

## Tilburg University

### Problemen groter dan gedacht

van der Velden, P.G.

*Publication date:*  
2013

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*  
van der Velden, P. G. (2013). *Problemen groter dan gedacht*. Tilburg University.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# Problemen groter dan gedacht



Inaugurele rede door  
Prof. dr. Peter G. van der Velden

**Prof. dr. Peter G. van der Velden** is GZ-psycholoog en hoogleraar Victimologie bij INTERVICT, Tilburg Law School, van Tilburg University. Zijn leerstoel, de Pieter van Vollenhoven-leerstoel, wordt mogelijk gemaakt door het Fonds Slachtofferhulp.



# PROBLEMEN GROTER DAN GEDACHT

Inaugurele rede door Prof. dr. Peter G. van der Velden

© Peter G. van der Velden, 2013

ISBN: 978-94-6167-176-9

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier.

[www.tilburguniversity.edu/nl](http://www.tilburguniversity.edu/nl)

---

Mijnheer de Rector Magnificus,

Mevrouw de Decaan van Tilburg Law School,

Dames en heren,

**Inleiding** Mijn vakgebied gaat over mensen die geconfronteerd zijn geweest of geconfronteerd worden met schokkende gebeurtenissen, variërend van geweld, criminaliteit en ongevallen tot rampen en calamiteiten. Door onderzoek proberen we onder meer inzicht te krijgen in de mogelijke gevolgen ervan op het leven, welzijn en gezondheid van getroffenen, en vooral te begrijpen waarom deze gevolgen zich voordoen. Die kennis is nodig om gericht maatregelen of interventies op allerlei niveaus te kunnen ontwikkelen, om eventuele risico's en schade te beperken. Daarbij hoort ook het onderzoeken van de effectiviteit van dergelijke maatregelen en interventies.

Het is daarmee een enorm breed, boeiend en rijk geschakeerd vakgebied met een grote maatschappelijke waarde. Breed, omdat het leven, welzijn en gezondheid meer omvatten dan schokkende gebeurtenissen, en de context ervan vormt. Boeiend omdat zoveel vragen tegelijkertijd spelen. Rijk geschakeerd omdat het vragen betreft op het terrein van rechten, psychologie, ethiek, politicologie, economie, biologie en geneeskunde. Aan onderwerpen voor een oratie is dan ook geen gebrek. Eén springt er voor mij uit, namelijk dat de problemen groter zijn dan gedacht.

**Terugblik** Daarvoor neem ik u eerst mee terug naar de jaren '60-'70 van de vorige eeuw. In die tijd verschenen tamelijk alarmerende en indringende artikelen over (vroeg)volwassen kinderen van Joodse overlevenden van de Holocaust. Verschillende auteurs rapporteerden sterke gevoelens van onder meer schuld, depressie, angst en rebellie bij deze na-oorlogse groep (Cf. Rakoff, 1966; Rakoff, Sigal, & Epstein, 1967; Sigal, & Weinfeld, 1989). Tegelijkertijd constateerden zij in de gezinnen van Holocaust-overlevenden een bijzondere, doch psychologisch 'ongezonde', wederzijdse overbetrokkenheid tussen de Holocaust-overlevenden en hun kinderen. Deze opvoeding zou zich verder karakteriseren door grote problemen met de opkomende zelfstandigheid van de kinderen, rolomdraaiing (parentificatie) en het verlies van directe contacten. Diverse artikelen van met name therapeuten volgden, met een vrijwel identieke alarmerende boodschap: er was sprake van transgenerationale traumatisering (van der Velden, 1999). Eerder hadden studies onder veteranen van de Tweede Wereldoorlog al melding gemaakt van mogelijke nadelige invloed van de oorlogservaringen op hun kinderen (Stolz, 1954: in Hunter, 1988).

Deze studies bleven om begrijpelijke redenen niet onopgemerkt: de verschrikkelijke gevolgen van de Holocaust hadden een negatieve uitwerking op een nieuwe generatie die zelf de oorlog *niet* had meegemaakt! Waren de problemen groter dan vermoed of gedacht?

Er volgden ook zeer kritische reviews en commentaren op de uitkomsten van deze (met name klinische) studies (Cf. Solkoff, 1981, 1992). Een hele reeks methodologische tekortkomingen werd blootgelegd. Die kritieken leidden tot somtijds felle debatten, omdat men meende dat werd ontkend dat er naoorlogse kinderen waren die leden onder het leed van hun ouders. Een reeks van beter opgezette empirische studies volgde, in met name Amerika en Israël, waarbij de (psychische) gezondheid van deze groep kinderen werd vergeleken met andere groepen kinderen (waarvan de ouders deze ervaringen niet hadden). Deze studies signaleerden dat een deel van de na-oorlogse generatie van Holocaustoverlevenden inderdaad met ernstige of zeer ernstige psychische problemen kampte. Echter zij vonden geen aanwijzingen, dat de onderzochte problemen vaker voorkwamen dan bij vergelijkingsgroepen (Feenstra, 1994; van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Sagi-Schwartz; Eland, van der Velden, Kleber, & Steinmetz, 1990; van der Velden, 1999).

Begin jaren '90 werd door het IVP een soortgelijk grootschalig vergelijkend onderzoek onder (volwassen) kinderen van Indische oorlogsgetroffenen uitgevoerd (van der Velden, Eland, & Kleber, 1994). De uitkomsten waren vrijwel identiek aan die onder de Joodse na-oorlogse generatie. Wederom volgden somtijds felle debatten: tussen onderzoekers

en hulpverleners, tussen onderzoekers en onderzoekers, en tussen onderzoekers en enkele vertegenwoordigers van de na-oorlogse generatie. Subtiel, en soms wat minder subtiel, werd de onderzoekers verweten 'de problemen' of 'het leed' van de na-oorlogse generatie te ontkennen: ze waren groter dan vermoed. Strikt genomen werden de noden of problemen niet ontkend: cijfermatig werden ze zelfs 'aangetoond'. Het 'ideale' onderzoeksresultaat was blijkbaar, dat de volwassen kinderen van oorlogsgetroffenen meer 'problemen' zouden hebben dan de vergelijkingsgroep; dat de problemen procentueel groter waren dan gedacht (Cf. van der Velden, 1999). Aldus werden problemen van een minderheid als illustratief gezien voor de gehele groep.

Tegelijkertijd gebeurde er ook iets anders. De keerzijde van de aandacht voor de problemen was, dat erkenning en waardering voor ouders die, ondanks hun oorlogsverschrikkingen, een veilige hechting konden realiseren (zonder continue overbetrokkenheid, afwijzing en emotionele distantie) daarmee in de schaduw kwam te staan. Zoals ook voor de volwassen kinderen die, ondanks de zware last van hun ouders en de doorwerking ervan in de opvoeding, hun veerkracht of zelfredzaamheid wisten te behouden. Daarnaast was in al deze debatten weinig aandacht voor andere stressvolle gebeurtenissen, schokkend of niet, waar veel mensen gedurende hun leven mee geconfronteerd worden, variërend van burenruzies, werkeloosheid, financiële problemen, onbeantwoorde liefdes, tot verslavingsproblemen en partnergeweld (IPV). Gebeurtenissen of omstandigheden die ook gepaard kunnen gaan met stress- of gezondheidsklachten en de opvoeding kunnen beïnvloeden (Cf. Archer, 2000; Weich, Patterson, Shaw, & Stewart-Brown, 2009; Wilson, & Durbin, 2012). Met andere woorden, de gehele context waarin mensen leven en werken en de betekenis van andere life-events, werd min of meer genegeerd (Cf. Drogendijk, van der Velden, Gersons, & Kleber, 2011).

