

# Het posttraumatisch stress syndroom

## Een verkenning van het concept met aandacht voor cultuur en betekenis

David de Vaal

*De toe-eigening van geweld en menselijk lijden door het posttraumatisch stress syndroom is, sinds de opname ervan in de psychiatrische nosologie, een steeds grotere rol gaan spelen in zowel het populaire als het wetenschappelijke discours. Toch wordt dit ziektebeeld omringd door een aantal controverses, die zowel vanuit de psychiatrie als vanuit de antropologie geformuleerd kunnen worden. Dit artikel biedt een overzicht van de vragen die door dit syndroom worden opgeroepen. De erkenning van het syndroom, de aard van de traumagenetische stressor en de integrerende functie van de notie van traumatische geheugen vormen een eerste invalshoek. Fundamenteel is ook, ten tweede, de kritiek die vanuit antropologische hoek wordt geformuleerd en meer aandacht vraagt voor cultuur en betekenis, zoals mag blijken uit voorbeelden die de rol van deze factoren in het traumaproces illustreren. Dit alles toont aan dat we vooral in een cross-culturele context vragen kunnen stellen bij de wenselijkheid van de dominantie van het posttraumatisch stress syndroom als uitdrukking van menselijk lijden.*

*[posttraumatisch stress syndroom (PTSS), psychiatrie, antropologie, trauma]*

De laatste twee decennia heeft het concept trauma zich stevig verankerd in het dagelijkse taalgebruik. Ook diverse wetenschappelijke disciplines besteden meer en meer aandacht aan de gevolgen van schokkende ervaringen als oorlog, verkrachting, incest en natuurrampen op individu en samenleving. De conceptualisering van trauma als post-traumatisch stress syndroom (PTSS), en de opname ervan in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III, III-R en IV)<sup>1</sup>, maken dat vooral deze opvatting (over de gevolgen van extreme omstandigheden op het individu) het denken hieromtrent momenteel beheerst (Kleber 1995).<sup>2</sup>

De toegenomen aandacht voor PTSS gaat gepaard met enige controverses. Het syndroom blijkt aanleiding te geven tot discussies waarin ook de sociale en culturele antropologie haar stem laat horen. Vinden de pathologische gevolgen die sommige personen doormaken na het ervaren van schokkende gebeurtenissen hun oorsprong in de fysiologische of in de psychologische toestand van deze personen (van Der Kolk, Weisath & Van Der Hart 1996)? Hoe adequaat is de diagnose in verband met de verschillende groepen getraumatiseerden in functie van het verlichten van hun lijden (Becker 1995)?

Een bijzondere plaats wordt ingenomen door die onderzoekers die het denken rond PTSS een zekere culturele gevoeligheid trachten mee te geven (De Vries 1996, Harvey 1996, Keane et al. 1996, Kirmayer et al. 1995, Kleber et al. 1995a, Marsella, Driedman, Gerrity & Scurfield 1996a, Bracken et al. 1995). In een inleidende beschouwing bij een themanummer van *Medische Antropologie* stelt Van Dijk (1996) in dit verband

een aantal onderzoeksvragen voor. Welke variaties in tijd en cultuur zijn merkbaar in de sociale constructie 'trauma' en in als traumatisch ervaren omstandigheden? Hoe worden langdurige ervaringen met lijden in cultuur geïncorporeerd en welke algemene en cultuurspecifieke patronen staan hiermee in verband? Hoe kunnen individu en gemeenschap aan dit lijden een plaats geven? Welke rol kunnen verschillende culturele instituties daarin spelen? Wat is de impact en het effect van Westerse traumahulpverlening wanneer deze wordt toegepast in een niet-Westerse context?

Voor het formuleren van een mogelijk antwoord op deze vragen lijkt een interdisciplinaire aanpak met een plaats voor de antropologie meer dan wenselijk. Vooralsnog geniet het menselijke lijden weinig aandacht vanuit antropologische hoek (Van Dijk 1996). Er zijn slechts enkele studies beschikbaar die trauma vanuit een cross-cultureel standpunt onderzoeken (Kleber 1996), zodat een antwoord op de bovenstaande vragen slechts zeer voorwaardelijk kan zijn.

In dit artikel tracht ik een beeld te geven van de manier waarop het hedendaagse PTSS-debat omgaat met het (intussen algemeen aanvaarde) postulaat dat cultuur een medebepalende rol kan spelen in de manier waarop mensen omgaan met schokkende ervaringen. In een eerste deel zal ik de geschiedenis en de huidige opvatting van PTSS (zoals ze opduiken in de psychiatrische nosologie) samenvatten. Uit deze samenvatting blijkt dat PTSS geworteld is in een bepaald medisch-psychologisch en universalistisch paradigma waarin de aandacht voor culturele factoren achterwege blijft. Daarna identificeer ik, aan de hand van voorbeelden, enkele domeinen van PTSS waarin cultuur een mogelijke rol speelt. Tenslotte zal ik wijzen op de beperkingen eigen aan het concept PTSS. Deze beperkingen komen aan de oppervlakte wanneer het wordt gehanteerd in niet-Westerse samenlevingen.

Vanuit deze optiek is de opgenomen literatuur eerder beperkt gehouden. Enerzijds werd voornamelijk geput uit bronnen van 1995 of recenter. Anderzijds weerhield ik vooral die literatuur die blijkt geeft van aandacht voor de rol van cultuur in traumagenese en/of traumaverloop. Verder werden vooral, maar niet uitsluitend, werken opgenomen die trauma vanuit een algemeen standpunt benaderen, of die vormen van trauma behandelen die door menselijk handelen (in het bijzonder situaties van oorlog en geweld) worden veroorzaakt.

## **Geschiedenis en inhoud van het posttraumatisch stress syndroom**

### *De integratie van PTSS in een psychiatrische nosologie*

Een eerste belangrijke evolutie in de ontwikkeling van het hedendaagse trauma-concept vond plaats in de 19<sup>e</sup> eeuw. Toen identificeerde de studie naar de gevolgen van (toen relatief frequente) treinongevallen dezelfde symptomen bij slachtoffers met duidelijke, lichamelijke verwondingen als bij ongelukkigen zonder 'zichtbare' letsels.<sup>3</sup> Aanvankelijk werd de oorzaak van zowel somatische als psychologische symptomen toegeschreven aan de lichamelijke schade opgelopen door spoorongelukken. Al snel rekende men ook "violent emotions" tot de mogelijke oorzaak van deze symptomen. Zij werden verondersteld dezelfde neurologische schade te veroorzaken als de klappen die het lichaam bij een treinongeval te verwerken kreeg (Young 1995, 1996; van der Kolk, Weisath & Van Der Hart 1996).

