

# 1 De geschiedenis van het trauma

Petra Aarts

## Inleiding

Trauma's zijn een aanval op de menselijke integriteit. De invloed strekt zich uit van de individuele psychische en fysieke gezondheid tot de familie en zelfs de samenleving. Schokkende gebeurtenissen en geweld hebben altijd deel uitgemaakt van het menselijk bestaan. Misbruik, moord, natuurrampen, hongersnoden, vervolging en oorlog zijn zo oud als de mensheid zelf. De mentale sporen ervan zijn zichtbaar in de literatuur en beeldende kunst van alle tijden. Het is een navrant, maar ook boeiend gegeven dat traumatische gebeurtenissen en de soms ingrijpende gevolgen pas sinds kort in de belangstelling staan van beroepsgroepen die bij uitstek de mens tot studieobject hebben. Het gaat hier niet alleen om medici en psychologen, maar ook om disciplines zoals sociologie, politicologie en de geschiedschrijving.

Een belangrijke reden voor de gebrekkige belangstelling is dat pas laat in de negentiende eeuw het innerlijk leven van de mens onderwerp werd van wetenschappelijke studie. Voorheen was dit bij uitstek het domein van de theologie en de filosofie. Maar ook daar was het innerlijk van de mens zelden een opzichzelfstaand object. Het diende vooral om 'belangrijkere' kwesties te omschrijven of te verklaren zoals de zonde, de aandriften, het realiteitsgehalte van onze waarnemingen, het algemeen menselijk onvermogen en zelfs het bestaan van God. Tot de eersten die oog hadden voor de betekenis van de persoonlijke biografie – het geheel aan eerdere individuele ervaringen en belevingen – behoorden geleerden zoals Freud en Janet. Zij vermoedden dat traumatische ervaringen, vooral seksueel misbruik, ten grondslag lagen aan de vaak bizarre symptomen van hun patiënten. In zijn latere werken is Freud echter teruggekomen op de relatie tussen daadwerkelijk misbruik en hysterie (zie o.a. Draijer, 1990). De studies van Janet bleven bijna honderd jaar zonder noemenswaardige invloed. Recent worden zijn werken opnieuw ter hand genomen en gewaardeerd (Van der Kolk & Van der Hart, 1989; Van der Kolk, Brown & Van der Hart, 1989).

In dit hoofdstuk zal de geschiedenis van de psychotraumatologie vooral beperkt blijven tot de meest recente geschiedenis, die van de Tweede Wereldoorlog en daarna. De nadruk ligt daarbij geheel op Europa. De ontwikkelingen in de Verenigde Staten, de bakermat van het PTSS-concept, blijven buiten beschouwing (zie hiervoor o.a. Op den Velde, 1989; Gersons & Carlier, 1992; Young, 1995). Een belangrijk kenmerk dat niet ongenoemd mag blijven, is dat de wetenschappelijke aandacht voor trauma's en hun gevolgen vanaf het eind van de negentiende eeuw tot aan de Tweede Wereldoorlog bij vlagen opkwam om daarna weer te verdwijnen (Gersons & Carlier, 1992; Op den Velde, 1999, Withuis, 2002). De conversiesymptomen bij slachtoffers van misbruik op jeugdige leeftijd, bij overlevenden van industriële rampen en treinongelukken en bij soldaten van de Eerste Wereldoorlog zorgden aanvankelijk voor een intense maar in tijd beperkte belangstelling (zie ook Kleber, Brom & Defares, 1986). Voor geleerden als Freud, Janet en Charcot was een diepe nieuwsgierigheid naar *la condition humaine*, in combinatie met een authentieke empathie voor hun patiënten, de drijfveer. Degenen die zich bezighielden met de slachtoffers van ongevallen of van de 'loopgraven', werden hiertoe vooral gestimuleerd door verzekeringsmaatschappijen en krijgskundigen. Economische en praktische motieven – een schadeloosstelling respectievelijk een snel herstel om opnieuw aan het front te vechten – waren hier vaak het belangrijkste (Aarts, 1990). Dit wil uiteraard niet zeggen dat empathie niet voorkwam bij hen die zich bekommerden om de gezondheid van traumaoverlevenden. Met een terugblik op de geschiedenis zou men kunnen stellen dat in de negentiende eeuw de geschiedenis van het trauma vooral werd geschreven door seksueel misbruik. In de twintigste eeuw daarentegen leidden oorlogen de pen.

### **Het trauma van de Tweede Wereldoorlog**

Naar schatting heeft de Tweede Wereldoorlog aan 52 miljoen mensen het leven gekost. Lang niet al deze doden zijn 'gevallenen voor het vaderland'. Strijd tussen legers of hun historische equivalenten ging vaak hand in hand met moord, mishandeling en verkrachting van de burgerbevolking. Dit fenomeen is meestal verklaard als het resultaat van balorigheid van soldaten, als represaille en soms als een bewuste strategie van terreur. Zelden is aan deze 'bijverschijnselen' van oorlogen meer dan zijdelings aandacht besteed. Maar in de oorlog die Europa tussen 1939 en 1945 teisterde, was terreur geen bijverschijnsel. Het diende een eigen doel. Vele groepen zijn slachtoffer geworden van systematische en georganiseerde vervolging. Communisten, socialisten, kortom eenieder die het gedachtegoed en de politiek van de nazi's niet deelde en daarop betrappt werd, liep grote risico's in concentratiekampen terecht te komen en te moeten werken tot soms de dood erop volgde. Maar de *Endlösung*, de poging tot totale uitroeiing, was vooral tegen de joden gericht. De overlevenden van die genocide konden na de oorlog helaas niet op steun en begrip rekenen die de last en pijn van hun herinneringen enigszins hadden kunnen verlichten (Presser, 1977). Over de vervolgingen en

de overlevenden daarvan werd de eerste decennia vooral gezwegen. Dit zwijgen was niet alleen kenmerkend voor de man en vrouw op straat, maar ook voor de overlevenden zelf en voor de geesteswetenschappen (De Swaan, 1981; Weisaeth, 2002). Slechts een handjevol medici, vaak zelf overlevenden, probeerden de extreme vervolgingservaringen te beschrijven en te verklaren (Bettelheim, 1943; Tas, 1946; De Wind, 1949; Cohen, 1952). Zij deden dit ongetwijfeld ook vanuit de behoefte enige greep te krijgen op hun eigen verleden en heden. De belangstelling van andere medici kwam voort uit de medische keuringen die zij moesten uitvoeren in het kader van de diverse wetten voor oorlogsgetroffenen die na de oorlog van kracht werden. Deze wetten vereisten immers dat de mate van invaliditeit en een oorzakelijk verband tussen de invaliditeit en de oorlogservaringen werden vastgesteld. In feite waren de 'oorlogswetten' jarenlang de enige vorm van communicatie tussen vervolgd en overheid. Voor het overige heerste stilte.