**Gezondheid** Terug naar het leven en de gezondheid na schokkende gebeurtenissen. Inmiddels is genoegzaam bekend en ruim gedocumenteerd dat meestal bij een kleine minderheid van de getroffenen de gezondheid voor lange tijd sterk is ontregeld (Cf. Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007; Norris & Slone, 2013). Bij een ander en veel groter deel doet zich dat patroon niet voor: zij kampen niet, in veel geringere mate of minder lang met stress- of gezondheidsklachten. Bij een heel kleine groep nemen klachten in de tijd verder toe (Smid, Mooren, Mast, Gersons, & Kleber, 2009). Een recente stroom van onderzoek laat indringend zien, dat er circa 4-7 hoofdpatronen van stress- en gezondheidsklachten, c.q. patronen van het beloop van symptomen van de posttraumatische stress-stoornis (PTSS), door de tijd heen te onderscheiden zijn (zogenaamde trajectories: Cf. Bonnano, 2004; van Loey, Van der



Schoot, & Faber, 2012; Norris, Tracy, & Galea, 2009). Verder blijken er ook verschillen te bestaan tussen diverse typen schokkende gebeurtenissen. Bijvoorbeeld: onderzoeken naar het voorkomen van PTSS onder getroffenen van seksueel geweld zoals verkrachting, tonen systematisch hogere cijfers (prevalenties) dan studies naar PTSS onder slachtoffers van rampen (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001; Darves-Bornoz et al., 2008; Perrin et al., 2013).

**Risicofactoren** Van een afstand bezien, stelt het feit dat na ‘dezelfde’ schokkende gebeurtenissen de één wél en de ander niét kampt met ernstige en langdurige stress- en gezondheidsklachten ons voor een raadsel. Ze maken toch hetzelfde mee? Als mensen globaal met dezelfde ingrijpende en afschuwwekkende gebeurtenissen worden geconfronteerd, waarom zijn de verschillen in gezondheidseffecten dan zo groot? Wat verklaart de verschillen? Meer technisch gesproken: welke risicofactoren of omstandigheden verklaren verschillen in gezondheidsklachten tussen mensen? Wat zijn de determinanten ervan? Welke mechanismen spelen?

Inzicht hierin is van groot wetenschappelijk belang, maar niet alleen wetenschappelijk. Er is ook een praktisch belang. Stel dat we met behulp deze risicofactoren met vrij grote zekerheid zouden kunnen zeggen welke mensen niét en welke mensen wél groot risico lopen op ernstige stress- en gezondheidsklachten. Dan zouden we bijvoorbeeld weten welke mensen na allerlei schokkende gebeurtenissen naar alle waarschijnlijkheid in aanmerking komen voor aanvullende hulp, en gericht deze hulp kunnen aanbieden. Minstens zo belangrijk: bij andere getroffenen zouden we erop kunnen vertrouwen dat zij veerkrachtig en zelfredzaam genoeg zijn. Voor deze grote groep blijft natuurlijk erkenning en normale steun vanuit de eigen omgeving van belang, maar de hulpverlening kan zich dan volledig richten op mensen die professionele hulp wél nodig hebben. Immers, bij de eerste groep zijn er geen redenen om ze te bejegenen en te behandelen als potentiële patiënten: integendeel.

We zouden dan bijvoorbeeld ook weten welke mensen geschikt of minder geschikt zijn voor bepaalde beroepen waar de kans groot is dat men met criminaliteit, geweld, ongevallen en dergelijke wordt geconfronteerd. Deze kennis zou behulpzaam kunnen zijn bij werving en selectie, en aldus misère deels voorkomen. Tot slot, en zonder hier volledig te willen zijn, inzicht in met name veranderbare risicofactoren (in tegenstelling tot bijvoorbeeld niet-veranderbare risicofactoren zoals leeftijd en geslacht) opent de weg voor succesvolle interventies.

In de afgelopen decennia hebben zeer veel onderzoekers zich beziggehouden met precies dié vraag: hoe kunnen we die opmerkelijke verschillen in gezondheidsklachten na schokkende gebeurtenissen verklaren? Ze hebben in ieder geval een breed scala van studies opgeleverd onder mensen die zijn getroffen door zeer uiteenlopende schokkende gebeurtenissen. Naast oorlog, onderzochten zij in dit kader de gevolgen van bijvoorbeeld criminaliteit, seksueel geweld en partnergeweld, mensenhandel, oorlog, auto- en vliegverkeersongevallen, rampen, maar ook ernstige lichamelijke ziekten zoals aids, kanker, multiple sclerose en hartfalen (Cf. Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Devries et al. 2013; Kangas, Henry, & Bryant, 2002; Digangi, Guffanti, McLaughlin, & Koenen, 2013; Ostacoli et al., 2013; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Zimmerman et al., 2008). De bestudeerde groepen op hun beurt variëren van getroffen oudere en jongere burgers, van militairen tot politie-, brandweer- en ambulancepersoneel die bij ernstige ongevallen, suïcides, en andere calamiteiten betrokken zijn.

Ik begon mijn lezing met volwassen kinderen van oorlogsgetroffenen, een groep waar therapeuten verontrustende patronen waarnamen. Een groep die in theorie als een groep 'indirect getroffen' kan worden getypeerd, en er zijn meer van dergelijke groepen indirect getroffen die in dit kader onderwerp van onderzoek zijn. Zo zijn bijvoorbeeld therapeuten die getraumatiseerde mensen behandelen, ook al langer onderwerp van studie (Devilly, Wright, & Varker, 2009). Bij hen speelt de vraag: is het werken met getraumatiseerden ook 'traumatiserend', en voor wie met name?

De lijst met onderzochte potentiële risicofactoren is zeker niet oneindig, maar wel groot en in ieder geval zeer gevarieerd. Ze zijn op diverse manieren in te delen, zoals in objectieve en subjectieve factoren; in sociale, psychologische, economische en biologische factoren. Ze kunnen ook worden verdeeld in factoren die vóór, tijdens of ná de gebeurtenissen aanwezig waren of zijn. In de onderzoekspraktijk is sprake van een mengeling ervan. Concrete voorbeelden van onderzochte risicofactoren zijn: symptomen van de acute stress stoornis (Bryant, 2003), problemen met het verwoorden van gedachten of gevoelens (alexithymia; Frewen, Dozois, Neufeld, & Lanius, 2008), demografische kenmerken zoals leeftijd en geslacht (Tolin & Foa, 2006), cognitieve vaardigheden en intelligentie (Breslau, Chen, & Luo, 2013; Buckley & Blanchard, 2000), peri-traumatische dissociatie (Lensvelt-Mulders, van der Hart, van Ochten, van Son; Steele, & Breeman, 2008; van der Velden, & Wittmann, 2007), sociale steun (Guay, Billette, & Marchand, 2006), genetische kenmerken (Digangi, Guffanti, McLaughlin, & Koenen, 2013), sociaal kapitaal (de Wind, & Komproe, 2012), en alcohol- en sigarettengebruik (van der Velden, & Kleber, 2009). Deze korte opsomming is verre van volledig.

**Conclusies** Welke conclusies kunnen we nu trekken uit alle afzonderlijke studies en overzichtsstudies die vervolgens daarop zijn gebaseerd (systematische reviews en meta-analyses)? De belangrijkste is wellicht, dat er niet één risico-factor bestaat die precies voorspelt welke mensen na schokkende gebeurtenissen ernstige en langdurige stress- en gezondheidsklachten hebben, en welke mensen niet. Er is niet één factor die voor alle typen schokkende gebeurtenissen hier exact inzicht in geeft. Risicofactoren waarvan inmiddels in onderzoek is vastgesteld dat ze wél systematisch samenhangen met gezondheidsklachten en met name PTSS, verklaren afzonderlijk in relatief beperkte of zeer beperkte mate hoe het na afloop met mensen gaat. Daarbij laten we het probleem, dat veel studies zijn gebaseerd op herinneringen (retrospectieve informatie) over schokkende gebeurtenissen, buiten beschouwing (Cf. DiGangi, Gomez, Mendoza, Jason, Keys & Koenen, 2013; Rosen, & Lilienfeld, 2007). Zoals wat te doen met de uitkomsten van bijvoorbeeld een zes jaar durende studie naar (in)consistenties in herinneringen van schokkende gebeurtenissen? Veel deelnemers (40%) konden zich zes jaar eerder gerapporteerde schokkende gebeurtenissen niet herinneren (Hepp, Gamma, Milos, Eich, Ajdacic-Gross, Rössler, Angst & Schnyder, 2006). Het overall percentage inconsistente herinneringen bedroeg maar liefst 64% (Cf. Bryant, & Harvey, 2000; Marshall, & Schell, 2002).