De geschiedenis van PTSS is echter vooral innig verbonden met de turbulente tijden die de Westerse politieke en militaire wereld in de 20<sup>e</sup> eeuw hebben gekend. Het is opvallend hoe elke ‘grote’ oorlog onderzoek en theorievorming naar het effect van schokkende factoren op het individu heeft gestimuleerd. Beide wereldoorlogen brachten belangrijke figuren op de voorgrond; de geschriften van W. H. R. Rivers zijn gebaseerd op de klinische ervaring die hij opdeed in de Eerste Wereldoorlog. Eén van de grote werken rond trauma, Kardiners’ *The Traumatic Neuroses of War*, werd gepubliceerd kort voor de Verenigde Staten in de Tweede Wereldoorlog betrokken werden. Het zou later één van de grote inspiratiebronnen zijn bij het opstellen van de diagnostische criteria van PTSS (Van der Kolk, Weisath & Van Der Hart 1996).

Het is echter vooral de uiteindelijke opname van PTSS in de DSM-edities die hier aan bod zal komen. Deze geschiedenis is inherent verbonden met de Amerikaanse oorlogservaringen in Vietnam. DSM-III<sup>4</sup>, gepubliceerd in 1980, was de eerste gestandaardiseerde psychiatrische nosologie en had als expliciete doelstelling een diagnostische metataal te creëren. Deze metataal moest onderzoekers in staat stellen professioneel met elkaar te communiceren, over theoretische grenzen heen. Hiertoe nam men het nosologische perspectief van de Duitse psychiater Emil Kraepelin over, dat gebaseerd is op drie uitgangspunten. Ten eerste zouden psychologische aandoeningen het best begrepen kunnen worden naar analogie met fysiologische ziektes. Verder zou een psychiatrische classificatie gebaseerd moeten zijn op nauwkeurige observatie, op zichtbare fenomenen. Tenslotte zou empirisch onderzoek aantonen dat mentale stoornissen een biochemische en organische oorsprong kennen. Dit perspectief leidt tot een toenemende belangstelling voor symptomen die precies tot deze zichtbare, observeerbare verschijnselen te herleiden zijn. Dit alles wordt geïnterpreteerd als een teken van de onderliggende pathologische structuren en processen, die bovendien voorkomen in stabiele formaties, wat de identificatie van syndromen toelaat. Het uitgangspunt bij het opstellen van DSM-III was dan ook dat men de op te nemen stoornissen op empirisch-wetenschappelijke manier moest kunnen vaststellen.

Tegelijk met de pogingen deze nosologie tot stand te brengen werd meer en meer aandacht besteed aan de problemen waar Vietnam-veteranen mee te kampen hadden. Hier ontstond het typevoorbeeld van de sociaal onaangepaste, gewelddadige en zelfdestructieve veteraan. Een werkgroep formuleerde een voorstel gericht aan de “DSM Task Force” belast met het opstellen van DSM-III. Dit voorstel promoveerde de opname van een specifiek post-Vietnam syndroom in de nosologie, maar dit verzoek werd niet dadelijk ingewilligd. Wel leidde het tot de oprichting van een volgende werkgroep om het bestaan van een dergelijk syndroom te legitimeren op basis van empirische gegevens (Young 1995). Ondertussen was ook de aandacht voor de gevolgen van schokkende gebeurtenissen op andere sociale groepen dan blanke mannen (waarop het onderzoek naar trauma zich tot 1974 bijna exclusief op had gericht) toegenomen. Ook deze onderzoekers werden opgenomen in de werkgroep en gaandeweg werd trauma als etiologische gebeurtenis dus uitgebreid naar andere dan oorlog-gerelateerde gebeurtenissen. Dit riep de nodige weerstand op bij diegenen die de neo-Kraepeliaanse aanpak voorstonden. Immers, enerzijds kent het voorgestelde syndroom een dubieuze oorsprong; anderzijds lijkt het te zijn samengesteld uit symptomen die, zij het in een andere configuratie, bij diverse andere syndromen opduiken. Desondanks werd PTSS in DSM-III opgenomen, en bracht zo andere syndromen als ‘*rape trauma syndrome*’, ‘*battered woman syndrome*’ en ‘*abused child syndrome*’ onder in één concept (Van der Kolk, Weisath & Van Der Hart 1996).<sup>5</sup>

Zoals hierboven werd opgemerkt, ligt de nadruk bij de classificatie van psychiatrische aandoeningen in de DSM-edities op de symptomatologische cluster die de eigenheid uitmaakt van een specifiek syndroom. Dit is bij PTSS niet anders. Meer bepaald onderscheidt DSM-IV zes klassen gerelateerde kenmerken: het stressor-criterium, indringende herinneringen, vermijdingsgedrag en verdovingsverschijnselen, uitzonderlijk hoge opwinding en duur van het voorkomen van de symptomen en functionele belemmeringen (APA 1994: 424-425). In wat volgt zullen enkele van deze eigenschappen kritisch besproken worden. Hierbij is ervoor gekozen de kritiek die culturele factoren expliciet in rekening brengt, niet in de discussie te betrekken. Deze kritiek komt later, onder een aparte titel, aan bod. Bovendien worden niet alle criteria afzonderlijk behandeld maar zal de notie traumatisch geheugen als onderliggend integrerend perspectief geïdentificeerd worden. Het criterium van duur (dat slaat op het voorkomen van de overige kenmerken) wordt buiten beschouwing gelaten, vermits deze kwalificatie er voornamelijk op gericht lijkt te zijn PTSS te onderscheiden van acute stressreacties (Englund 1998).