In de eerste decennia na de oorlog werd het merendeel van de literatuur geschreven door medici die contra-expertises maakten in het kader van de oorlogswetten en die in veel gevallen zelf overlevenden waren van de vervolgingen. Een brede belangstelling voor trauma's en de gevolgen daarvan ontstond pas na de introductie van de posttraumatische stressstoornis (PTSS) medio jaren tachtig. In 1953 kreeg in Duitsland het *Bundesentschädigungsgesetz* (BEG) voor vervolgingsslachtoffers kracht van wet (Pross, 1988). In Nederland kwam pas na 1973 wetgeving voor oorlogsgetroffenen tot stand. Een uitzondering was de Wet Buitengewoon Pensioen (WBP) voor deelnemers aan het voormalig verzet, die al in 1947 van kracht werd (zie verder hoofdstuk 9 van dit boek). Men verwachtte dat de BEG en de WBP al na enkele jaren gesloten zouden kunnen worden. Vrijwel niemand vermoedde dat zelfs veertig, vijftig jaar na de oorlog nog legitieme aanspraken door oorlogsgetroffenen zouden worden gemaakt.

Het Duitse BEG was geschraagd op internationale politieke pressie en op een ambivalente houding ten aanzien van het eigen verleden en de slachtoffers van dat eigen verleden. Daarnaast leunde het sterk op de toen zeer gebrekkige kennis en kunde van keuringsartsen. De psychiatrie heeft door haar betrokkenheid bij schadeloosstellingswetgeving noodgedwongen een taal moeten ontwikkelen om de betekenis van vervolgingstrauma's voor de lichamelijke en psychische integriteit te beschrijven en te verklaren. De vigerende diagnostiek bleek ontoereikend om trauma's van dergelijke intensiteit en reikwijdte te begrijpen. In het bijzonder de verontwaardiging over en kritiek op de formulering en uitvoering van deze wetten deden de medici naar de pen grijpen (Niederland, 1980; Aarts, 1988). Zij legden daarmee een belangrijke basis voor onze huidige kennis.

In de eerste decennia na de Tweede Wereldoorlog kunnen grofweg twee etiologische scholen onderscheiden worden: de neurobiologische en de psychodynamische. Vooral in Duitsland, Scandinavië en Oost-Europa domineerden organische interpretaties van geestesziekten. Beschadigingen of disfuncties van het centrale zenuwstelsel moesten psychische en psychosomatische verschijnselen kunnen verklaren. De vroegste wetenschappelijke bijdragen stammen uit het begin van de jaren vijftig. Deze publicaties zijn vooral

gebaseerd op neurobiologische interpretaties. Helweg-Larsen e.a. (1952) constateerden dat 75 procent van de onderzochte 1200 concentratiekampoverlevenden aan verscheidene 'neurotische' symptomen leden. De oorzaak van deze verschijnselen werd gezocht en gevonden in een correlatie met de extreme ondervoeding waaraan de vervolgingsslachtoffers blootgesteld waren geweest. Als stressindex diende het percentage verlies aan lichaamsgewicht. De door hongerdystrofie veroorzaakte hersenorganische beschadigingen lagen volgens de onderzoekers ten grondslag aan de symptomen. Andere onderzoeken (Schulte, 1953; Thygessen & Hermann, 1954; Eitinger, 1961) leken deze bevindingen te bevestigen.

Vanaf het midden van de jaren zestig bleek een rigide samenhang tussen (hersenen)organische disfuncties en symptomatologie onhoudbaar. Invaliderende symptomen bleken ook voor te komen bij mensen bij wie geen organische afwijkingen geconstateerd konden worden. Mensen die tijdens de oorlog niet of in veel mindere mate aan fysieke stress waren blootgesteld, omdat zij bijvoorbeeld ondergedoken waren, bleken immers vergelijkbare symptomen te hebben. Het neuropsychiatrische model maakte daarom geleidelijk plaats voor meer psychogenetische opvattingen over de etiologie van wat men al snel het 'concentratiekampsyndroom' was gaan noemen. Deze verandering van perspectief heeft de inzichten in en het begrip voor de problematiek van de overlevenden van de naziterreur aanmerkelijk vergroot en verdiept. Voor deze omkeer waren de inzichten van de psychodynamisch georiënteerde scholen, vooral de psychoanalyse, van cruciale betekenis. Rond 1965 resulteerden deze nieuwe inzichten in de meeste landen in wetswijzigingen die reactieve psychische schade als grond voor schadeloosstelling erkenden. Voor veel overlevenden betekende het een – zij het late – maatschappelijke erkenning dat hun klachten grond hadden; dat hun gevoel geschaad te zijn bestaansrecht had.