Verder speelt de kwestie, dat bekende meta-analyses zoals die van Brewin en collega's (2000) en van Ozer en collega's (2003) betrekking hebben op zogenaamde bi-variate analyses: de analyses van verbanden tussen één bepaalde factor en in dit geval PTSS (bijvoorbeeld inkomen en PTSS). In werkelijkheid neemt de voorspellende waarde van een risico factor af, als in de analyses ook invloed van andere risicofactoren wordt betrokken. Dat komt, doordat sommige potentiële risicofactoren onderling samenhangen, zoals inkomen en opleiding. Zo bleek in dit verband, dat peritraumatische dissociatie een bijzonder zwakke voorspeller is voor PTSS symptomen als rekening werd gehouden met bestaande psychische klachten (van der Velden & Wittmann, 2008). Gelukkig staat daar tegenover, dat verschillende factoren tezamen tot een betere voorspellingen kunnen komen, maar optimaal is het zeker niet.

Is het glas nu half vol of half leeg? Ik vrees dat het antwoord op deze vraag nog even op zich laat wachten. Nadere bestudering van bestaande studies naar risicofactoren voor gezondheidsklachten (en meta-analyses), toont namelijk iets opmerkelijks en mogelijk zorgwekkends. Los van alle verschillen in bestudeerde groepen, responspercentages, meetinstrumenten, studie-designs (cross-sectioneel en longitudinaal), statische analyses en dergelijke, komen twee punten verrassend weinig aan bod. Het eerste punt betreft het gebruik van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) door mensen die met ernstige

psychische problemen kampen. Het gaat over de vraag of getroffenen (tussentijds) gebruik hebben gemaakt van de GGz voor de betreffende gezondheidsklachten. Immers, verwacht mag worden dat slachtoffers na behandeling over het algemeen minder klachten hebben dan daarvoor (Cf. Watts et al., 2013).

Het tweede punt gaat over de vraag, en dat klinkt wellicht vreemd, wat die studies nu precies voorspellen als rekening wordt gehouden met zorggebruik. Het lijkt immers klip en klaar: de risicofactoren voorspellen bijvoorbeeld PTSS, depressie, alcoholgebruik en sigaretten-consumptie en tal van andere klachten en problemen. Met andere woorden: wat is nu het probleem? Is er wel een probleem? Het probleem wordt zichtbaar als we die twee punten, dat wil zeggen gezondheidsklachten en zorggebruik, gaan combineren (van der Velden & Benight).

**Gedachte-experiment** Ter verduidelijking het volgende gedachte-experiment (zie schema 1, experiment 1). Neemt u een grote groep getroffenen in gedachten, die met dezelfde type schokkende gebeurtenissen geconfronteerd zijn geweest. Om de zorg aan de getroffenen beter af te kunnen stemmen op de behoeften en gezondheidsklachten, is onderzoek nodig. Stelt u zich vervolgens de uitkomsten van deze eveneens denkbeeldige studie voor. Drieduizend getroffenen vullen trouw drie maal een uitgebreide vragenlijst in én nemen deel aan interviews: één maand na, één jaar na en twee jaar na deze schokkende gebeurtenis. Uit de resultaten blijkt, dat circa 35% kampt met ernstige PTSS- symptomen na één maand. Na één jaar is dat percentage gedaald naar 22%. Na twee jaar is dat 12%. Uit (multivariate) statistische analyses blijkt onder meer het volgende. Naarmate mensen hoger zijn opgeleid, is de kans kleiner dat zij na twee jaar nog ernstige PTSS- symptomen hebben: het hebben van een lagere opleiding blijkt hier dus een risicofactor te zijn voor PTSS- symptomen twee jaar na de aanslag. Geen enkele deelnemer uit deze denkbeeldige studie heeft gebruik gemaakt van de geestelijke gezondheidszorg en niemand heeft medicijnen genuttigd voor deze klachten. De uitkomsten lijken daarom helder: lage opleiding is een risicofactor voor ernstige PTSS- symptomen twee jaar later. We zouden lage opleiding in een set van risicofactoren kunnen meenemen, om bij toekomstige getroffenen tot een inschatting te komen welke mensen waarschijnlijk hulp nodig hebben.

We gaan door met het gedachte-experiment (zie schema 1, experiment 2). Stelt u zich dezelfde gebeurtenis met dezelfde deelnemers en dezelfde studie voor. De uitkomsten blijven gelijk: 35% heeft ernstige PTSS- klachten na één maand, 22% na één jaar en 12% na twee jaar. Wederom blijkt, dat naarmate mensen hoger zijn

opgeleid de kans kleiner is dat zij na twee jaar nog ernstige PTSS- symptomen hebben. We gaan de omstandigheden of context veranderen. Stel dat **iedereen** met ernstige PTSS- symptomen één jaar na de gebeurtenis, in de maanden erna in behandeling is geweest in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz)? Hoe beoordelen wij nu deze risicofactor? Is opleiding dan een risicofactor voor PTSS- symptomen na twee jaar, zoals daarnet beschreven? Of moet opleiding in dit geval eigenlijk beschouwd worden als een risicofactor voor het (niet) slagen van de PTSS- behandeling? Immers, iedereen met ernstige klachten na één jaar is behandeld. Juist degenen met een lage opleiding hebben, althans in deze denkbeeldige studie, een grotere kans dat zij na behandeling nog steeds kampen met PTSS- klachten. In dit geval is het maar zeer de vraag of lage opleiding in de genoemde set van risicofactoren meegenomen moet worden die kan helpen te bepalen of mensen aanvullende hulp nodig hebben. Bij hen heeft het immers niet of minder gewerkt.

Het gedachte-experiment is nog niet klaar (zie schema, experiment 3). We gaan terug naar de eerste situatie met dezelfde studie-uitkomsten: 35% heeft PTSS- klachten na één maand, 22% na één jaar en 12% na twee jaar. Uit de resultaten van de analyses blijkt, dat lage opleiding een risicofactor is voor ernstige PTSS- symptomen twee jaar later. Niemand met ernstige PTSS- klachten gedurende die twee jaar is in behandeling geweest, maar aan deze denkbeeldige studie voegen we iets toe. Volgens het studieprotocol (en met goedkeuring van een denkbeeldige METC) werd aan alle deelnemers met ernstige PTSS- klachten één jaar na de ramp, behandeling aangeboden. De behandeling is aangeboden geweest, maar lang niet iedereen heeft er gebruik van gemaakt. Degenen die wél behandeld zijn geweest, zijn daarna klachtenvrij. Hoe beschouwen we de risico-factor 'lage opleiding' in dit verband? Is het nog steeds een risico-factor voor PTSS zoals in het eerste voorbeeld, of beschouwen we lage opleiding ook of wellicht veel meer als een risico-factor voor acceptatie van behandeling voor PTSS- klachten? Dat wil zeggen, dat getroffen en met een lage opleiding vaker geen gebruik hebben gemaakt van het aanbod van behandeling.

Schema 1

Gedachte-experiment	Percentages PTSS	Risico-factor	Context	Conclusie
1	35% PTSS na 1 jaar 22% PTSS na 1 jaar 12% PTSS na 2 jaar	Lage opleiding is significante voorspeller voor PTSS na 2 jaar.	Niemand met PTSS is behandeld gedurende 2 jaar na aanslag.	Opleiding is risicofactor voor PTSS.
2	Idem.	Idem.	Iedereen met PTSS na 1 jaar, heeft daarna behandeling gekregen.	Opleiding is risicofactor voor niet-slagen behandeling PTSS.
3	Idem.	Idem.	Iedereen met PTSS na 1 jaar, is actief behandeling aangeboden. Een deel heeft van het aanbod gebruik gemaakt. Alle behandelingen waren succesvol.	Opleiding is risicofactor voor afwijzen behandeling voor PTSS.
4	Idem.	Idem.	Mengeling 1, 2 en 3	Mengeling conclusies 1, 2 en 3.

Deze eenvoudige gedachte-experimenten maken in ieder geval duidelijk dat het begrip ‘risicofactoren’, binnen één studie eigenlijk geheel verschillende betekenissen kan hebben of heeft.