#### *Schokkende gebeurtenissen als oorzaak van PTSS*

Het eerste criterium (de aanwezigheid van een externe etiologische gebeurtenis die aan de basis staat van de ontwikkeling van de overige kenmerken) is het meest distinctieve kenmerk van PTSS, en vormt een uitzondering in het diagnostische handboek (Friedman & Marsella 1996).<sup>6</sup> In de eerdere edities (DSM-III en DSM-III-R) werd deze gebeurtenis omschreven als *een voorval dat buiten de gebruikelijke menselijke ervaring ligt en bijzonder verontrustend zou zijn voor bijna iedereen*. Young (1995) stelt dat deze omschrijving een aantal problemen veroorzaakt. Wat 'gebruikelijke menselijke ervaring' precies inhoudt, is onduidelijk en wordt niet verder omschreven. Is het doden van een vijand voor een militair met een aantal maanden actieve dienst in Vietnam een gebeurtenis die buiten de gebruikelijke ervaring ligt? En, als men argumenteert dat dit inderdaad zo is vanwege de uitzonderlijke context waarin deze militair zich bevindt, hoort dan het getuige zijn van een moord in een Zuid-Afrikaanse township bij de gebruikelijke ervaring van iemand die in die omgeving is opgegroeid? Bovendien kan men zich de vraag stellen hoe dit criterium (dat deze etiologische gebeurtenis verontrustend voor eenieder zou zijn) moet worden ingevuld. Men stelt bijvoorbeeld vast dat bij elk trauma (bijvoorbeeld oorlog of natuurgeweld) een deel van de getroffen personen geen traumagerelateerde symptomen ontwikkelt, ondanks een gedeelde en gelijkaardige ervaring (Young 1995, Kleber 1996, McFarlane & De Girolamo 1996).<sup>7</sup> DSM-IV zoekt een oplossing voor een aantal van deze problemen door het stressor-criterium breder te omschrijven (McFarlane & DeGirolamo 1996).<sup>8</sup> De reactie van de persoon bestond uit intense angst, hulpeloosheid of afgrijzen (APA 1994: 424, mijn vertaling). Ook met deze nieuwe omschrijving blijft het echter problematisch om traumatische gebeurtenissen te onderscheiden van andere, stresserende maar niet-traumatische voorvallen. Centraal in deze problematiek staat de vaststelling dat niet zozeer de objectieve gebeurtenis, maar eerder de cognitieve en emotionele waardering ervan kan leiden tot de ontwikkeling van PTSS (Kleber, Figley en Gersons 1995b, Friedman en Marsella 1996, McFarlane & van der Kolk 1996a). Men kan zich de vraag stellen of er *überhaupt* zoiets bestaat als een objectieve gebeurtenis. Bovendien is de rol van persoonlijke karakteristieken, aanwezig vóór de traumatische gebeurtenis plaatsvond (de zogenaamde premorbide factoren), onduidelijk (Aarts & Op Den Velde 1996, DeGirolamo & McFarlane 1996, McFarlane & Yehuda 1996).

De omschrijving van de traumatogene gebeurtenis in DSM-IV verenigt bovendien ook een diverse reeks gebeurtenissen die, uitgezonderd hun schokkende karakter, weinig met elkaar gemeen hebben.<sup>9</sup> Twee belangrijke typologische dichotomieën kunnen we in dit verband onderscheiden: acute *versus* langdurige traumatische omstandigheden en traumatogene gebeurtenissen met een menselijke *versus* een niet-menselijke oorzaak.<sup>10</sup> Wat het eerste onderscheid betreft, wordt vaak gewezen op politieke of sociale omstandigheden waar traumatische gebeurtenissen langdurig en repetitief zijn. Voor deze situaties werd de term *complex PTSS*<sup>11</sup> in het leven geroepen (Allen, 1996, van der Kolk 1996c, Vloeberghs en de Groot 1996). Wat betreft het tweede onderscheid: er zijn aanwijzingen dat de aard van de stressor (McFarlane & De Girolamo 1996) en niet zozeer de intensiteit ervan (McFarlane 1995) traumagenese en eventueel traumaverloop beïnvloedt. Lamers-Winkelmann (1996) stelt echter dat de aard van de schokkende gebeurtenis geen invloed heeft op de symptomatologie bij kinderen. Het complexe karakter van de persoonlijke evaluatie van de gebeurtenis maakt het identificeren van een schokkende gebeurtenis bijzonder moeilijk (van der Kolk, McFarlane & Weisath 1996, van der Kolk & McFarlane 1996). Deze gebeurtenis speelt evenwel een belangrijke rol in het diagnostische proces (Young, 1995).

De diagnostische criteria die in de verschillende nosologieën worden onderscheiden, lijken echter niet aangepast om deze verschillen in rekening te brengen. Wel heeft de recentste DSM-editie rekening gehouden met mogelijke vragen omtrent de noodzaak van een directe, persoonlijke ervaring van een levensbedreigende situatie. Door expliciet aan te geven dat het gaat om een actuele of dreigende schending van de integriteit van het zelf *of anderen* (APA 1994), sluit PTSS ook de notie van secundaire traumatisering in. Deze notie identificeert contact met het lijden van significante anderen als mogelijke traumagenetische factor (Brendler, 1995, Figley & Kleber 1995).

### *Traumatisch geheugen*<sup>12</sup>

Terwijl het eerste criterium PTSS binnen de nosologie van de APA een uitzonderlijke positie verschaft, maken de verschijnselen samengevat onder de noemer 'indringende herinneringen' de meest karakteristieke symptomen van deze stoornis uit (Young 1995, 1996; Brett 1996, Friedman & Marsella 1996, van der Kolk 1996c).<sup>13</sup> In deze symptomencluster staat de notie *traumatisch geheugen* centraal, een begrip dat gekenmerkt wordt door de vereniging van twee schijnbaar tegengestelde polen, namelijk complete amnesie en bijzonder accurate herinnering (van der Kolk, 1996c).

Er blijkt een kwalitatief verschil te zijn tussen de werking van traumatisch geheugen en de manier waarop alledaagse voorvallen hun plaats in het geheugen vinden. Een eerste vaststelling is dat de herinneringen aan schokkende gebeurtenissen vaak bijzonder levendig zijn en aan het 'slachtoffer' erg accuraat voorkomen (van der Kolk 1996c). Onderzoek heeft echter uitgewezen dat deze vorm van herinnering onderhevig is aan dezelfde verstoringen als meer dagdagelijkse herinneringen (Schacter 1996). Het bijzondere karakter van het traumatische geheugen lijkt vooral te liggen bij de vaststelling dat de herinnering aan calamiteiten op een andere manier gecodeerd wordt. De oorzaak van dit verschil in informatieverwerking is onduidelijk; het lijkt gebaseerd te zijn op psychobiologische veranderingen teweeg gebracht door de 'schokkende' ervaring. Misschien vinden deze processen hun oorsprong vinden in de menselijke evolutie (van der Kolk 1996c, zie van der Kolk 1996a

voor een uiteenzetting hieromtrent).<sup>14</sup> Algemeen gesteld blijkt dat traumatische gebeurtenissen in het geheugen worden georganiseerd op perceptie-niveau, en dat er, met andere woorden, geen linguïstische codering gebeurt (van der Kolk 1996c). Dit onderscheid stemt *grosso modo* overeen met het onderscheid dat Schacter (1996) maakt tussen impliciet en expliciet geheugen.<sup>15</sup> Traumatische herinneringen worden voornamelijk uitgedrukt in de symptomen die door DSM-IV worden beschreven en niet zozeer verbaal gereproduceerd. Scarry's (1985) vaststelling dat pijn taal vernietigt, wordt hier dan ook vanuit psychiatrische hoek bevestigd.