Ook de vooroorlogse psychoanalyse was niet in staat de gevolgen van trauma's voldoende te verklaren. Hoewel Freud zich ten tijde van de Eerste Wereldoorlog terdege verdiept had in de gevolgen van schokkende ervaringen bij soldaten (zie hoofdstuk 16 van dit boek), werden deze inzichten onvoldoende geïntegreerd in de analytische metapsychologie. Men ging er hooguit van uit dat trauma's weliswaar een schok en ontwrichting van de mentale en fysieke toestand van het individu tot gevolg konden hebben, maar dat zodra de stressopwekkende stimuli wegvielen er een vrijwel onmiddellijk en volledig herstel moest volgen. Voor degenen die aannamen dat traumata langdurige gevolgen konden hebben, betrof dit alleen trauma's uit de kindertijd. Bovendien heeft de psychoanalyse als 'school' zich nauwelijks met de invloeden van externe gebeurtenissen op het volwassen individu beziggehouden. De toen prevalentie driftheorie maakte dat ook niet gemakkelijk. Nog steeds lijkt het erop dat analytici vooral hun best doen om de huidige kennis van zaken in overeenstemming te brengen met de driftheorieën van Freud, in plaats van deze aan te passen aan de huidige *state of the art*. Dit leidt soms tot wat krampachtig aandoende redeneringen (Op den Velde, Koerselman & Aarts, 1994). Een combinatie met de objectrelatietheorie maakt het echter mogelijk om dergelijke externe invloeden beter te begrijp-

pen (De Graaf, 1998). Het waren uiteindelijk individuele psychoanalytici die verantwoordelijk waren voor de groeiende psychodynamische inzichten. Maar bestaande analytische begrippen waaronder afweermechanismen, regressie, persoonlijkheidsstructuur en identificatiepatronen boden wel degelijk onmisbare theoretische kaders.

Bij de uitvoering van de oorlogswetten hebben de gangbare psychoanalytische opvattingen over het psychotrauma een negatieve invloed gehad. Tal van keuringsartsen hebben misbruik gemaakt van de visie dat traumatische ervaringen alleen dan tot blijvende schade konden leiden, wanneer neurotische conflicten uit de kindertijd daar aanleiding toe gaven. De vaak jarenlange procedures resulteerden vaker wel dan niet in de vaststelling dat de symptomen van overlevenden *Anlagebedingt* en niet *Verfolgungsbedingt* waren. Voor iemands 'zwakke constitutie' hoefde de staat financieel niet op te draaien (Eissler, 1963; Nederland, 1980; Pross, 1988). Ook behandelingen verliepen soms weerspanning wanneer de therapeut ervan uitging dat vooral premorbide infantiele conflicten de basis vormden van de posttraumatische symptomen.

Juist vanwege de implicaties die de opvattingen over de premorbide persoonlijkheid hadden bij de uitvoering van de diverse oorlogswetten, heeft dit thema tot aanzienlijke controverses geleid. Zo zijn Von Baeyer en Binder (1982) en Keilson (1979) van mening dat trauma's of conflicten uit de kindertijd geen invloed hebben op de symptomen van vervolgingstrauma's. Keilson acht het superponeren van premorbide neurotische ontwikkelingen op de psychische gevolgen van oorlogstrauma's wetenschappelijk irrelevant en onhoudbaar. Vervolgingstraumata zijn volgens hem dermate omvangrijk en intens dat ze alle bestaande structuren overspoelen. Bovendien zouden alle herinneringen aan het leven vóór de vervolgingen vervagen en vervormd worden. Maar de meeste vertegenwoordigers van een psychogenetische optiek gaan wel uit van een dergelijke samenhang. Psychodynamische verklaringen impliceren immers een betrokkenheid van de pre-existente persoonlijkheidsstructuur. Deze pre-existente disposities mogen echter nooit als de 'oorzaak' van het concentratiekampsyndroom opgevat worden. Het zoeken naar verbanden met infantiele conflicten kan zeker het inzicht in de verscheidenheid aan – niet per se pathologische – reacties verdiepen. Premorbide factoren kunnen de beleving en verwerking van trauma's beïnvloeden en wellicht zelfs in enige mate bepalen. Daarbij kunnen het mededeterminanten zijn van specifieke kwetsbaarheden en van de verschillende afweermechanismen die het individu al dan niet ter beschikking staan.

### **Het concentratiekampsyndroom**

Bastiaans (1957) was een van de eersten die het begrip concentratiekampsyndroom (kz-syndroom) introduceerde. Andere begrippen die we in de literatuur frequent tegenkomen zijn het overlevendensyndroom, concentratiekampneurose, traumatische neurose, existentieel emotioneel stresssyndroom, en sinds het verschijnen van de DSM-III in 1980 ook de posttraumati-

sche stressstoornis. In deze begrippen worden de verschillende opvattingen gereflecteerd over een mogelijke specificiteit en oorzaken van het vervolgingstrauma en de interne repercussies die het tot gevolg kan hebben. Volgens Berger (1977) en vooral Lifton (1980) waren de klachten en symptomen die mensen ontwikkelden ten gevolge van de oorlog niet uniek. De symptomen kwamen ook voor bij anderen die een *man made disaster* overleefden. Juist het overleven waar anderen het leven hebben gelaten, is volgens hen het traumatiserende moment bij uitstek. Schuldgevoel – *survival guilt* – is naar hun mening een karakteristiek symptoom bij overlevenden van systematisch intermenselijk geweld. Vandaar dat beiden liever spreken over een *survivor syndrome*. Ook andere auteurs zijn van mening dat het concentratiekampsyndroom zich niet onderscheidt van andere reactieve pathologische verschijnselen. Het concentratiekampsyndroom zou zich volgens hen wel in kwantitatieve zin van andere reactieve symptomatologie onderscheiden (Cohen, 1972; Hustinx, 1973; Matussek, 1975).

Ook aan de benaming reactieve ‘neurose’ om de psychische gevolgen van de oorlog te omschrijven, kleefden bezwaren. Het analytische neurosebegrip sluit de eventuele reactieve psychotische symptomen namelijk uit (Von Baeyer & Binder, 1982; Eitinger, 1961). Ook onderkent het geen psychosomatisch syndroom (Matussek, 1975). De persisterende persoonlijkheidsveranderingen die sommigen geconstateerd hebben bij overlevenden (Bychowski, 1968; Koenig, 1964; Venzlaff, 1958), kunnen evenmin onder het begrip neurose gerubriceerd worden. Terwijl sommige auteurs de specificiteit van het concentratiekampsyndroom in de aard en de ernst van de symptomatologie zoeken (Nathan, Eitinger & Winnik, 1964), zien anderen de specificiteit vooral in het uitzonderlijke en unieke karakter van de vervolgingstraumata (De Wind, 1968; Rappaport, 1968), of in een combinatie van beide (Bastiaans, 1974; Krystal & Niederland, 1968; Venzlaff, 1964).