Naar mijn stellige overtuiging is in de werkelijkheid sprake van gedachte-experiment 4 (zie schema): het is een mengeling van (minimaal) de condities 1,2 en 3 *tussen* diverse studies en naar alle waarschijnlijkheid ook *binnen* diverse studies. Er zijn getroffen met PTSS, die nooit gericht behandeling is aangeboden of behandeling hebben gehad. Er zijn getroffen, die behandeling is aangeboden, maar er toch geen gebruik van maken, en er zijn getroffen bij wie een behandeling niet of nauwelijks werkt. Duidelijk zal zijn, dat deze situatie de interpretatie van de uitkomsten van studies naar risicofactoren niet echt vergemakkelijkt. Misschien is de term ‘compliceert’ een betere in dit kader. Vooral als we ons ook realiseren, dat de precieze verhoudingen tussen deze subgroepen door de tijd heen zullen wijzigen. Tenzij zou blijken, dat bij al deze subgroepen (wel-geen aanbod, wel-geen gebruik van de GGz) de risicofactoren voor bijvoorbeeld PTSS, gelijk zijn. Misschien zijn hier de problemen wel groter dan gedacht.

Voor zover bekend zijn er geen longitudinale studies naar risicofactoren voor bijvoorbeeld PTSS die, zoals hierboven beschreven, binnen een bestudeerde (grote) groep van getroffen en eveneens een onderscheid maken tussen diverse subgroepen 'getroffen en'. We weten het dus niet goed. Als 'behandeling' al als complicerende factor wordt genoemd, dan heeft dit betrekking op geheel andere zaken. Dit zien we bijvoorbeeld in de meta-analyse van Tolin en Foa (2006). Zoals u weet is levensbedreiging een belangrijk criterium voor PTSS (zo is een nare stressvolle echtscheiding waarbij geen sprake is van levensbedreiging, dus geen trauma). Deze auteurs wijzen erop, dat de emotionele toestand (stemming, angst) de subjectieve interpretatie van gebeurtenissen kan beïnvloeden, waardoor mensen gebeurtenissen eerder als levensbedreigend waarnemen. Dit kan mogelijk onder invloed van behandeling verdwijnen, waardoor getroffen en die behandeld zijn geweest bepaalde gebeurtenissen mogelijk minder vaak als schokkende ervaring typeren<sup>2</sup>.

**Toetsen hypothese**    Belangrijk is het om het niet bij gedachte-experimenten te laten. Indien mogelijk moeten we een veronderstelling of hypothese empirisch trachten te toetsen. Eén belangrijke veronderstelling of hypothese in de huidige stroom studies lijkt dus te zijn: risicofactoren voor (bijvoorbeeld) PTSS zijn gelijk voor getroffen en die wel of geen gebruik hebben gemaakt van de GGz. We spreken af, dat we deze hypothese voorlopig verwerpen als één of meerdere potentiële risicofactoren bij de GGz gebruikers PTSS voorspellen, maar niet bij de niet-gebruikers van de GGz (of andersom). Met andere woorden, dat we de veronderstelling of hypothese verwerpen als er verschillen bestaan in significante risicofactoren voor PTSS tussen beide groepen. Mogelijk vindt u deze redenering nog niet of niet helemaal overtuigend: laten we dan afspreken dat als we verschillen vinden, deze uitkomsten noodzaken tot verder onderzoek.

---

<sup>1</sup> Subgroepen met ernstige gezondheidsklachten die wel of geen professionele hulp is aangeboden, 2.) die wel of niet gebruik hebben gemaakt van de professionele hulpverlening (bijvoorbeeld zijn behandeld in de GGz), 3.) en die wel of niet de behandeling hebben afgemaakt, en vervolgens de analyse van risico-factoren hierop baseren.

<sup>2</sup> Er zijn wel diverse en grote studies die binnen dezelfde (grote) onderzoeksgroep enerzijds de voorspellende waarde van allerlei risico-factoren hebben onderzocht voor gezondheidsklachten (met name PTSS), en anderzijds de voorspellende waarde van factoren voor het gebruik van de professionele zorg hebben bestudeerd. Voorbeelden zijn de grootschalige studies na de terroristische aanslagen (9-11) in New York (Cf. Boscarino, Adam, & Figley, 2011; Boscarino, Adams, & Galea 2006), evenals de longitudinale studie na de vuurwerkramp Enschede (Cf. Van der Velden et al., 2006; Van der Velden et al., 2007). Los daarvan zijn er diverse studies, die risicofactoren voor PTSS onderzoeken onder getroffen en die in behandeling zijn of GGz hulp zoeken (Cf. Elklit, & Christiansen, 2013)

Met deze hypothese in de hand zijn gegevens van de longitudinale studie na de vuurwerkramp Enschede opnieuw geanalyseerd. Het betreft de gegevens van een groep van 662 volwassen autochtone getroffenen, die hebben deelgenomen aan het onderzoek twee-drie weken na de ramp, anderhalf jaar en vier jaar na de ramp (Grievink, van der Velden, Yzermans, Roorda, & Stellato, 2006; van der Velden et al., 2006; 2007). We onderzoeken of de volgende vijf risicofactoren kunnen helpen verklaren dat getroffenen vier jaar na de ramp nog met ernstige PTSS symptomen kampen. Het betreft de factoren 1.) geslacht, 2.) leeftijd, 3.) opleidingsniveau, 4.) huis kapot door de explosie, en 5.) het totaal aan ramp- ervaringen (wat mensen hebben gehoord, gezien, en gevoeld). Van de deelnemers is bekend of zij wel of niet gebruik hebben gemaakt van de GGz in deze periode van vier jaar.

Een woord vooraf: een experimenteel onderzoeksdesign is uiteraard het meest geëigende middel om een dergelijke hypothese te toetsen. Helaas, maar ik moet hier natuurlijk zeggen ‘gelukkig’, kunnen we niet mensen *at random* aan schokkende gebeurtenissen blootstellen<sup>3</sup>. Zoals te verwachten, wijken getroffenen die in deze vier jaar géén gebruik hebben gemaakt van de GGz, af van getroffenen die wél gebruik hebben gemaakt van de GGz. De laatste groep had bijvoorbeeld 2-3 weken maar ook 4 jaar na de ramp meer stress- en gezondheidsklachten. Om een vergelijking van de uitkomsten van de twee groepen mogelijk te maken, zijn daarom allereerst vier gezondheidsklachten (angstgevoelens, slaapproblemen, herbelevings- en vermijdingsreacties en lichamelijke klachten) in de analyses betrokken<sup>4</sup>.

**Uitkomsten** Wat zijn de resultaten van deze nieuwe analyses? De uitkomsten van de statistische analyses tonen overeenkomsten en verschillen in de voorspellende waarde van deze vijf risicofactoren (zie Tabel 1). Zoals gezegd, hebben we eerst zoveel als mogelijk gecontroleerd voor de invloed van gezondheidsklachten 2-3 weken na de ramp. Geslacht, opleidingsniveau en schade aan het huis door de ramp zijn voor geen van beide groepen voorspellend voor PTSS- klachten na 4 jaar, wanneer rekening wordt

<sup>3</sup> Terzijde: we hebben ooit van een reviewer toch een dergelijke suggestie vernomen -onze studie ging destijds over roken als risico-factor voor PTSS (Van der Velden, Grievink, Olff, Gersons & Kleber (2007)-, maar de editor verzekerde ons later dat dat zeker niet de bedoeling was (Dat was natuurlijk een ‘grote geruststelling’).

<sup>4</sup> Voor de analyses zijn voor beide groepen hiërarchische multiple regressie analyses uitgevoerd (met optie pairwise deletion), met PTSS symptomen 4 jaar na de ramp als afhankelijke variabele. Allereerst zijn angstgevoelens, slaapproblemen, herbelevings- en vermijdingsreacties en lichamelijke klachten 2-3 weken na de ramp ingevoerd (step 1). Vervolgens zijn de potentiële risicofactoren geslacht (vrouw), leeftijd, opleidingsniveau, huis kapot, ramp ervaringen ingevoerd (step 2). Tabel 1 toont de resultaten van Step 2. Alle Variance Inflation Factors (VIF) in full models bij beide groepen zijn:  $1.09 < VIF < 2.95$ .



gehouden met de invloed van alle 8 andere factoren (9-1) op PTSS. Echter (hogere) leeftijd en (meer) rampervaringen blijken een risicofactor te zijn voor (meer) PTSS-symptomen na 4 jaar voor de groep getroffen en die géén gebruik heeft gemaakt van de GGz. Dit geldt niet voor de groep die in de afgelopen 4 jaar wél gebruik heeft gemaakt van de GGz.