Het non-verbale karakter van het traumatische geheugen kan ook worden geconceptualiseerd als dissociatie, de compartimentalisatie van de ervaring, of, met andere woorden, het falen om het traumatische narratief te integreren in een autobiografie. Van der Kolk, Van Der Hart en Marmar (1996) onderscheiden drie vormen van dissociatie. Bij primaire dissociatie worden emotionele en perceptuele elementen van de schokkende gebeurtenis niet in het bewustzijn opgenomen. Secundaire of peritraumatische dissociatie vindt plaats op het moment van het schokkende gebeuren. Hierbij ontstaat een splitsing tussen het ervarende en het observerende zelf. Tertiaire dissociatie tenslotte leidt tot de ontwikkeling van afzonderlijke ego's.<sup>16</sup> Algemeen kan worden vastgesteld dat bij een traumatische gebeurtenis de ervaringen worden gedissocieerd en pas later in een narratief gegoten, wat belangrijke implicaties heeft voor het therapeutische optreden. Dissociatie op het moment van het trauma kan beschouwd worden als een adaptatieve strategie gericht op het verminderen van het lijden van het zelf. Het voorkomen van dissociatie is echter één van de belangrijke voorspellingsfactoren in de ontwikkeling van PTSS (van der Kolk 1996b, 1996c).

Herman (1996) merkt op dat deze bijzondere manier van herinneringsverwerking ook gevolgen moet hebben voor de manier waarop het traumatische geheugen kan worden geraadpleegd. Meer bepaald gaat het hier om een "state-dependent memory retrieval" (van der Kolk 1996c: 292), waarbij de traumatische herinnering zich vooral opdringt in situaties die gelijken op de oorspronkelijk traumatiserende omstandigheden. De indringende herinneringen presenteren zich dan als flashbacks, compulsieve handelingen, lichamelijke gewaarwordingen en andere (als pathologisch beschouwde) manieren van herinneren.

De theorievorming rond dissociatie en traumatisch geheugen heeft een uitgesproken politiek karakter, in het bijzonder in verband met situaties waarin seksueel misbruik als traumatogene factor kan worden geïdentificeerd. Van der Kolk, Van Der Hart en Marmar (1996) merken op dat tertiaire dissociatie meestal langdurig en herhaaldelijk seksueel misbruik als oorzaak kent en Herman (1996) voegt hieraan toe dat traumatische herinneringen vaak beter toegankelijk zijn wanneer het subject zich in een trance-achtige staat bevindt. Het is deze redenering die gevolgd wordt door voorstanders van "recovered memory therapy". Zij stellen dat het mogelijk is de gedissocieerde herinneringen aan traumatische gebeurtenissen en in het bijzonder aan seksueel misbruik door (hypnose)therapie te 'ontsluieren' (Hacking 1996).<sup>17</sup> Schacter (1996) argumenteert echter overtuigend dat dergelijke herinneringen door deze vorm van therapie geconstrueerd kunnen worden zonder dat zij refereren aan een reële gebeurtenis, een stelling die gedeeld wordt door de *False Memory Syndrome Foundation*. Van der Kolk (1996c: 296) stelt vast dat de perceptuele herinneringen aan het trauma onderhevig zijn aan "condensation, embellishment and contamination" wanneer zij in een sociaal communiceerbaar narratief worden gegoten. Desondanks worden zij door het individu als bijzonder accuraat en waarheidsgetrouw ervaren. Dit zorgt voor verdere complicaties in een bijzonder pijnlijk debat waarin

theoretische en therapeutische consensus soms ver te zoeken zijn (zie ook McFarlane & van der Kolk 1996a).

Besluitend kan worden vastgesteld dat PTSS, zoals geconceptualiseerd in de psychiatrische nosologie DSM-IV, ook binnen dit betekeniskader een aantal controverses oproept. Vooral de identificatie van de 'schokkende gebeurtenis' blijkt problematisch te zijn, hoewel de meest recente uitgave van DSM pogingen doet ruimte te bieden voor een meer 'subjectieve' invulling. Met Young (1995, 1996, 1997) kan vastgesteld worden dat het traumatisch geheugen de centrale factor is waarrond PTSS (zoals omschreven in de verschillende DSM-edities) is opgebouwd. Dit geldt ook voor de etiologische gebeurtenis waarvan het bestaan meestal wordt aangetoond door te verwijzen naar het actieve en het belichaamde geheugen van de patiënt.<sup>18</sup> De symptomen die door DSM worden erkend komen echter stuk voor stuk ook in andere stoornissen voor<sup>19</sup>, maar worden door de notie van traumatisch geheugen en de verwijzing naar de traumatogene gebeurtenis geïntegreerd in een coherent geheel.

In wat volgt bied ik een overzicht van de wijze waarop het in rekening brengen van contextuele factoren als cultuur en betekenis het zopas beschreven concept verder problematiseert.