Een andere tegenstelling in de literatuur is, net als die van de premorbide persoonlijkheid, direct verbonden met problemen bij de uitvoering van de oorlogswetten. De klassieke psychiatrie (her)kende het fenomeen van verlate reacties op een schok of stress niet. In de loop der jaren bleken mensen die aanvankelijk op voldoende adequate wijze de draad van hun leven weer hadden opgepakt, soms na ettelijke jaren of zelfs na tientallen jaren alsnog te decompenseren. Deze zogenaamde ‘late sequelae’ van vervolgingstraumata zijn pas in het midden van de jaren zeventig algemeen bij wet erkend. Om dat zover te krijgen hebben velen zich ingespannen om het tijdelijk achterwege blijven van symptomatologie te verklaren. Bij het ontbreken van zogenaamde *Brückensymptome* oordeelden de Duitse gerechtshoven immers meermalen dat de symptomatologie geen aanwijsbaar oorzakelijk verband hield met de vervolgingservaringen van de aanvragers. De discussie hierover spitsde zich vooral toe op de vraag of een symptoomvrij interval in werkelijkheid zo symptoomvrij is. Gronner (Krystal & Niederland, 1968) en Hoppe (1966) zijn ervan overtuigd dat *Brückensymptome* wel degelijk aan te wijzen zijn, wanneer men tenminste bereid is ze te vinden. Hoppe is van mening dat veel overlevenden hun klachten en symptomen verborgen als reactie op de weinig empathische en vaak wantrouwende en afwijzende houding van de sa-

menleving. Nederland, die overlevingsschuld als centrale pathogenetische factor benadrukt, ziet de oorzaak van de latentieperiode in het regressief magisch denken van overlevenden (Krystal & Nederland, 1968). Zolang overlevenden het verlies van familie en vrienden door fantasieën buiten hun werkelijkheid konden houden en daardoor konden blijven hopen dat het afscheid geen definitief afscheid was, bleven verlammeende en zelfdestructieve symptomen achterwege. Ook de benodigde energie die de pogingen om een nieuw leven op te bouwen vereisten, was volgens Nederland een reden van het optreden van een latentieperiode. Krystal, die net als Nederland neurotische schuldgevoelens bij overlevenden in het centrum van de symptomatologie plaatst, vermoedt dat masochistische tendensen, veroorzaakt door een geïnternaliseerde agressie, de symptomen voor langere of kortere tijd konden absorberen (Krystal & Nederland, 1968).

Het probleem van een causaal verband van de late gevolgen met de oorlog is er niet eenvoudiger op geworden nu gebleken is dat de latente fase veertig, vijftig en wellicht ook zestig jaar kan duren. De late decompensatie zou immers met andere recentere trauma's of gebeurtenissen in verband kunnen staan. De laatste jaren probeert men dan ook aannemelijk te maken dat een keten van ontwikkelingspsychologische, emotionele en existentiële crises, verdrongen of anderszins sterk verdedigde aspecten van vervolgingservaringen kunnen activeren. De vervolgingservaringen kunnen dan de normale verdediging tegen latere crises ondermijnen. In deze zin zou de op hogere leeftijd manifest geworden symptomatologie theoretisch in verband gebracht kunnen worden met oorlogs- en vervolgingstraumata (zie hoofdstuk 24 van dit boek).

De symptomen van het concentratiekampsyndroom of overlevendensyndroom zijn door verschillende auteurs lang niet altijd in dezelfde bewoordingen beschreven. Nederland heeft de meest voorkomende symptomen beschreven (Krystal & Nederland, 1968). Deze symptomen kwamen uiteraard niet bij alle overlevenden voor. Het overlevendensyndroom is beschreven aan de hand van de klachten en verschijnselen die men tegenkwam bij patiënten en bij mensen die op grond van lichamelijke en/of psychische klachten in aanmerking hoorden te komen voor een uitkering volgens de oorlogswetten. Ook bij deze geselecteerde groepen kwamen de symptomen niet allemaal voor en bovendien verschilden zij in ernst.

#### 1 *Angst*

Angst is de meest voorkomende klacht. Het karakter van de angst kan variëren van een chronische neiging tot piekeren, verhoogde waakzaamheid en fobieën tot een (diffuse) angst voor hernieuwde vervolging of een overheersend gevoel van naderende catastrofe.

#### 2 *Slaapstoornis*

Ook slaapstoornissen behoren tot de frequente klachten. Zij hangen sterk samen met angststoornissen. De klachten behelzen problemen met in- of



doorslapen en nachtmerries of angstdromen. In de nachtmerries worden veelal specifieke vervolgingservaringen herbeleefd en herhaald. Het ontwaaken is dan vaak een pijnlijk en moeizaam moment, gepaard gaand met verwarring waarbij men zich soms in de oorlog terugwaant. Elk willekeurig actueel lichamelijk of psychisch ongemak kan dit soort angstdromen te weegbrengen. Ook slaapzucht komt voor. Dit langdurig slapen dient om het trauma te ‘vergeten’.

### 3 *Emotionele blokkade of affectintolerantie*

Emotionele blokkades of affectintolerantie treden vaak naast de bovengenoemde verschijnselen op. Nederland en Krystal constateren dat in veel gevallen de objectrelaties van overlevenden sterk verarmd en ambivalent zijn. Het gevoel ‘anders’ of beschadigd te zijn, kan het motief zijn om contacten buiten de eigen kring zo veel mogelijk te beperken. Ook angststoornissen en wantrouwen kunnen sociale isolatie veroorzaken. Schuldgevoelens en verlatingsangst kunnen oorzaak zijn van het onvermogen lief te hebben. Maar schuldgevoel en verlatingsangst kunnen ook de reden zijn van overmatige afhankelijkheid. De relaties met de partner en de kinderen kunnen zeer symbiotisch en ambivalent van karakter zijn. Zelfhaat of een gebrek aan zelfwaardering vormen soms een onoverkomelijk obstakel voor stabiele en bevredigende relaties. In sommige gevallen is er sprake van een sterke affectieve vervlakking; het onvermogen emoties gewaar te worden of uit te drukken, of deze nu liefde, plezier of woede inhouden.