Tabel 1 Voorspellers van PTSS symptomen 4 jaar na de Vuurwerkcramp Enschede

	Geen gebruik GGz (N <sup>max</sup> =345)			Gebruik GGz (N <sup>max</sup> =281)		
	B	t	p	B	t	p
Angst gevoelens	0.27	3.60	<.001	0.17	1.77	Ns.
Slaapproblemen	0.07	1.06	Ns.	-0.03	-0.48	Ns.
Herbelevings- en vermijdingsreacties	0.01	0.08	Ns.	0.16	2.02	0.04
Lichamelijke klachten	0.05	0.71	Ns.	0.09	1.05	Ns.
Geslacht (vrouw)	0.02	0.36	Ns.	-0.02	-0.30	Ns.
Leeftijd	0.21	3.87	<.001	0.06	1.00	Ns.
Opleidingsniveau	-0.10	-1.90	Ns.	-0.10	-1.65	Ns.
Huis kapot	-0.02	-0.36	Ns.	0.10	1.72	Ns.
Ramp ervaringen	0.15	2.83	<.001	0.05	0.83	Ns.

Noot: GGz=Geestelijke gezondheidszorg. Geen gebruik GGz: Step 1  $\Delta R^2=.20$ ,  $F^{change}(4,331)=20.8$ ,  $p<.001$ , Step 2  $\Delta R^2=.07$ ,  $F^{change}(5,326)=6.0$ ,  $p<.001$ . Gebruik GGz: Step 1  $\Delta R^2=.15$ ,  $F^{change}(4,267)=12.3$ ,  $p<.001$ , Step 2  $\Delta R^2=.04$ ,  $F^{change}(5,262)=2.2$ ,  $p=.051$ .

De verwachting of hypothese kan dus worden verworpen: factoren die PTSS klachten bij de ene groep voorspellen, wijken voor een deel af van de risicofactoren die PTSS bij andere groep voorspellen, terwijl ze bij dezelfde ramp betrokken waren. In ieder geval geven de resultaten aanleiding tot nader onderzoek. Met name als we geïdentificeerde risicofactoren willen opnemen in screeninglijsten: een vragenlijst waarmee wordt getracht om binnen bijvoorbeeld 1-2 weken een betrouwbare voorspelling te doen over welke getroffen en welke getroffen niet na verloop van tijd nog met ernstige gezondheidsklachten waaronder PTSS zullen kampen.

Mijn conclusie is dan ook langzamerhand dat de problemen rondom het identificeren van risicofactoren veel groter zijn dan gedacht. Op conceptueel niveau moet nog een forse integratieslag gemaakt worden.

**Waarom** Van belang is hier ook de vraag waarom in bestaande studies naar risicofactoren het gebruik van zorg zo'n ondergeschoven kind is. Die geringe aandacht komt niet voort uit een gebrek aan kennis over feitelijk zorggebruik (Cf. Norris & Slone, 2013). Die kennis is er, zoals eerder gezegd, volop. Natuurlijk, met betrekking tot zorggebruik spelen diverse prangende en onopgeloste vragen (Elhai, North, & Frueh, 2005; McCart, Smith, & Sawyer, 2010), maar dat een (wisselend) deel van de getroffen en er gebruik van maakt is bekend (bv. waarom zoeken bepaalde getroffen met PTSS niet of relatief laat behandeling). Het is eerder een terugkerend punt van aandacht, met name onder hulpverleners, dat getroffen en met ernstige gezondheidsklachten te weinig of relatief laat gebruik maken van de GGz (Cf. O'Donnell, Bryant, Creamer, & Carty, 2008; O'Donnell, et al., 2012). Een geheel andere mogelijke verklaring voor het 'negeren' van zorggebruik is dat, als rekening moet worden gehouden met zorggebruik, de analyses er zeker niet gemakkelijker op worden. Verder is goed voorstelbaar, dat grotere onderzoeksgroepen nodig zijn, die de kosten van onderzoek naar risicofactoren eerder verhogen dan verkleinen.

Het is een beetje speculeren welke zaken verder kunnen verklaren, waarom zorggebruik bij de analyse van risicogroepen nauwelijks aandacht heeft. Misschien is de 'waarom-vraag' meer geschikt voor sociologisch en historisch onderzoek over 10-20 jaar. Er is een zekere 'belangeloze afstand' nodig om patronen te kunnen achterhalen in gewoontes, opvattingen en gebruiken binnen dit brede vakgebied (Cf. Enning, 2009; Kahn, 2011; Kleber, 1999, 2007). Maar uit het negeren van zo'n belangrijke factor als zorggebruik spreekt níét dat getroffen en primair worden beschouwd als wezens die actieve keuzes maken. Er spreekt niet uit dat we, als we willen begrijpen en verklaren waarom een deel van de getroffen en níét en een deel wél kampt met ernstige stress- en gezondheidsklachten, ons zeker ook moeten richten op de concrete keuzes die getroffen en maken: in dit geval de concrete keuze om wel of geen gebruik te maken van de GGz. Kortom, dat we de zelfredzaamheid van getroffen en goed in ogenschouw moeten nemen. Als dat namelijk wél het geval was geweest, dan was zorggebruik minstens zo vaak betrokken in studies naar risicofactoren als bijvoorbeeld bij leeftijd, geslacht en opleiding het geval is. Deze laatste demografische factoren worden, om goede redenen overigens, vrijwel standaard in de analyses betrokken. Een opmerkelijk verschil.

# Negeren

## zelfredzaamheid

De relatief geringe aandacht voor die actieve en concrete keuzes, voor de zelfredzaamheid van getroffenen, valt naar mijn idee samen met een ander fenomeen in met name Westerse landen. Ik neem u daarvoor opnieuw mee naar de terroristische aanslagen in New York. Ieder van u zal zich de beelden van de aanslagen kunnen herinneren en de met stof bedekte getroffenen. In de eerste periode na de aanslagen vertrokken meer dan 9.000 rouw- en crisis-counselors naar New York om op verschillende locaties psychologische bijstand te verlenen aan de getroffenen (McNally, Bryant, & Ehlers, 2003). Daar spreekt ontegenzeggelijk compassie van de kant van deze hulpverleners uit, maar ook de verwachting van dezelfde hulpverleners dat getroffenen en-masse én direct die hulp nodig hebben. Eigenlijk lijkt hier de impliciete boodschap te zijn (of te zijn geweest): zonder onze hulp gaat het niet goed met u. Zonder onze hulp loopt u groter of veel groter risico op ernstige gezondheidsklachten zoals PTSS. Uw zelfredzaamheid, en die van uw omgeving, is onvoldoende.

Wat dichter bij huis, in Nederland maar ook in Engeland bijvoorbeeld (Cf. Gist, 2002), zien we eenzelfde fenomeen. Daar waar sprake is van mediagenieke (bus)ongevallen, calamiteiten, seksueel misbruik, familiedrama's, groeps mishandelingen en dergelijke, volgt steevast het bericht dat hulpverleners alvast zijn ingeschakeld. Vaak sluit een bericht in de krant over deze gebeurtenissen af met dergelijke mededelingen. Vanuit bestuurlijke partijen wordt regelmatig aangedrongen op het direct aanbieden van massale hulp.

