs etc.) kunnen zich aanmelden bij [info@NtVP.nl](mailto:info@NtVP.nl) voor meer informatie. Uiterlijke aanmelding voor de workshop is 15 april 2020.



*Paper-in-a-day werkgroep.*

### Bevindingen op het gebied van acute stressklachten bij kinderen na een enkelvoudige traumatische gebeurtenis

De bevindingen van onze internationale samenwerking in het kader van de *paper-in-a-day workshop* op het ESTSS2019 congres zijn in januari 2020 geaccepteerd voor publicatie in *European Journal of Psychotraumatology* (EJPT). Alvast een kleine sneak preview: Na een potentieel traumatische gebeurtenis hebben kinderen vaak last van acute stresssymptomen. Door latente klassenanalyse (LCA) onderscheiden zich op basis van symptoomernst drie groepen: lage, gemiddeld en hoge symptoom-ernstscore. Bovendien hebben we voorspellers van groepslidmaatschap geïdentificeerd. Vergeleken met de kinderen in de lage en gemiddelde groep, waren kinderen met een hoge symptoom-ernstscore vaker meisjes, van jongere leeftijd, hadden vaker ouders met een lagere opleiding en waren vaker blootgesteld aan interpersoonlijk geweld (versus niet-interpersoonlijke gebeurtenissen). Het classificeren van kinderen op basis van latente symptoomprofielen helpt ons bij het identificeren van groepen voor preventie en interventie na blootstelling aan een potentieel traumatische gebeurtenis. Zie hier <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717156> het hele artikel in EJPT.



*Marie-Louise Kullberg is promovendus bij de afdeling klinische psychologie aan de Universiteit Leiden en lid van de werkgroep communicatie en de congrescommissie van NtVP.*



*Maya Meentken is promovendus bij het Erasmus Medisch Centrum en werkzaam als AAT therapist (animal-assisted therapist) bij Hulphond Nederland.*



# Bestaan er bewezen effectieve online behandelingen voor complexe rouw?

Altijd al een vraag over het psychotraumawerkveld willen voorleggen aan een expert? Loopt u in de diagnostiek of behandeling ergens tegenaan, of bent u nieuwsgierig naar nieuwe ontwikkelingen, en zou u graag horen hoe experts hierover denken? In deze vaste rubriek in het NtVP katern beantwoorden psychotrauma experts uit het netwerk van NtVP uw vragen op het gebied van wetenschap en zorg.

## De vraag

***In de praktijk komt het voor dat cliënten met complexe rouw het moeilijk vinden om afspraken te maken voor therapiegesprekken vanwege persoonlijke redenen (bijv. drukke planning, verminderde mobiliteit) of praktische redenen (bijv. woonplaats ver van onze praktijk). Zijn er bewezen effectieve internetbehandelingen voor deze cliënten?***

## De experts

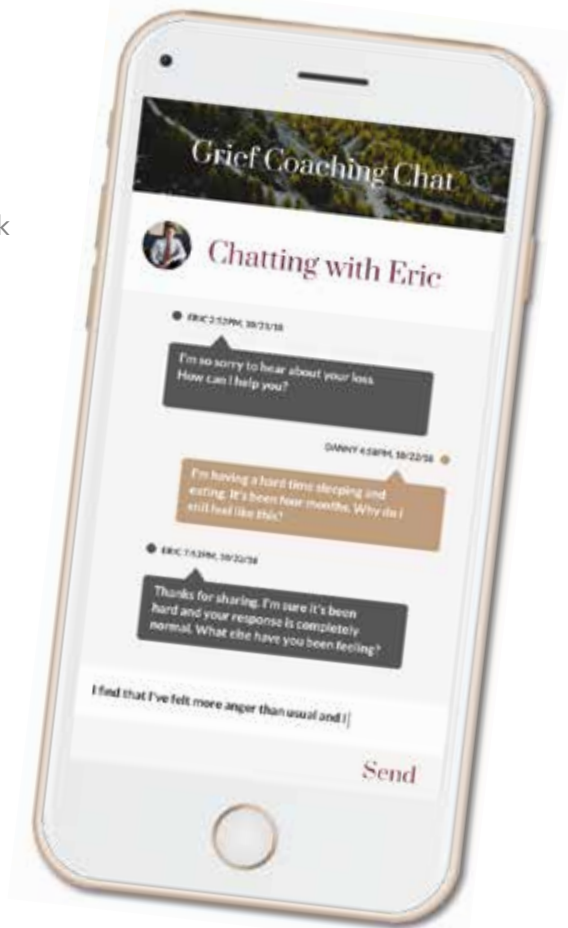
Face-to-face behandelingen voor complexe rouw zijn al langer in ontwikkeling dan online behandelingen. De cognitieve gedragstherapie (CGT) van Boelen, van den Bout en de Keijser (1998) is waarschijnlijk de meest bekende effectieve face-to-face therapie voor complexe rouw in Nederland. Deze therapie bestaat doorgaans onder meer uit psycho-educatie, het uitdagen van negatieve gedachten door cognitieve herstructurering, exposure aan vermeden aspecten van het verlies en het maken van doelen en plannen voor de toekomst.