### 4 *Schuldgevoel*

Schuldgevoel bij overlevenden van jarenlange intense vervolgingen is een uiterst navrante paradox. In de door Nederland en Krystal onderzochte groep lijdt 92 procent in mindere of meerdere mate aan overlevingsschuld. Een groot aantal deskundigen deelt de overtuiging dat de pathogenese van posttraumatische symptomatologie bij overlevenden vooral door de ontwikkeling van neurotische schuldgevoelens bepaald wordt. Men veronderstelt dat de ernst van overlevingsschuld in relatie staat met het verlies van naaste verwanten. Overlevenden voelen zich niet alleen schuldig aan de dood van anderen, maar ook aan het eigen onvermogen tijdens de vervolgingen actief geweest te zijn, verzet te plegen, mensen te helpen of ‘normale’ menselijke emoties te voelen zoals immense woede, verdriet of zelfs maar verontwaardiging.

### 5 *Depressie*

Depressie kwam veelvuldig voor en was meestal chronisch van aard. Seksueel geweld of het verlies van een kind of kinderen ten gevolge van de nazi-terreur blijken verantwoordelijk voor de zwaarste depressies onder overlevenden. In iets mindere mate geldt dit ook voor de dood van andere familieleden. Overlevingsschuld bleek in dit onderzoek significant gecorreleerd aan



depressiviteit. Krystal en Niederland zijn van mening dat de depressieve manifestaties van vervolgingsslachtoffers vooral geassocieerd zijn met angststoornissen en in de ergste gevallen met wanen. Gevoelens van wanhoop, apathie, zelfhaat en het onvermogen vreugde te beleven en agressieve impulsen te reguleren, zijn bij deze patiënten tijdelijke, maar vaker chronische verschijnselen. Als basis van een reactieve depressie vermoedt men een naar binnen (op het zelf) gerichte agressie. De psychiater Hoppe heeft bij een deel van zijn patiënten geconstateerd dat de agressie soms ook geëxternaliseerd wordt. Deze mensen lijden daarom niet aan overlevingsschuld, maar ze zijn evenmin in staat te rouwen om de vele verliezen die zij tijdens de oorlog geleden hebben. Het externaliseren van agressie staat daarmee een helende ontwikkeling in de weg en kan zo leiden tot wat Hoppe ‘chronisch reactieve agressie’ noemt. Dit verschijnsel komt slechts in zoverre overeen met de ‘chronisch reactieve depressie’ dat in objectrelaties gevoelens van haat en liefde vergaand aan elkaar gelieerd zijn (Hoppe, 1962).

#### 6 *Stoornis cognitie en geheugen*

Stoornissen van de cognitie en het geheugen komen ook veelvuldig voor. Veel patiënten zijn zich bewust van een zekere mate van verstoring in de cognitie vanaf een bepaald moment na de bevrijding. Vrijwel algemeen zijn geheugenstoornissen. Een totale of gedeeltelijke amnesie voor bepaalde gebeurtenissen of perioden komt eveneens voor. Wanneer men zich deze zwarte gaten in het geheugen bewust wordt, heeft dit vaak paniek, verwarring en desoriëntatie tot gevolg. Ook veranderingen in de identiteit en het zelfbeeld kunnen als een verschijningsvorm van cognitiestoornissen geïnterpreteerd worden. Overlevenden kunnen soms of permanent het gevoel hebben ‘anders’ te zijn dan anderen of anders te zijn dan vroeger – het premorbide zelf.

#### 7 *Psychosomatiek*

Psychosomatische klachten vormen een al te lange lijst om te vermelden. De klachten behelzen onder meer symptomen als maagzweren, hoge bloeddruk, rug- en hoofdpijnen, reumatische aandoeningen en hartinfarct. Veel psychosomatische klachten kunnen opgevat worden als angstequivalenten. In plaats van dat men angst gewaar wordt, reageert men met tal van vegetatieve symptomen (zie ook Hoppe, 1968). Bekende verschijnselen hiervan zijn overmatig transpireren, koude rillingen, hyperventilatie, buikkrampen en hartritmestoornissen. Vaak gaan deze symptomen wél gepaard met de beleving van hypochondrische angsten. Seksuele disfuncties zoals impotentie, frigiditeit en menstratiestoornissen maken ook deel uit van het spectrum.

De conceptuele ontwikkelingen en psychodynamische theorieën die ondanks en dankzij bovengenoemde tegenstellingen in de loop der jaren gegroeid zijn, stoelen vooral op casuïstische studies. Het grote aantal expertises en contra-expertises die ten behoeve van de verschillende schadeloosstellingen geschreven zijn, vormen hier een belangrijk bestanddeel van.

Deze casuïstiek zou in principe voldoende toetsbare hypothesen hebben moeten opleveren. Er is echter relatief weinig systematisch en statistisch onderzoek gedaan. Eén verklaring voor dit verschijnsel is misschien de defensieve houding waarin deskundigen zich gemanoeuvreerd wisten door negatieve confrontaties met uitvoerende instanties van de verschillende wetten. De verbanden binnen de problematiek van oorlogsgetroffenen zijn met het oog op de wetgeving al diffuus genoeg. Vanuit wetenschappelijk oogpunt is zo'n houding echter niet te rechtvaardigen. Het verwerpen van een theorie leidt immers niet tot minder, maar tot meer kennis (Popper, 1959).

### De posttraumatische stressstoornis

Een aanzienlijke kentering in de tot dan toe beperkte belangstelling voor trauma's en de mogelijke gevolgen daarvan kwam met de introductie van de DSM-III. Vanaf het midden van de jaren tachtig werd dit Amerikaanse classificatiesysteem steeds meer bij opleidingen en instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg gebruikt ter vervanging van een ratjetoe aan nomenclatuur, diagnostische criteria en 'neuroseleren'. De Europese International Classification of Disorders (ICD) heeft nooit de positie gehad die de DSM nu heeft. Vooral het meerassige systeem van de DSM-III voldeed aan de behoefte om ook complexere stoornissen en comorbiditeit te beschrijven. Het bood tevens een mogelijkheid om psychosociale factoren bij de diagnostiek te betrekken. In de derde editie van de DSM (APA, 1980) was in de Verenigde Staten voor het eerst de Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) opgenomen. Daardoor werden posttraumatische stoornissen ook in West-Europa een 'officieel erkende' classificatie. De introductie van PTSD heeft de toch al groeiende belangstelling voor persoonlijk leed sterk bevorderd (zie hoofdstuk 2 van dit boek). Een andere belangrijke verandering is het verlies aan invloed van psychoanalytische theorieën en concepten op de ontwikkelingen van de psychotraumatologie. De moderne traumatheorieën zijn nu vooral geschraagd op gangbare stress- en leertheorieën.