Misschien aardig om te weten: van die 9000 rouw- en crisiscounselors waarover ik sprak werd nauwelijks gebruik gemaakt. Gingen de slachtoffers elders psychologische hulp zoeken? Ter controle: van de bewoners uit Manhattan (in Lower Manhattan stonden de Twin Towers) bleek vrijwel eenzelfde percentage in de 30 dagen vóór (16,3%) vóór 9/11 als in de dertig dagen ná de aanslagen (19,4%) gebruik te hebben gemaakt van de GGz (Boscarino, Galea, Ahern, Reisman, & Vlahov, 2002). Er was een kleine toename in die eerste periode, maar de onderzoekers beoordeelden deze toename *niet* als zijnde substantieel. Het percentage getroffenen dat professionele hulp of behandeling ging zoeken, steeg maanden later (Covell, Donahue, Allen, Foster, Felton, & Essock, 2006). Blijkt nu uit onderzoek dat het direct en en-masse en ongericht aanbieden van dergelijke contacten, gesprekken of opvanggesprekken, zoals Psychologische Debriefing en Psychologische Eerste Hulp (Psychological First Aid) toch preventief werkt? Blijkt uit empirisch onderzoek dat dergelijke gesprekken op groepsniveau systematisch leiden tot minder gezondheidsklachten? Helaas, deze bewijzen zijn er vooralsnog niet (Cf. Emmerik, van Kamphuis, Hulsbosch, & Emmelkamp, 2002; Fox, Burkle, Bass, Pia, Epstein, & Markenson, 2012; McNally, Bryant, & Ehlers, 2003; North, & Pfefferbaum, 2013).

Daarbij laat ik de therapeutische behandeling van getroffen en met een Acute Stress Stoornis, buiten beschouwing.

Eenzelfde fenomeen zien we ook als het gaat om hoe we kijken naar de mogelijke belasting *van het onderzoek zelf* onder getroffen en van criminaliteit, geweld, ongevallen, rampen en calamiteiten. Ook dan worden getroffen en eerder gezien als mensen die zorg en bescherming behoeven, dan als mensen die goed in staat zijn zelf keuzes te maken (in dit geval dus de keuze om aan onderzoek deel te nemen). In toenemende mate wordt voorgenomen onderzoek onder getroffen en beoordeeld door Ethische Commissies. Diverse wetenschappelijke peer-reviewed vakbladen vragen hier expliciet om. In de praktijk zijn diverse hulpverleners huiverig tot zeer huiverig om getroffen en te verzoeken deel te nemen aan onderzoek. Terugkerende vragen zijn: is zo'n onderzoek niet veel te belastend, gezien wat getroffen en hebben meegemaakt en hun stress- en gezondheidsklachten? Kortom, zijn de problemen van getroffen en niet veel groter dan de onderzoekers beseffen? Op haar beurt stelt de Wet Medisch-Wetenschappelijk Onderzoek (WMO, zie [www.ccmo-online.nl](http://www.ccmo-online.nl)) zelfs een beoordeling door een Medisch Ethische Toetsingscommissie min of meer verplicht als vragen intiem, indringend of belastend zijn. Uiteraard, niemand kan in gemoede bezwaar hebben tegen een zorgvuldige omvang met getroffen en. Het komt de medewerking van getroffen en en daarmee de kwaliteit van de verkregen informatie alleen maar ten goede. Dat beseffen onderzoekers maar al te goed.

Blijkt nu uit studies dat getroffen en, waaronder dus ook getroffen en met ernstige stress- en gezondheidsklachten, onderzoek bij henzelf als veel te belastend ervaren? Zijn de problemen veel groter dan gedacht? Moet tevoren niet al te zeer worden vertrouwd op hun veerkracht en zelfredzaamheid, dat zij echt zélf de keuze deel te nemen kunnen maken (of later te stoppen)? Onderzoek toont dat er weinig redenen zijn om hun veerkracht en zelfredzaamheid te negeren (Cf. Newman & Kaloupek, 2004, 2009, Van der Velden, Bosmans, & Scherpenzeel, 2013): een (kleine) minderheid rapporteert sterke emoties of meldt dat zij meer spanning ervoeren dan verwacht, maar voor het grootste deel heeft deze groep geen spijt van deelname of beoordeelt deze deelname niet als negatief. Zo bleek bijvoorbeeld uit de evaluatie van een studie onder een klinische groep getroffen en van kinder- en partnergeweld die kampten met PTSS, dat naarmate zij de studie belastender vonden, zij de gehele behandeling inclusief het onderzoek, vaker voltooiden (Resick, Iverson, & Artz, 2009). In ons eigen recente onderzoek naar de ervaren belasting van trauma-onderzoek bleek dat posttraumatische stressreacties niet of nauwelijks samenhangen met ervaren belasting (van der Velden, Bosmans, & Scherpenzeel, 2013). Wel bleek dat de ervaren belasting bovenal wordt verklaard door hoe mensen in het algemeen onderzoek ervaren: los van trauma dus.

Door de zelfredzaamheid en veerkracht te negeren, blijven mythes over dat *'de psychische problemen groter zijn dan gedacht'* gemakkelijk in stand. Een laatste voorbeeld in dit kader zijn de gedachten en schattingen van hulpverleners en beleidsmakers over gezondheidsproblemen bij politieagenten. Een rapport, dat suggereerde dat er veel gezondheidsproblemen zouden zijn<sup>5</sup> (AEF, 2009), werd met een zekere gretigheid en kritiekloos in de media herhaald. De impliciete boodschap was (wederom): de problemen zijn groter dan gedacht. Recent Nederlands (en minder recent buitenlands) empirisch onderzoek waaruit onder meer bleek dat politieagenten als groep minstens zo gezond zijn als bijvoorbeeld medewerkers van banken en warenhuizen, stuitte van de kant van de media op verbazing (Beek, Taris, & Schaufeli, 2013; van der Velden, Rademakers, Vermetten, Yzermans, Portengen, & Grievink, 2013). Ook daarbuiten waren mensen van mening dat *'de onderzoekers de problemen en leed ontkennen'*. Maar, voor de volledigheid moet ik daar aan toevoegen dat anderen deze resultaten juist in overeenstemming vonden met hun eigen indrukken.

Het geheel doet mij denken aan het spreekwoord: 'with a hammer everything looks like a nail'. Gechargeerd gesteld: wie hulp verleent, ziet vooral hulpvragen. Wie veiligheid nastreeft, ziet vooral risico's. Wie richtlijnen ontwikkelt, ziet vooral chaos. Wie de last van onderzoek beoordeelt, ziet vooral belasting. Enzovoort, enzovoort. Dergelijke specifieke aandacht is natuurlijk nuttig en noodzakelijk. Maar, dat is alleen zo wanneer het het zicht op de gehele context waarin getroffen en werken en daar zelf richting aan willen en kunnen geven, niet ontnemt. Zo niet, dan lijken de problemen (zoals de hier geschetste vermeende prevalenties stress- en gezondheidsklachten) of zijn de problemen (zoals de hier geschetste interpretatieproblemen bij risicofactoren) inderdaad groter dan gedacht.

---

<sup>5</sup> Het rapport concludeert (pag. 5): Het aantal politiemedewerkers dat waarschijnlijk een vorm van verminderde mentale weerbaarheid heeft, betreft tussen de 25% - 37% van de hele politieorganisatie. Een relatief klein deel daarvan (5% tot 7% van alle politiemedewerkers) heeft zeker last van verminderde mentale weerbaarheid. Bij deze groep is de mentale weerbaarheid zo laag dat de politiemedewerkers er (ernstige) gevolgen van ondervinden.

Dankwoord

Mijnheer de Rector, mevrouw de Decaan, dames en heren. Tot slot wil ik graag een aantal organisaties en mensen hartelijk bedanken.

De Pieter van Vollenhoven- leerstoel Victimologie die ik bekleed, is mogelijk gemaakt door het Fonds Slachtofferhulp en ondergebracht bij INTERVICT. Ik wil het Fonds Slachtofferhulp, het College van Bestuur van Tilburg University, de Raad van Toezicht van de leerstoel, het faculteitsbestuur van Tilburg Law School en INTERVICT zeer bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen. Het Fonds Slachtofferhulp ben ik verder zeer erkentelijk voor het feit dat ze het omvangrijke onderzoek 'Zelfredzaamheid na schokkende gebeurtenissen' mogelijk heeft gemaakt.

Eerder mocht ik de bijzondere leerstoel 'Psychische gevolgen van rampen en calamiteiten en het gebruik van Geestelijke Gezondheidszorg' bekleden. Deze leerstoel was ingesteld vanwege Stichting ARQ Psychotrauma Onderzoek en eveneens ondergebracht bij INTERVICT. Dit bijzonder hoogleraarschap is een belangrijke opstap geweest voor mijn huidige functie, waarvoor mijn dank.