## **Het posttraumatisch stress syndroom vanuit een cultureel perspectief**

### *De verhouding tussen psychiatrie en antropologie*

De ontwikkeling en toepassing van psychiatrische theorieën en concepten is geworteld in een Westers biomedisch paradigma (Bracken, Giller & Summerfield 1995). Deze vaststelling is niet zelden de aanhef om de vooronderstellingen van de psychiatrie bloot te leggen en houdt tevens een kwalitatieve evaluatie in: psychiatrie is niet bijzonder goed geplaatst om mentale stoornissen in een andere dan Westerse context te onderzoeken. Kleinman (1987) waarschuwt echter voor een al te stereotiep beeld van de biomedische wetenschappen. Hij erkent dat er ook in deze disciplines de laatste decennia inspanningen zijn gedaan om een zekere mate van cross-culturele validiteit te waarborgen. Toch blijft de relatie tussen psychiatrie en antropologie, ondanks deze toenadering, in zekere mate gespannen en behouden sommige kritische opmerkingen vooralsnog hun relevantie.<sup>20</sup>

De implementatie van antropologische inzichten in de psychiatrische theorie en methodologie heeft aanleiding gegeven tot de ontwikkeling van een aantal studies die de cross-culturele validiteit van psychiatrische stoornissen onderzoeken. Ondanks het feit dat deze studies culturele variaties vaststellen, bestaat de neiging de universele karakteristieken te benadrukken en aan de culturele variaties minder belang toe te schrijven. Volgens Kleinman is dit het resultaat van een stilzwijgende professionele psychiatrische ideologie. Bovendien zijn de methodologische voorschriften voor het bereiken van cross-culturele validiteit dermate gecompliceerd (zie Berry, Poortinga, Segall & Dasen 1992: 219-246 voor een samenvatting) dat de vraag kan worden gesteld in welke mate het mogelijk is deze aanwijzingen in de praktijk om te zetten.<sup>21</sup> Een bijzonder bijkomend probleem wordt gevormd door het gevaar voor *category fallacy*: "the reification of a nosological category developed for a particular cultural group that is then applied to members of another culture for whom it lacks coherence and its validity has not been established" (Kleinman 1987: 452). De vaststelling dat een bepaald symptoom of

symptomencluster universeel voorkomt, rechtvaardigt dan evenmin de identificatie van het hiermee verbonden syndroom als universeel (Bracken, Giller & Summerfield 1995). Ondanks een toegenomen gevoeligheid voor culturele aspecten van mentale stoornissen blijft cross-culturele psychiatrie dus een voornamelijk universalistisch gezichtspunt aanhangen (Lewis-Fernández en Kleinman 1995).

Nauw verwant met dit universalistische discours is de in de psychiatrie overheersende opvatting dat de essentie van een syndroom wordt uitgemaakt door oorzakelijke biologische factoren, terwijl culturele en sociale elementen hoogstens vorm geven aan de inhoud van het syndroom of deze beïnvloeden (Kleinman 1987). Dit uitgangspunt stond expliciet aan de basis van de ontwikkeling van DSM-III en ondanks pogingen om DSM-IV meer crossculturele validiteit te geven werden de aanbevelingen van de *Coordinating Group for the Task Force on Culture and DSM-IV* grotendeels genegeerd (Lewis-Fernández en Kleinman 1995). Ook hier blijkt dus dat een pathogenetisch/pathoplastisch model (Kleinman 1987) de psychiatrische theorie en praktijk blijft domineren.

Tenslotte kan er even stilgestaan worden bij de veelvuldig gemaakte vaststelling dat het Westerse concept van het individu een primordiale rol speelt in politieke, culturele en biomedische discoursen. Niet alleen zijn de biomedische wetenschappen beïnvloed door deze opvatting, sommige stellen dat zij de sociale ruimte bij uitstek zijn waar dit individualisme zijn oorzaak vindt (Bracken, Giller & Summerfield 1995). Antropologische theorievorming heeft echter aangetoond dat dit individualisme geenszins een universeel gegeven is (Scheper-Hughes en Lock 1987). In culturen waarin dit mensbeeld niet gedeeld wordt, bestaat er dan ook geen zelfde notie van het intrapsychische zoals die wordt gehanteerd in de psychiatrie, wat een bijkomende bron voor cross-culturele invaliditeit betekent. Bovendien leidt deze nadruk op het individu, samen met bovenstaande opmerkingen, tot een agressieve decontextualisering van psychopathologische aandoeningen (deVries 1996). Ondanks reeds geleverde inspanningen lijkt het dus niet voorbarig te stellen dat de psychiatrie vooralsnog geen definitief antwoord heeft kunnen formuleren op de kritiek die vanuit onder andere antropologische hoek werd aangereikt. Dat dit voor PTSS niet anders is, kon Van Dijk (1996) vaststellen op het door *Medische Antropologie* georganiseerd interdisciplinair symposium omtrent de relatie tussen trauma en cultuur. Eén van de hier aanwezige psychiaters stelde dat cultuur hooguit de context van de behandeling vormt en eventueel een factor bij de duiding van de verschijnselen kan zijn. Deze opvatting lijkt echter uit te gaan van een verouderde cultuurdefinitie die de bewuste en cognitieve aspecten van cultuursystemen overbenadrukt. Recenter antropologisch onderzoek heeft echter een nieuw cultuurconcept ontwikkeld. Hierin wordt cultuur gezien als de processen die ontstaan uit de patronen van alledaags sociaal leven. Deze patronen, vanzelfsprekend 'gezond verstand', de manieren waarop 'de dingen worden gedaan', geprefereerde vormen van sociale interactie en sociaal geëlaboreerde lichamelijke, recreëren op hun beurt het sociale leven en zijn gericht op datgene wat voor individuen en groepen 'op het spel staat' en 'van belang is'. Een dergelijke cultuuropvatting legt de nadruk op het belang van betekeniscreatie en sociale ervaring in de constructie van de werkelijkheid (Lewis-Fernández & Kleinman 1995: 434, Jenkins 1996). Het mag dan ook duidelijk zijn dat cultuur van fundamenteel belang is voor het begrijpen van traumatische ervaringen. Cultuur geeft betekenis aan ervaringen, en bevormt de manier van ervaren en waarnemen, en vervult hierom een potentiële rol heeft in elke fase van het traumaproces (Van Dijk 1996).

In wat volgt zal op basis van recente literatuurvoorbeelden worden nagegaan op welke manier cultuur

(zoals hierboven bepaald) een aantal elementen van trauma kan beïnvloeden. Meer bepaald onderscheid ik twee facetten: traumatogenese en copingstrategieën enerzijds, en symptomatologie anderzijds. Ten slotte besteed ik kort aandacht aan de manier waarop trauma cultuur beïnvloedt.