Al vrij snel na de introductie van de posttraumatische stressstoornis (PTSS) heeft dit begrip onder spanning gestaan. Onder de eersten die zich tegen dit nieuwe concept verzetten, behoorden degenen die zich al veel langer met de aversieve gevolgen van trauma's, in dit geval oorlogstrauma's, bezighielden. Zoals eerder is beschreven waren dit vooral psychoanalytici of psychoanalytisch georiënteerde psychiaters die zelf tijdens de oorlog vervolgd waren. Zij hadden met name moeite met het feit dat de gevolgen van de oorlog, en ook andere ingrijpende traumatische ervaringen, gereduceerd werden tot een tamelijk simpel stelsel van symptomen. Dit stelsel zou slechts de uiterlijke verschijningsvorm beschrijven van in werkelijkheid veel complexere verschijnselen, zoals beschreven in het overlevendensyndroom. Ook het reduceren van de pathogenese tot een gebeurtenis die 'buiten de normale menselijke ervaring valt' (APA, 1980), waarbij het er niet werkelijk toe leek te doen of het trauma een verkeersongeval of het overleven van een vernietigingskamp was, stuitte op verzet, op weerzin zelfs (Dane, Mourits & Vos, 1987).

Behalve deze bezwaren tegen PTSS, speelden wellicht ook nog andere motieven een rol. Bij veel overlevenden overheerste het gevoel dat de vervolgingen, de grotendeels gelukke poging tot genocide op joden, zigeuners en nog enkele andere bevolkingsgroepen die in de nazi-optiek *lebensunwürdig* waren, een gebeurtenis was die in de geschiedenis zijn weerga niet kende. Elke poging om een dergelijke ervaring over een kam te scheren met bijvoorbeeld een auto-ongeluk, riep verzet op: “De Holocaust laat zich noch reduceren noch vergelijken.” Ook in de geschiedwetenschap stuitte de gedachte dat ‘Auschwitz’ als een gewoon historisch verschijnsel vergeleken kon worden met andere genociden op hevig verzet. Aan het eind van de jaren tachtig woedde in Duitsland een heuse *Historikerstreit* (Aarts, 1988).

Ook de huidige critici van PTSS ervaren in toenemende mate problemen met dit concept. Het word steeds duidelijker dat de psychische en lichamelijke gevolgen van ernstige traumatisering complexer en gevarieerder zijn dan de clusters van herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid toelaten. Onderzoek heeft tevens duidelijk gemaakt dat andere angststoornissen, depressie, middelenmisbruik, psychosomatische en/of somatoforme reacties en persoonlijkheidsveranderingen zoals hostiliteit vaak samengaan met PTSS. Uit een overzicht is gebleken dat in tachtig procent van de gevallen van PTSS sprake is van comorbiditeit (Van der Kolk e.a., 1996, zie ook hoofdstuk 3 van dit boek). Daarnaast voldoen niet alle mensen die lijden onder de gevolgen van traumatische gebeurtenissen aan de criteria van PTSS. Er is in meerdere gevallen sprake van andere primaire symptoomclusters, zoals dissociatieve en affectieve stoornissen en angststoornissen, die eveneens ernstig lijden met zich meebrengen. Men betwijfelt tegenwoordig of PTSS als normale, zij het intense reactie op schokkende gebeurtenissen voldoende valide is om ook de vaak diepgaande pathologie als gevolg van ernstige traumata te beschrijven (Yehuda & McFarlane, 1995, Van der Kolk e.a., 2005).

Een ander bezwaar tegen PTSS is dat de kernsymptomen herbeleving, vermijding en *hyperarousal*, een ‘normale’ reactie zijn op een ‘abnormale’ gebeurtenis of toestand (Kleber, Figley & Gersons, 1995). Het alterneren van herbelevingen en vermijding en de fysieke agitatie die daarmee gepaard gaat, zijn zelfs voorwaarden voor de verwerking van trauma’s (Horowitz, 1978; Aarts, 1990). De kritiek is dat het label ‘stoornis’ de op zich normale verschijnselen bij traumagetroffenen reduceert tot een ziekte en de persoon in kwestie tot slachtoffer. Daar is echter tegenin te brengen dat er pas sprake is van een stoornis wanneer het verwerkingsproces gedurig stagneert en de symptomen van PTSS persisteren.

Ten slotte wordt PTSS als volstrekt ontoereikend beschouwd om posttraumatische reacties bij kinderen te beschrijven. Door hun afhankelijkheid van volwassenen en de nog weinig gedifferentieerde en stabiele persoonlijkheidsstructuur, zijn kinderen extra kwetsbaar voor het ondergaan van intermenselijk geweld en voor de psychische gevolgen daarvan. Zij betalen niet alleen in hun kindertijd maar ook als volwassenen een tol voor de mishandeling, verwaarlozing, misbruik en vernederingen die zij vaak jarenlang hebben ondergaan. Wanneer deze kinderen in contact komen met de hulpverlening – helaas is dit vaker uitzondering dan regel – zijn zij gebaat bij een ade-

quate diagnostiek. Maar bij afwezigheid van PTSS worden de gevolgen van hun traumatisering al te gemakkelijk over het hoofd gezien of zelfs ontkend (Putnam, 2003; zie ook hoofdstuk 21 van dit boek).