Mijn eerste echte kennismaking met verschillende collega's van INTERVICT, met name Suzan van der Aa en Antony Pemberton, vond plaats in Lissabon. Het was tijdens een congres aldaar en lang voordat ik bijzonder hoogleraar werd. Onze ontmoetingen vonden plaats in bijzonder fraaie ambiances, met prachtige vergezichten en passende muziek. Ik denk er nog met groot plezier aan terug. De zeer aangename sfeer is onveranderd gebleven: in de afgelopen jaren heb ik met erg veel plezier bij INTERVICT gewerkt. Met genoegen zie ik daarom uit naar de toekomst met alle collega's. Ik heb grote waardering voor jullie gedrevenheid, inzet en betrokkenheid. Een paar collega's wil ik met name noemen.

Hooggeleerde Groenhuijsen, beste Marc, ik wil je enorm bedanken voor de mogelijkheden die je me geboden hebt en het geschonken vertrouwen. Ik bewonder je beschouwende, scherpe en analytische geest, die voor de opbouw van INTERVICT onmisbaar is.

Hooggeleerde Letschert, beste Rianne, natuurlijk ook jij bedankt voor het vertrouwen. Het komende half jaar mag je je welhaast tomeloze toewijding, creativiteit en energie geheel inzetten voor je eigen sabbatical. Ik hoop dat je er echt van kunt genieten. Een mooi nieuw boek zal het resultaat zijn.

Hooggeleerde Winkel, beste Frans-Willem, je bent een belangrijke spil geweest bij mijn eerste leerstoel. Zonder de rook-sessie in de auto, was het er misschien nooit van gekomen. Roken is slecht, maar soms wat minder, zo blijkt.

Van 1988 tot en met 2012 ben ik in diverse functies werkzaam geweest bij het Instituut voor Psychotrauma. Met heel veel plezier dank ik alle collega's, zowel de onderzoekers, als hulpverleners, trainers, directies en zeker ook de secretariaats-medewerkers met wie ik heb samengewerkt in al die jaren. Een aantal wil ik kort met name noemen.

Hooggeleerde Kleber, beste Rolf, met jou werkte ik vanaf het prille begin als onderzoeker samen. Later werd je mijn promotor. Een half jaar na mijn promotie gingen we samen met Professor Berthold Gersons aan de slag met, wat later werd, het enorm omvangrijke Enschede onderzoek. Een nieuwe tijd brak aan, die de basis vormt voor nu. Ik dank je van harte voor alle lessen die je me geleerd hebt.

Geachte Eikenbroek, geachte Hazen, geachte de Wijs, beste Herm, Koos en Ton, we hebben allen om verschillende redenen het IVP verlaten. Als ik terugdenk aan het IVP, aan de jaren in Utrecht en Zaltbommel, dan staan jullie altijd op mijn netvlies. Dank voor alle plezierige en alle leerzame momenten.

Weledelzeergeleerde Grievink en Yzermans, beste Linda en Joris. Als 'drie musketiers' hebben we het Gezondheidsonderzoek Enschede uitgevoerd. Dank voor deze memorabele tijd: een uiterst vruchtbare periode om nooit te vergeten. We gaan gewoon door.

Hooggeleerde Komproe, beste Ivan, onze vriendschap gaat terug tot onze studietijd in Utrecht. Ruim 25 jaar later staan we waar we staan. Onze gesprekken en discussies over onderzoek zijn eindeloos, zoals onderzoek dat zelf ook is. Dank voor alles.

Geachte van Loon, beste Peter, conform onze lange en intensieve samenwerking houd ik het kort: 'Sinds wanneer vormen koorts en wondpijn een excuus om niet het gras te maaien'.

Tot slot. Lieve Daniel. Eindelijk mag en kun je weer redelijk gewoon leven. De verschillen met twee jaar geleden zijn heel groot. Van mij een heel dik applaus voor hoe je dat hebt gedaan.

*Ik heb gezegd.*





# Referenties

- AEF (2009). *De prijs die je betaalt ... Politie: de kosten achter een hoog risicoberoep*. Utrecht, Andersson Elffers Felix.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 2000, 126, 651–680.
- Beek, I. van, Taris, T.W., & Schaufeli, W.B. (2013). *De psychosociale gezondheid van politiepersoneel*. WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Bonanno, G.A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov D. (2007) What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671-682.
- Boscarino, J.A., Adams, R.E., & Galea, S. (2006). Alcohol use in New York after the terrorist attacks: a study of the effects of psychological trauma on drinking behavior. *Addictive Behavior*, 31, 606-621.
- Boscarino, J.A., Adams, R.E., Figley, C.R. (2011). Mental health service use after the World Trade Center disaster: utilization trends and comparative effectiveness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 91-99.
- Boscarino, J.A., Galea, S., Ahern, J., Reisman, H., & Vlahov D. (2002). Utilization of mental health services following the 11 September terrorist attacks in Manhattan, New York City. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 143-155.
- Breslau, N., Chen, Q. & Luo, Z. (2013). The role of intelligence in posttraumatic stress disorder: does it vary by trauma severity? *PLOS ONE*, DOI:10.1371/journal.pone.0065391.
- Brewin, C.R., Andrews, A., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (2000). Memory for acute stress disorder symptoms: A two-year prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 602-607.
- Buckley, T.C., Blanchard, E.B., & Neill, W.T. (2000). Information processing and PTSD: a review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20, 1041-1065

- Covell, N.H., Donahue, S.A., Allen, G., Foster, M.J., Felton, C.J. & Essock S.M. (2006). Use of Project Liberty counseling services over time by individuals in various risk categories. *Psychiatric Services*, 57, 1268-1270.
- Creamer, M.C., Burgess, P., & McFarlane, A.C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247.
- Darves-Bornoz, J.M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.M., Kovess-Masfety, V., et al. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 455-462.
- Deville, G.J., Wright, R. & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 373-385.
- Devries, K.M., Mak, J.Y., Bacchus, L.J., Child, J.C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & Watts, C.H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLOS Medicine*, DOI: 10.1371/journal.pmed.1001439.
- Digangi J, Guffanti G, McLaughlin KA, Koenen KC. (2013). Considering trauma exposure in the context of genetics studies of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Biology of Mood and Anxiety Disorders*, 3:2. doi: 10.1186/2045-5380-3-2.
- DiGangi J.A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L.A., Keys, C.B. & Koenen, K.C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: a systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33, 728-744.
- Drogendijk, A.N., Velden, P.G. van der, Gersons B.P.R., & Kleber, R.J. (2011). Lack of social support among ethnic minorities after a disaster: A comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 198, 317-322.
- Eland, J., Velden, P.G. van der, Kleber, R.J. & Steinmetz, C.H.D. (1990). *Tweede generatie Joodse Nederlanders: een onderzoek naar de gezinsachtergronden en psychisch functioneren*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

- Elhai, J. D., North, T. C., & Frueh, B. C. (2005). Health Service use predictors among trauma survivors: A critical review. *Psychological Services*, 2, 3–19.
- Elklit, A., & Christiansen, D.M. (2013). Risk factors for posttraumatic stress disorder in female help-seeking victims of sexual assault. *Violence and Victims*, 28, 552-568.
- Emmerik, A.A. van, Kamphuis, J.H., Hulsbosch, A.M., & Emmelkamp, P.M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*, 360, 766-771.
- Enning B. (2009). *De oorlog van Bastiaans*. De LSDbehandeling van het kampsyndroom. Amsterdam.
- Feenstra, W. (1994). De psychische gezondheid van naoorlogse kinderen van oorlogsgetroffenen. Resultaten van tien jaar onderzoek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 49, 541-554.
- Fox, J.H., Burkle, F.M., Bass, J., Pia, F.A., Epstein, J.L., & Markenson, D. (2012). The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster Medical Public Health Preparation*, 6, 247-252.
- Frewen, P.A., Dozois, D.J., Neufeld, R.W., & Lanius, R.A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 243-246.
- Gist, R. (2002). What have they done to my song? Social science, social movements, and the debriefing debates. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 273-279.
- Grievink, L., Velden, P.G. van der, Yzermans, C.J., Roorda, J., & Stellato, R.K. (2006). The importance of estimating selection bias on prevalence estimates shortly after a disaster. *Annals of Epidemiology*, 16, 782-788.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 327-338.
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (2000). Memory for acute stress disorder symptoms: a two-year prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 602-607.
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., Angst, J., & Schnyder, U. (2006). Inconsistency in reporting potentially traumatic events. *British Journal of Psychiatry*, 188, 278-283.