#### *De rol van cultuur in de betekenisgeving aan schokkende omstandigheden en copingstrategieën*

Een aantal problemen met het stressor-criterium als oorzaak van PTSS zijn hierboven aan bod gekomen. Hierbij is vooral de vaststelling dat precies de cognitieve en emotionele waardering van de gebeurtenis mogelijk leidt tot de ontwikkeling van PTSS van belang (Kahana et al. 1988, Friedman & Marsella 1996, McFarlane & van der Kolk 1996a). Zoals uit Lewis-Fernández' en Kleinmans cultuurdefinitie (1995) blijkt, ontstaat deze waardering uit cultuurprocessen die aan het schokkende gebeuren hun betekenis verlenen. Ik wees al op de toenemende ruimte die DSM-IV laat voor een subjectieve interpretatie van de etiologische factoren. Dit neemt echter niet weg dat een aantal extreme omstandigheden nog steeds beschouwd worden als objectieve stressoren die *steeds* psychologische beschadiging teweeg brengen. Na deze vaststelling halen Bracken, Giller en Summerfield (1995: 1077) echter twee tegenvoorbeelden aan. Aldus willen ze de conclusie staven van Kleber, Figley en Gersons (1995b). Zij stellen dat men in eerste instantie de subjectieve betekenis van trauma moet onderzoeken.

Een eerste voorbeeld betreft een 40-jarige Oegandese man. Hij beweert geen nadelige psychologische gevolgen te hebben ondervonden van een zevendaagse opsluiting en marteling, maar deze integendeel te hebben ervaren als een positieve en betekenisvolle ervaring door identificatie met het lijden van Christus. Voor een 28-jarige vrouw, ten tweede, lijkt niet zozeer de dood van haar man (die voor haar ogen door regeringstroepen werd vermoord) de oorzaak te zijn van intrusieve herinneringen, dan wel het feit dat zij niet in staat is geweest haar man volgens de geldende culturele gebruiken te begraven. Somasundaram (1996) waarschuwt echter voor persoonlijke evaluaties van de eigen gezondheidstoestand en constateert op basis van statistische methodes PTSS bij individuen die zichzelf niet als 'getraumatiseerd' beschouwen.

Meurs (1996) stelt dat het wegvallen van economische zingeving aan het verblijf in het gastland oudere Marokkanen voor psychische moeilijkheden kan stellen wanneer dit verblijf niet door andere bronnen wordt gelegitimeerd. Niet zozeer de pensionering *an sich* valt hier te identificeren als traumatogene factor: het is eerder de reïnterpretatie van de betekenis van het verblijf die maakt dat de gecumuleerde traumatiserende ervaringen van de migrant pas na zijn pensionering hun tol eisen. Een eenduidige traumatogene oorzaak kan in dit geval dus niet geïdentificeerd worden.

Vanuit een etniciteitsstandpunt onderzoekt Allen (1996) de specifieke ervaring van Afrikaans-Amerikaanse Vietnam-veteranen en stelt hierbij vast dat er significant meer identificatie met de vijand optreedt dan bij Amerikanen van Europese afkomst. Deze hogere graad van identificatie is één van de elementen die lijkt te wijzen op een verschillende "mind set" voor Afrikaans-Amerikanen en die leidt tot een verschillende betekenisgeving aan de oorlogsomstandigheden. Hierdoor genereren objectief dezelfde feiten een verhoogde kans op PTSS. Manson (1996) en Manson et al. (1996) maken een gelijkaardige vaststelling bij Indiaans-Amerikanen, Abueg en Chun (1996) bij Aziatisch-Amerikanen, en Hough et al. (1996) bij Spaans-Amerikanen. Schlenger en Fairbank (1996) bieden een algemene behandeling van de relatie tussen etniciteit en PTSS bij oorlogsveteranen.<sup>22</sup> Manson et al. (1996) tonen aan hoe verkeersongelukken een psychiatrisch legitieme bron

van PTSS kunnen zijn bij Indiaans-Amerikanen waar ze een bijzondere betekenis dragen in een minderheidsgroep waar culturele ontwrichting, verkorte levensverwachtingen en drankmisbruik hand in hand gaan.<sup>23</sup>

Khamis (1998) toont aan de hand van een statistische analyse aan dat opleiding, 'familiale stoutmoedigheid' en een integrerend familiaal omgaan met traumatogene omstandigheden negatief gecorreleerd zijn met de ontwikkeling van PTSS-symptomen. Hoewel zij zich niet aan een definitieve analyse van deze resultaten waagt, blijkt ook hier het belang van contextuele factoren.<sup>24</sup>

Een bijzondere plaats aangaande de relatie tussen betekenis van de stressor en de ontwikkeling van PTSS kan in deze paragraaf worden toegeschreven aan succesvolle culturele copingstrategieën. Het verschil met de literatuur uit bovenstaande paragraaf lijkt vooral te liggen in het feit dat copingstrategieën in werking treden wanneer de eerdere 'normale' verwerkingsprocessen falen (Kahana et al. 1988). Het betreft hier dan wel een subtiel verschil, vermits normale en pathologische verwerking op een continuüm liggen. Hierbij wordt het onderscheid tussen beide nog bijzonder bemoeilijkt door de niet-Westerse contexten die hier worden beschouwd (Kleber 1996). Deze strategieën kunnen dus gezien worden als een vorm van therapie: zij trachten de schokkende gebeurtenissen te integreren in lokale betekenisssystemen om zo de mogelijkheid scheppen het gebeuren een plaats te geven in de morele leefwereld van de slachtoffers (de Vries 1996, Harvey 1996). In dit verband haalt de Vries (1996) de Digo uit Oost-Afrika aan, waar ziekte en lijden niet dienen verholpen of bestreden te worden (zoals in het Westers biomedisch model) maar accumulatief in het zelf geïntegreerd worden en een bron vormen voor doorlopende behandeling en het ontstaan van steunende sociale relaties. Jacobson (1987) wijst echter op een tekort aan betekenisgericht onderzoek naar 'sociale steun'.