Serieuze aandacht voor online CGT voor complexe rouw is een meer recente ontwikkeling. Interesse in dit onderwerp is belangrijk, omdat internettherapie vaak zowel toegankelijk als kortdurend is. Bovendien vinden mensen met complexe rouw met een hulpbehoefte niet altijd de weg naar de juiste hulp. Een breed aanbod van internettherapie kan de drempel om hulp te zoeken mogelijk verlagen.

Wagner, Knaevelsrud, en Maercker (2006) waren de eersten die met succes een kortdurende en effectieve internettherapie voor complexe rouw ontwikkelden. Deze 5-weekse e-mailbehandeling, gebaseerd op het Interapy protocol ([www.interapy.nl/rouwverwerking](http://www.interapy.nl/rouwverwerking)) van Lange et al.

(2003), bevat de elementen van CGT in de vorm van schrijfopdrachten met therapeutische feedback. Deze therapie is in twee verschillende gecontroleerde effectstudies effectief gebleken in het verminderen van complexe rouw en gerelateerde psychische klachten (Kersting et al., 2013; Wagner et al., 2006). Het is daarmee de eerste "evidence-based" internetbehandeling voor complexe rouw.

In Nederland zijn via organisaties zoals Therapieland en Minddistrict ook internetbehandelingen voor rouw beschikbaar die worden vergoed door zorgverzekeraars. Deze behandelingen bestaan doorgaans uit voor online behandeling aangepaste modules uit face-to-face CGT, waarvan (enkel) de volledige face-to-face CGT in tenminste één gecontroleerde effectstudie effectief is gebleken (bijv. de Groot et al., 2007; <https://therapieland.nl/aanbod/programmas/rouw-na-suicide/>). Patiënten kunnen deze



behandelingen geheel online doen met facultatieve therapeutische ondersteuning met beeldbellen. Redelijkerwijs kunnen we verwachten dat deze behandelingen mensen met complexe rouw helpen. Deze online therapieën zijn echter nooit onderzocht op effectiviteit.

Een interessante ontwikkeling is dat er de komende jaren verschillende gecontroleerde effectstudies naar online complexe rouwbehandelingen worden uitgevoerd. Een 6-weekse exposuretherapie via e-mail die complexe rouwklachten sterk verminderde (Eisma et al., 2015), wordt de komende jaren in het kader van een NWO Veni-project nader onderzocht op effectiviteit. Dit zou op termijn de tweede evidence-based internetbehandeling voor complexe rouw kunnen worden. In het TRAFVIC-project, gefinancierd door Fonds Slachtofferhulp, toetsen wij voor het eerst of 12-weekse geïntegreerde online CGT effectief is in de behandeling van complexe rouw bij nabestaanden van een verkeersongeval (zie: [www.rouwnaverkeersongeval.nl](http://www.rouwnaverkeersongeval.nl)).

Samenvattend: kies de schrijfpodochten van Interapy als je een bewezen effectieve internetbehandeling voor complexe rouw wenst te gebruiken. De CGT-modules van Therapieland en Minddistrict kunnen ook worden gebruikt, met de kanttekening dat de effecten van deze behandelingen op complexe rouw nog nader moeten worden onderzocht. De wetenschap staat echter niet stil: het aanbod van evidence-based internetbehandelingen voor complexe rouw in Nederland wordt de komende jaren waarschijnlijk uitgebreid.



*Dr. Maarten C. Eisma is universitair docent aan de Rijksuniversiteit Groningen. Hij is betrokken bij verschillende (inter-) nationale effectstudies naar mobiele- en internetinterventies voor complexe rouw.*



*Prof. Dr. Jos de Keijser is bijzonder hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen en hoofdopleider voor de opleidingen tot Klinische Psycholoog en Psychotherapeut in Groningen.*



## REFERENTIES

Boelen, P. A., van den Bout, J., & de Keijser, J. (1998). Cognitieve therapie en exposure bij gecompliceerde rouw. In: J. van den Bout, P.A. Boelen, & J. de Keijser (2007). *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw* (pp. 70-94). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

de Groot, M., de Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W., & Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: Cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 334(7601), 994-996.

Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H., Lancee, J., & Stroebe, M. S. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 729-748.

Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., & Wagner, B. (2013). Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 372-381.

Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J. P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 901-909.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30(5), 429-453.



## **NARRATIEVE EXPOSURE THERAPIE (NET)**

Een 4-daagse opleiding waarin het levensverhaal van de client centraal staat. Na uitgebreide psycho-educatie wordt een levenslijn gelegd waarna de gebeurtenissen chronologisch worden gereconstrueerd en doorgewerkt, waarbij imaginaire / narratieve exposure plaatsvindt en de gebeurtenissen in hun context worden besproken. NET is een kortdurende, evidence-based behandelvorm, specifiek ontworpen voor de behandeling van de (complexe) posttraumatische stress stoornis (PTSS) ten gevolge van meervoudige traumatiserende gebeurtenissen (bijvoorbeeld bij vluchtelingen, militairen of getroffenen van vroegkindelijk seksueel misbruik).