- Hunter, E.J. (1988). Long-term effects of parental wartime captivity on children: Children of POW and MIA Servicemen. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 18, 312-328.
- Ijzendoorn, M.H. van, Bakermans-Kranenburg, M.J., & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 459-469.
- Newman, E., & Kaloupek, D.G. (2004). The risks and benefits of participating in trauma-focused research studies. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 383-394.
- Newman, E., & Kaloupek, D.G. (2009) Overview of research addressing ethical dimensions of participation in traumatic stress studies: autonomy and beneficence. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 595-602.
- Kahn, R. (2011). De oorlog van Bastiaans; een ontzuenderende spiegel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 425-428.
- Kleber, R.J. (1999). *Het trauma van voorbij*. Tilburg, Tilburg University Press.
- Kleber, R.J. (2007). *Weg van het trauma*. Diemen, Stichting KTP.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499–524.
- Kraanen, F.L., Vedel, E., Scholing, A., & Emmelkamp, P.M. (2013). The comparative effectiveness of Integrated treatment for Substance abuse and Partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, DOI: 10.1186/1471-244X-13-189.
- Lensvelt-Mulders, G., van der Hart, O., van Ochten, J.M., van Son, M.J., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1138-1151.
- Loey, N.E. van, Schoot, R. van der &, Faber, A.W. (2012). Posttraumatic stress symptoms after exposure to two fire disasters: comparative study. *PLOS ONE*, DOI: 10.1371/journal.pone.0041532.

- Luszczynska, A., Benight, C.C., & Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *European Psychologist, 14*, 49–60.
- Marshall, G. N., & Schell, T. L. (2002). Reappraising the link between peritraumatic dissociation and severity symptom severity: Evidence from a longitudinal study of community violence. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 626–636.
- McCart, M.R., Smith, D.W., & Sawyer, G.K. (2010). Help seeking among victims of crime: a review of the empirical literature. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 198-206.
- Newman, E., & Kaloupek, D.G. (2004). The risks and benefits of participating in trauma-focused research studies. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 383–394.
- Newman, E., & Kaloupek, D.G. (2009). Overview of research addressing ethical dimensions of participation in traumatic stress studies: autonomy and beneficence. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 595–602.
- McNally, R.J., Bryant, R.A. & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science In The Public Interest, 4*, 45-79.
- Norris, F.H., & Slone, L.B. (2013). Understanding research on the epidemiology of trauma and PTSD (Special double issue). *PTSD Research Quarterly, 24*, NO. 2-3.
- Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., Perilla, J.L., Gutiérrez Rodriguez, F., & Gutiérrez Rodriguez, J.d.J. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 646-656.
- Norris, F.H., Tracy, M. & Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine, 68*, 2190–2198.
- North, C.S., & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: a systematic review. *JAMA, 310*, 507-518.
- O'Donnell, M.L., Bryant, R.A., Creamer, M., & Carty, J. (2008). Mental health following traumatic injury: toward a health system model of early psychological intervention. *Clinical Psychology Review, 28*, 387-406.

- O'Donnell, M.L., Lau, W., Tipping, S., Holmes, A.C., Ellen, S., Judson, R., Varker, T., Elliot, P., Bryant, R.A., Creamer, M.C., & Forbes, D. (2012). Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 125-133.
- Ostacoli, L., Carletto, S., Borghi, M., Cavallo, M., Rocci, E., Zuffranieri, M., Malucchi, S., Bertolotto, A., Zennaro, A., Furlan, P.M., Picci, R.L. (2013). Prevalence and significant determinants of post-traumatic stress disorder in a large sample of patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*, 240-246.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-73.
- Perrin, M., Vandeleur, C.L., Castela, E., Rothen, S., Glaes, J., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2013). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, DOI 10.1007/s00127-013-0762-3.
- Rakoff, V., Sigal, J.J., & Epstein, N. (1976). Children and families of concentration camp survivors. *Canada's Mental Health, 14*, 24-26.
- Rakoff, V. (1966). A long-term effect of the concentration camp experience. *View points, 1*, 17-20.
- Resick, P.A., Iverson, K.M., & Artz, C.E. (2009). Participant reactions to a pretreatment research assessment during a treatment outcome study for PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 316-319.
- Rosen, R.M., & Lilienfeld, S.O. (2008). Posttraumatic stress disorder: an empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review, 28*, 837-568.
- Smid, G. E., Mooren, T. T. M., Van der Mast, R. C., Gersons, B. P. R., & Kleber, R. J. (2009). Delayed posttraumatic stress disorder: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*, 1572-1582.
- Sigal, J.J. & Weinfeld, M. (1985). Control of aggression in adult children of survivors of the Nazi persecution. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 556-564.
- Solkoff, N. (1981). Children of survivors of the Nazi Holocaust: A critical review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry, 51*, 29-42.



- Solkoff, N. (1992). Children of survivors of the Nazi Holocaust: A critical review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 342-358.
- Tolin, D.F., & Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959-992.
- Velden, P.G. van der (1999). *Getroffen ouders, getroffen kinderen? Een vergelijkende psychologische studie naar de (geestelijke) gezondheid en opvoeding van volwassen kinderen van Indische oorlogsgetroffenen*. Delft: Eburon.
- Velden, P.G. van der, Grievink L., Kleber, R.J., Drogendijk, A.N., Roskam, A.J.R., Marcelissen, F.G.H., Olf, M., Meewisse, M.L., & Gersons, B.P.R. (2006). Post-disaster mental health problems and the utilization of mental health services: A four-year longitudinal comparative study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 279-288.
- Velden, P.G. van der, Grievink, L., Olf, M., Gersons, B.P.R. & Kleber, R.J. (2007). Smoking as a risk factor for mental health disturbances after a disaster: A prospective comparative study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 87-92.
- Velden, P.G. van der, Kleber, R.J., Fournier, M., Grievink, L., Drogendijk, A.N., & Gersons, B.P.R. (2007). The association between dispositional and mental health problems among disaster victims and a comparison group: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 102, 35-45.
- Velden, P.G. van der, & Wittmann, L. (2008). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies. *Clinical Psychology Review*, 28, 1009-1020.
- Velden, P.G. van der, & Kleber, R.J. (2009). *Substance use and misuse after disasters*. In: Y. Neria, S. Galeo, & F. Norris (Eds), *Mental health and disasters* (pp. 94-115). Cambridge University Press.
- Velden, P.G. van der, Bosmans, M.H.G. & Scherpenzeel (2013). The burden of research on trauma for respondents: A prospective and comparative study on respondents evaluations and predictors. *PLOS ONE*, DOI: 10.1371/journal.pone.0077266.

- Velden, P.G. van der, Rademakers, A.R., Vermetten, E., Yzermans, J., Portengen, M.A., & Grievink, L. Police officers: A high risk group for the development of mental health disturbances? A cohort study(2013). *British Medical Journal –Open*. DOI:10.1136/bmjopen-2012-001720.
- Velden, P.G. van der, & Benight, C.C. Risk factors for PTSD after disasters: what is it what we know? *In preparation*.
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *British Journal of Psychiatry*, 194, 392-398.
- Watts, B.V., Schnurr, P.P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W.B., & Friedman, M.J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 541-550.
- Wilson, S., Durbin, C.E. (2012). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 167-180.
- Wind, T.R. & Komproe, I.H. (2012). The mechanisms that associate community social capital with post-disaster mental health: a multilevel model. *Social Sciences and Medicine*, 75, 1715-1720.
- Zimmerman, C., Hossain, M., Yun, K., Gajdadziew, V., Guzun, N., Tchomarova, M., Ciarrocchi, R.A., Johansson, A., Kefurtova, A., Scodanibbio, S., Motus, M.N., Roche, B., Morison, L., & Watts, C. (2008). The health of trafficked women: a survey of women entering posttrafficking services in Europe. *American Journal of Public Health*, 98, 55-59.

# Colofon

*vormgeving*

**Beelenkamp Ontwerpers, Tilburg**

*foto omslag*

**Maurice van den Bosch**

*druk*

**PrismaPrint, Tilburg University**