Vooraf met betrekking tot de oorspronkelijke inwoners van Noord-Amerika bestaan er relevante voorbeelden van cultuureigen methodes om de impact van schokkende ervaringen te integreren in zowel een persoonlijk als een sociaal narratief, die onder meer werden toegepast voor teruggekeerde Vietnam-veteranen. Een eerste voorbeeld hiervan zijn de jaarlijkse 'powwows' georganiseerd door de *Inter-Tribal Association* die een brede toepassing genoten. Belangrijk hierbij was de deelname van niet alleen de veteranen zelf maar ook hun familie- en gemeenschapsleden. Hierdoor werd de veteraan in zijn nieuwe rol van krijger bevestigd. Het gebeuren bewerkstelligde groepssteun voor het openbaren en integreren van de traumatische ervaringen en onderlijnde de band tussen de gemeenschap en toekomstige 'krijgers'. Aldus krijgen deze ervaringen een kader aangereikt waarin zij een bijzondere betekenis verwerven. Diegene die de schokkende omstandigheden heeft doorstaan, krijgt een nieuwe sociale rol aangereikt waarin deze ervaringen een rol spelen (Silver & Wilson 1988). Een ander voorbeeld wordt geboden door de zweethut-rituelen die bijzonder aangepast zouden zijn om de symptomen van PTSS te bestrijden<sup>25</sup> en waarin de 'krijgeridentiteit' wordt getransformeerd in een meer productief zelf, waar individuele en culturele continuïteit wordt bereikt en zelf-onthulling wordt aangemoedigd in een omgeving van zintuiglijke deprivatie en collectieve pijn (Silver & Wilson 1988, Manson 1996, Manson et al. 1996).

De Biafraanse oorlog in Nigeria was een bijzonder bloedige episode waarbij naar schatting anderhalf miljoen mensen het leven lieten. Toch vallen ook in deze context cultuureigen verwerkingsmechanismen (zoals traditionele en collectieve begrafenissen na de oorlog) te identificeren. Zij bieden een oplossing voor de

onmogelijkheid om tijdens de oorlogsomstandigheden de traditionele begrafenisgebruiken waar te nemen. Spanningsvelden, veroorzaakt door, bijvoorbeeld, contact met de Westerse moderniteit, beperken echter de helende kracht van deze culturele instellingen. Feldmann en Ukpabi (1996) illustreren dit aan de hand van een concrete ziektegeschiedenis.

Een laatste voorbeeld wordt aangereikt door Englund (1998). Hij toont aan hoe ritueel uitgebreide begrafeningen een therapeutische werking kunnen hebben voor de nabestaanden van slachtoffers van de Mozambikaanse oorlog.<sup>26</sup> In de oorlogscontext is het echter niet altijd even vanzelfsprekend deze rituelen uit te voeren. Dit kan een bijkomende bron van psychologische stress zijn.<sup>27</sup>

Deze voorbeelden tonen overtuigend aan hoe cultuur over het potentieel beschikt traumatische ervaringen een zinvolle plaats te geven in het leven van slachtoffers en zo de pathologisch-psychologische reacties weet te minimaliseren. Dit is echter niet altijd mogelijk en soms worden de culturele verdedigingsmechanismen zelf vernietigd (de Vries 1996). In dit verband valt vooral te denken aan de ervaringen van vluchtelingen en, zij het in mindere mate, migranten. Het is vooral bij deze eerste groep dat trauma, en dan vooral repressief geweld, zich manifesteert als een georganiseerde vernietiging van betekenis (Van Dijk 1996). Eisenbruch ontwikkelde hiervoor het enthousiast onthaalde begrip *cultural bereavement*, gedefinieerd als “the experience of the uprooted person -or group- resulting from loss of social structures, cultural values and self-identity” (geciteerd in Van Dijk 1995: 129). De urgentie waarmee dit wereldwijde probleem zich stelt, staat echter in schril contrast met de beschikbare literatuur omtrent dit onderwerp. Eén van de mogelijke oorzaken hiervan is dat hulpverlening in de eerste plaats gericht is op het lenigen van materiële noden en fysieke gezondheidszorg. Psychische zorg wordt enigszins verwaarloosd (Englund 1998). Dit is echter begrijpelijk en misschien ook nodig. Oorlogsomstandigheden vernietigen niet alleen lichamen, maar ook sociale voorzieningen, infrastructuur, voedselproducerende instanties, en gezondheidszorg. Recent lijkt echter een toegenomen belangstelling merkbaar voor psychische hulpverlening: Kleber (1996) en Lamers-Winkelmann (1996) zijn betrokken in internationale psychische hulpverleningsprogramma's in voormalig Joegoslavië en Vloeberghs en de Groot (1996) maken melding van een psychosociaal gezondheidsprogramma in het vluchtelingenkamp Katala in Kongo (toen nog Zaïre). Ook hier blijkt de aandacht voor culturele factoren van primordiaal belang te zijn. Englund (1998) toont aan hoe traditionele psychiatrische verwerkingstechnieken, vooral gericht op discursieve methodes, ongeschikt zijn voor Mozambikaanse vluchtelingen in Malawi. In hun cultuur tracht men immers persoonlijke herinneringen aan de doden uit te wissen. Een voorstel van de antropoloog om over de overledenen te praten, wordt dan ook op afgrijzen onthaald. De auteur stelt dan ook voor hulpverlening te organiseren die de traditionele verwerkingstechnieken steunt, eventueel aangevuld met meer performatief- of lichaamsgerichte therapieën. Vloeberghs en de Groot (1996) plaatsen echter kanttekeningen bij het gebruik van deze lichaamsgerichte therapieën op grond van de scepsis waarop voorstellen in deze richting door de vluchtelingen in Katala ontvangen werden.

Traumagerelateerd onderzoek en traumahulpverlening in niet-Westerse contexten, zo blijkt uit deze voorbeelden, kunnen zich niet veroorloven de culturele dimensies van schokkende ervaringen te verwaarlozen. Niet alleen vervult betekenis een cruciale rol in de evaluatie van traumatogene omstandigheden, ook blijkt dat cultuur-eigen verwerkingsmechanismen meer aandacht verdienen. Deze vaststellingen zijn ook doorgedrongen

in de psychiatrische wereld, zoals mag blijken uit het voorstel van Harvey (1996) voor de ontwikkeling van een ecologische aanpak van trauma, of uit het werk van Kleber et al. (1995). Zoals ik eerder al opmerkte kunnen we echter vragen stellen bij de mate waarin deze culturele elementen ingang vinden in de klinische of therapeutische praktijk.