## **SUPERVISIEMIDDAG NET**

Na het afronden van de 4-daagse NET opleiding onder supervisie werken aan NET-vaardigheden onder leiding van een ervaren NET behandelaar/supervisor

## **BEKNOPT ECLECTISCHE PSYCHOTHERAPIE VOOR PTSS (BEPP)**

In de 4-daagse BEPP opleiding worden de werkzame elementen uit verschillende therapierichtingen op een logische manier samengebracht, zoals psycho-educatie, imaginaire exposure, gebruikmaking van brieven schrijven en memorabilia, psychodynamische inzichten in de betekenisfase en een afscheidsritueel.

## **TRAUMATISCHE ROUW**

Tijdens de 2-daagse opleiding maken de deelnemers kennis met diagnostiek en behandeling van traumatische rouw en worden diverse behandelinterventies praktisch geoefend. Tevens wordt er aandacht besteed aan cultuursensitieve diagnostiek, omdat rouw in verschillende culturen verschillende uitingsvormen heeft.

## **BASISOPLEIDING PSYCHOTRAUMA VOOR BIG (I.O.)**

De 5-daagse opleiding biedt de grondbeginselen voor het werk van een psychotraumatherapeut i.o.. Het opvangen, begeleiden en behandelen van mensen die schokkende ervaringen hebben meegemaakt, vraagt specifieke competenties van de dienstverlener. De opleiding biedt de hulpverlener een raamwerk om complexe posttraumatische psychopathologie in kaart te brengen en op grond daarvan een behandelplan op te stellen.

## **CAPS 5 VOOR BIG**

De Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) is de gouden standaard voor het stellen van de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS). In deze 1-daagse opleiding worden de inhoud en psychometrische kwaliteiten van de CAPS5 besproken en leert de deelnemer de CAPS5 af te nemen.

## **7ROSES EMPOWERMENT METHODIEK**

7ROSES richt zich op het ondersteunen van het herstelproces na schokkende gebeurtenissen met een zeer ontwrichtende werking. Opleiding van 2,5 dag waarin het vergroten van de eigen (draag)kracht centraal staat. Hervinden van de eigen kracht en hulpbronnen uit de omgeving benutten door herstel van sociale verbondenheid en betekenisgeving aan het gebeurde.

## **CULTUURSENSITIEF BEHANDELEN**

### **Psychotherapie met cultureel diverse patiënten**

De 2-daagse opleiding geeft handvatten om de slagingskans van psychotherapie met een cultureel diverse patiëntengroep te vergroten door cultuursensitieve aanpassingen in het therapeutisch proces in te zetten. De opleiding biedt hulpmiddelen en vaardigheden om bij depressie, angst, lichamelijke klachten en trauma tot een succesvollere therapie te komen.

## **INTRODUCTIE PSYCHOTRAUMA**

Deze 3-daagse introductie is voor iedereen die meer wil weten over psychotrauma en PTSS en hier in werk en/of dagelijks leven mee te maken heeft. Er is de mogelijkheid om in te gaan op vragen over trauma of PTSS die men in de dagelijkse praktijk tegenkomt. Deze cursus is gericht op kennisoverdracht, er worden geen vaardigheden aangeleerd (HBO niveau).

### **ARQ Academy**

ARQ Academy verzorgt opleidingen en kennisoverdracht voor ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. Het volledige opleidingsaanbod met data is te vinden op de website van ARQ Academy: [academy.arq.org](https://academy.arq.org)





# NtVP Congres: **Identiteit**

Een greep uit de vragen die centraal staan: Welke invloed heeft psychotrauma op identiteitsvorming? Welke rol kan identiteit spelen in de behandeling van trauma? Hoe hangen trauma en identiteitsstoornissen samen? En wat doet werken in het psychotraumaveld met je eigen identiteit? Als we het over trauma hebben, hoe belangrijk zijn factoren zoals gender, culturele achtergrond, seksuele identiteit dan?

Op het programma staan vier keynote sprekers:

**Dr. Anja Lok** - Urban Mental Health: een dynamische systeembenadering

**Dr. Guy Bosmans** - Attachment Based Family Therapy voor kinderen

**Dr. Maartje Schoorl** - Optimale traumagerichte behandeling van mensen met PTSS door kindermishandeling en -misbruik

**Dr. Rafaele Huntjens** - Wie ben ik? Geheugen en identiteitsfragmentatie bij DIS

**Keuze uit veel parallelsessies en op 3 juni preconference workshops!**

**Donderdag 4 juni 2020, De Werelt, Lunteren**

**Voor meer informatie en inschrijving: [www.scem.nl/agenda](http://www.scem.nl/agenda)**