De kritiek die eigenlijk van meet af aan het PTSS-concept begeleidde, was er aanleiding voor om in de beide hernieuwde versies van de DSM (1987 en 1994) PTSS anders te formuleren. Verder zijn ook pogingen ondernomen om naast de acute traumarespons, die PTSS uiteindelijk is, posttraumatische reacties op ernstige en langdurige trauma's te beschrijven op een manier die meer recht doet aan de complexiteit en gevarieerdheid van de symptomatologie. De zogenaamde *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (DESNOS), ook wel complexe PTSS genoemd, werd ontwikkeld (Herman, 1992; Davidson & Foa, 1993). De onderbouwing van dit nieuwe concept is echter nog niet van dien aard dat DESNOS in de DSM-IV (APA, 1994) kon worden opgenomen (Kilpatrick (2005, Briere & Spinazzola, 2005).

De ontwikkeling van het PTSS-concept heeft ook belangrijke voordelen met zich meegebracht. Zoals al eerder gesteld betekende de acceptatie van het concept door de American Psychiatric Association de legitimering van posttraumatische klachten. Daarmee heeft het ook zeker bijgedragen aan de sterk toegenomen belangstelling bij hulpverleners. Een ander belangrijk voordeel is dat de omschrijving van de symptoomclusters empirisch en epidemiologisch onderzoek aanzienlijk gemakkelijker maakte. In een snel tempo werden vragenlijsten en klinische interviews ontwikkeld. De huidige kennis die momenteel bestaat over de prevalentie in min of meer aselechte groepen en in patiëntengroepen is daaraan te danken. Hoewel aanvankelijk de indruk bestond dat – zoals Hegel het ongeveer formuleerde – het denken ophoudt waar het rekenen begint, levert datzelfde rekenen ons nu toch belangrijke bewijzen voor verschijnselen als comorbiditeit, predisponerende factoren en de betekenis van sociale ondersteuning. De ontwikkelde vragenlijsten zijn ook behulpzaam bij onderzoek naar de effecten van diverse behandeltechnieken. De scherpe kritiek op het concept heeft ertoe geleid dat het denken niet is opgehouden.

Recent ontwikkelde *neuro-imaging*-technieken en sterk verbeterde psychofarmaca hebben sinds enkele jaren de belangstelling voor neurologische en endocriene processen en invloeden sterk doen toenemen (zie hoofdstuk 6 van dit boek). Het lijkt erop dat het organisch substraat van psychologische processen met behulp van deze nieuwe technieken zichtbaar en aantoonbaar gemaakt kan worden. Het zou echter jammer zijn wanneer het zoeken en vinden van een substraat zou leiden tot verwarring over de *oorzaak* van mentale processen. Materialistische opvattingen over het menselijk zijn en functioneren zijn nooit volledig uit de psychiatrie verdwenen. Wel was het 'organisch determinisme' dat de psychiatrie zo lang domineerde de laatste decennia aan ernstige slijtage en kritiek onderhevig. De huidige successen vestigen terecht opnieuw de aandacht op de samenhang tussen (neuro-)organismen en het psychisch functioneren (De Graaf, 1998). Maar de mens als complexe en complete entiteit kan in materialistische termen nooit voldoende begrepen en beschreven worden. Ook de mogelijkheid om delen van het organisme te manipuleren en te beïnvloeden, is niet identiek aan een verkla-

ring voor het functioneren van de menselijke psyche in zijn totaliteit. Bovendien geeft het geen antwoord op de vraag van oorzaak en gevolg.

### Tot slot

Het mag duidelijk zijn dat, om Fukuyama te parafraseren, er nog geen einde gekomen is aan de geschiedenis van de psychotraumatologie. Evenmin zijn er tekenen dat er een einde zal komen aan trauma's zelf. Rampen, oorlogen, gezinsgeweld; tal van existentiële en emotionele crises zullen inherent blijven aan het bestaan. De nog steeds groeiende aandacht voor trauma's en de repercussies daarvan, doet hopen dat inzichten en kennis ditmaal niet zullen teloor gaan zoals dat in eerdere perioden wel gebeurde. Integendeel, deze aandacht geniet momenteel een dermate breed draagvlak in verschillende disciplines en psychologische scholen dat verwacht kan worden dat de kennis en inzichten verder verdiept zullen worden. Ook buiten- en voorwetenschappelijk factoren spelen een rol bij de ontwikkeling van diagnostische constructen (zie hoofdstuk 2 van dit boek).

### Literatuur

- Aarts, P.G.H. (1990). De kunst van het verwerken. Thema's en trauma's in psychologisch perspectief. In: D.H. Schram & C. Geljon (red.) *Overal Sporen. De verwerking van de Tweede Wereldoorlog in literatuur en kunst*. Amsterdam: VU-Uitgeverij, 297-325.
- Aarts, P.G.H. (1988). Die Gedanken sind nicht so Frei. Ein Beitrag zum denken über zeitgeschichtliche Erinnerungen. In: D. Bar-On, F. Beiner & M. Brusten (Hrsg.) *Der Holocaust – Familiale und gesellschaftliche Folgen. Aufarbeitung in Wissenschaft und Erziehung?* Wuppertal: Universitäts Verlag, 158-165.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, DSM-IV*. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, DSM-III*. Washington DC: APA.
- Bastiaans, J. (1957). *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet*. Amsterdam: Noord-Hollandsche Uitgevers Maatschappij.
- Bastiaans, J. (1974). Het KZ-syndroom en de menselijke vrijheid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 118, 31, 1173-1178.
- Baeyer, W.R. von & Binder, W. (1982). *Endomorphe Psychose bei Verfolgten*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Berger, D.M. (1977). The survivor syndrome: A problem of nosology and treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 31, 238-251.
- Bettelheim, B. (1943). Individual and mass behaviour in extreme situations. *Journal of abnormal Social Psychology*, 38, 417-452.
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 401-412.

- Bychowski, G. (1968). Permanent character changes as an after effect of persecution. In: H. Krystal & W.G. Niederland (Eds.) *Massive psychic trauma*. New-York: International Universities Press, 75-86.
- Cohen, E.A. (1972). Het post-concentratiekampsyndroom: een 'disaster'-syndroom. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 116, 1680-1685.
- Cohen, E.A. (1952). *Het Duitse concentratiekamp: een medische en psychologische studie*. Amsterdam: Paris.
- Dane, J., Mourits, H.A.A. & Vos, N. (red.) (1987). *Medische causaliteit en late oorlogsgevolgen*. Utrecht: Stichting ICODO.
- Davidson, J.R.T. & Foa, E.B. (Eds.) (1993). *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. London: American Psychiatric Press.
- Draijer, P.J. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten*. Amsterdam: SUA.
- Eissler, K.R. (1963). Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben. *Psyche*, 17, 241-291.
- Eitinger, L. (1961). Pathology of the concentrationcamp syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 5, 371-379.
- Gersons, B.P.R. & Carlier, I.V.E. (1992). Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept. *British Journal of Psychiatry*, 161, 742-748.
- Graaf, Th. K. de (1998). *Trauma and psychiatry. The role of individual and transgenerational traumatization in the causation of psychobiological illness*. Tilburg: Tilburg University Press.
- Helweg-Larsen, P., e.a. (1952). Famine disease in German concentration camps. *Acta Psychiatrica*, 83, Supplement, 11-457.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence, from Domestic Abuse to Political terror*. New York: Basic Books. (Nederlandse editie, 1993).
- Hoppe, K.D. (1968). Re-somatization of affects in survivors of persecution. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 324-326.
- Hoppe, K.D. (1966). The psychodynamics of concentrationcamp victims. *The Forum*, 1, 76-86.
- Hoppe, K.D. (1962). Verfolgung, Aggression und Depression. *Psyche*, 18, 521-537.
- Horowitz, M.J. (1978). *Stress response syndromes*. Northvale: Jason Aronson.
- Hustinx, A. (1973). Het existentieel emotioneel stresssyndroom. Sociale aspecten in de genese en bij de behandeling. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 28, 197-206.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Kilpatrick, D.G. (2005). Special section on complex trauma and a view thoughts about the need for more rigorous research on treatment efficacy, effectiveness and safety. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 379-384.
- Kleber, R.J., Brom, D. & Defares, P.B. (1986). *Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kleber, R.J., Figley, C.R. & Gersons, B.P.R. (Eds.) (1995). *Beyond Trauma. Cultural and Societal Dynamics*. New York: Plenum Press.
- Koenig, W. (1964). Chronic or persisting Identity diffusion. *American Journal of Psychiatry*, 120, 1081-1084.
- Kolk, B.A. van der, Brown, P. & Hart, O. van der (1989). Pierre Janet on post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 365-378.

- Kolk, B.A. van der & Hart, O. van der (1989). Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.
- Kolk, B.A., van der, Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A.C. & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation. The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1, 83-93.
- Kolk, B.A. van der, Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 5, 389-400.
- Krystal, H. & Niederland, W.G. (Eds.) (1968). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Lifton, R.J. (1980). The concept of the survivor. In: J.E. Dimsdale (Ed.) *Survivors, victims and perpetrators: essays on the Nazi Holocaust*. Washington: Hemisphere, 113-126.
- Matussek, P. (1975). *Internment in concentration camps and its consequences*. Berlin/Heidelberg/ New York: Springer Verlag.
- Nathan, T.S., Eitinger, L. & Winnik, H.Z. (1964). A psychiatric study of survivors of the Nazi Holocaust: a study of hospitalized patients. *Israel Annals of psychology*, II, 1, 47-80.
- Niederland, W.G. (1980). *Folgen der Verfolgung: Das überlebenden-Syndrom. Seelenmord*. Frankfurt a/M: Suhrkamp.
- Niederland, W.G. (1968a). An interpretation of the psychological stresses and defences in concentration camp life and the late after-effects. In: H. Krystal & W.G. Niederland (Eds.) *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Niederland, W.G. (1968b). The problem of the survivor. In: H. Krystal & W.G. Niederland (Eds.) *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Popper, K.R. (1959). *The logic of scientific discovery* (1968, 2e druk). London: Hutchinson.
- Presser, J. (1977). *Ondergang. De vervolging en vergelding van het Nederlands Jodendom 1940-1945* (2 delen). Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Pross, Chr. (1988). *Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer*. Hamburg: Hamburger Institut für Sozialforschung, Athenäum.
- Putman, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Rappaport, E.A. (1968). Beyond traumatic neurosis. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 719-731.
- Schulte, W. (1953). Cerebrale Defektsyndrome nach schwerer Hungerdystrophie und Möglichkeiten ihrer Kompensierung mit einem Blick auf Heimkehrerdepressionen und forensische Komplikationen. *Nervenarzt*, 24, 10, 415-419.
- Swaan, A. de (1981). The survivors' syndrome: private problems and social repression. In: *Israel-Netherlands symposium on the impact of persecution II*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur, 85-94.
- Tas, J. (1946). Psychische stoornissen in concentratiekampen en bij teruggekeerden. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 6, 143-150.
- Thygesen, P. & Hermann, K. (1954). *La deportation dans les camps de concentration allemands et ses sequelles*. Parijs: Fédération Internationale de Résistance.
- Velde, W. op den (1999). De rol van stress bij posttraumatische stressstoornissen. In: T.J. Heeren e.a. (red.) *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 34-47.
- Velde, W. op den (1989). Posttraumatisch stressstoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 133, 1586-1593.



- Velde, W. op den, Koerselman, G. F. & Aarts, P. G. H. (1994). Countertransference and World War II resistance fighters: Issues in diagnosis and assessment. In: J. P. Wilson & J. D. Lindy (Eds.) *Countertransference in the treatment of post-traumatic stress disorder*. New York: Guilford Press, 308-327.
- Venzlaff, U. (1964). Mental disorders resulting from racial persecution outside of concentration camps. *International Journal of Social Psychiatry*, 4, 177-183.
- Venzlaff, U. (1958). *Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sogenannten Unfallsneurosen)*. Berlin/Göttingen/Heidelberg: Springer.
- Weisaeth, L. (2002). The European history of psychotraumatology. *Journal of traumatic stress*, 15, 6, 443-452.
- Wind, E. de (1968). Begegnung mit dem Tod. *Psyche*, 22, 423-441.
- Wind, E. de (1949). Confrontatie met de dood. *Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandica*, 52, 459-466.
- Withuis, J. (2002). *Erkenning. Van oorlogstrauma naar klaagcultuur*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Yehuda, R. & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 12, 1705-1713.
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing posttraumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press.