#### *De rol van cultuur in somatisering en dissociatie*

De stelling dat cultuur een rol speelt in de manier waarop patiënten symptomen ervaren en uitdrukken, wordt algemeen aanvaard. Dit neemt niet weg dat ook in dit verband de eerder gemaakte opmerkingen over de universalistische en biologische tendensen van de psychiatrie (en dan vooral de klinische praktijk) relevant blijven. Good en Good (1981) stellen een betekenisgerichte analyse voor van de klinische praktijk die fundamenteel verschillend is van een empiricistische aanpak. Vanuit dit perspectief wordt elke ziektebeleving als fundamenteel semantisch en betekenisvol bekeken. Dit brengt met zich mee dat elke evaluatie van symptomen niet anders dan interpretatief kan zijn. Elke ervaringsuitdrukking wordt immers geïnformeerd door de cultuur van de patiënt. Het is met dit perspectief in het achterhoofd dat de symptomen van PTSS hier onderzocht worden. Mijn aandacht beperkt zich echter tot twee verschijnselen: somatisering<sup>28</sup> en dissociatie.

Somatisering kan worden omschreven als het proces waarin emotionele onrust wordt geconverteerd, getransformeerd of afgeleid in en naar somatische symptomen. Men kan het identificeren bij een meerderheid van de patiënten waarbij depressie of een angststoornis werd vastgesteld (Kirmayer 1996a). Ook bij personen die psychosociale traumata te verwerken kregen, werd somatisering veelvuldig vastgesteld (Waitzkin & Magaña 1997). De manier waarop somatisering in de bestaande nosologie naar voren komt, is volgens Kirmayer (1996a: 132-135) op drie manieren problematisch wanneer zij wordt toegepast in een andere dan een Westerse setting. Ten eerste weerspiegelt zij een dualistische ontologie in de medische wetenschappen tussen fysisch en psychologisch gebaseerde onrust. Eerder werd al aangehaald dat dit dualisme niet wordt gedeeld door tal van culturele groepen. Ten tweede moet de pathologische relevantie van somatoforme symptomen gerelativeerd worden vermits lichamelijke klachten vaak als *idiom of distress* worden gebruikt en zo een uitdrukingsvorm bieden voor persoonlijke of sociale problemen. Tenslotte wordt pathologische somatisering vaak vastgesteld op basis van gestandaardiseerde tests die onvoldoende rekening houden met de cross-culturele variabiliteit in symptomen en cultuurgebonden syndromen. Vloeberghs en de Groot (1996) merken bovendien op dat, vooral dan in relatie tot slachtoffers die zich in erbarmelijke omstandigheden bevinden, men de lichamelijke klachten niet te snel als gesomatiseerd mag beschouwen. Zij kunnen, immers, een gevolg zijn van deze weinig benijdenswaardige levensomstandigheden.

Waitzkin en Magaña (1997: 812) stellen zich expliciet tot doel een theorie te ontwikkelen die verklaart “[...] how [...] culture mediate[s] severe stress to produce symptoms that cannot be explained by the presence of physical illness”. Hun theorie stelt dat extreme omstandigheden psychologisch als narratief worden verwerkt, om vervolgens en nadien (omwille van de verschrikkelijke aard ervan), te worden gedissocieerd. De schokkende gebeurtenissen worden bovendien op verschillende manieren verwerkt naargelang de socioculturele context en leiden naar verschillende somatoforme uitdrukkingen. Tenslotte spelen op individueel niveau ook biologische en psychologische verschillen en jeugdervaringen mee. Hierdoor kunnen de verschillende reacties van individuen

in een zelfde socioculturele context verklaard worden. Cruciaal hierin is de incoherentie van dit narratief, waardoor het trauma niet als geheel kan verhaald worden. Dit verklaart mede de variabiliteit die wordt aangetroffen in de verbindingen tussen trauma, cultuur en somatisering.

Dissociatie is reeds aan bod gekomen zodat hier kan worden volstaan met te wijzen op de culturele variabiliteit die ook dit symptoom vertoont. Antropologen wijzen reeds langer op het belang van dissociatie in genezings- en religieuze rituelen en tonen zo aan dat dit verschijnsel als zodanig niet pathologisch is. De functie van dissociatie in rituelen laat ook vermoeden dat leden van bepaalde culturen 'geleerd' hebben te dissociëren. (Kirmayer 1996a). Wilson et al. (1996) verwijzen in dit verband naar het gebruik van bewustzijnsveranderende middelen bij de oorspronkelijke bevolking van Noord-Amerika. Zij kunnen ook worden beschouwd als een vorm van etnofarmacologica.

Dissociatie wordt vaak in verband gebracht met de neurobiologische werking van het geheugen. Dit suggereert een universeel karakter van deze ervaringen. Nauwkeurige etnografische studies hebben echter aangetoond dat dissociatie in sterke mate bepaald wordt door culturele patronen, die gezien kunnen worden als interactionele processen waarin dissociatief gedrag naar voren komt als antwoord op en uitdrukking van krachtige en betwiste relaties. Dit suggereert dan weer dat wanneer de culturele modellen voor dissociatie veranderen, ook de fenomenen waarop zij betrekking hebben, zullen wijzigen. Illustratief is hier het voorbeeld van het meervoudig persoonlijkheidssyndroom, nu hernoemd als dissociatief identiteitssyndroom (Hacking 1996), dat een vooral Westerse uitdrukking van dissociatieve symptomen lijkt te zijn. Hier wordt het toegeschreven aan inwendige maar afzonderlijke persoonlijkheden. In andere culturen wordt dit vaak geïnterpreteerd als het resultaat van uitwendige tussenkomst, bijvoorbeeld bezetenheid (Kirmayer 1996a). Ligthart (1996) behandelt vanuit dit perspectief de bezetenheid door *jnun* van twee jonge Marokkanen als culturele uitdrukkingvormen van dissociatieve symptomen.

Somatisering en dissociatie zijn symptomen die vaak optreden na traumatogene omstandigheden en die een aantal psychiatrische en medische assumpties in vraag stellen. Hoe nuttig is het de ervaring van getraumatiseerden op te splitsen in discrete stoornissen? Hoe kan de relatie tussen neurobiologische en universeel geachte geheugenfuncties en cultuurspecifieke vormen van dissociatie begrepen worden? Wat zijn de gevolgen van deze vaststelling voor het dualisme van lichaam en geest dat zo sterk verbonden is met de biomedische wetenschappen? Deze symptomen tonen aan hoe processen die in de eerste plaats als psychologisch begrepen worden, een diepe impact op het lichaam hebben. Trauma wordt als het ware in het lichaam gekrast, niet alleen of noodzakelijk als fysieke verwondingen maar ook als geconditioneerde emotionele responsen en veranderingen in het habitus en het lichamelijke zelf (Kirmayer 1996a).

### *De invloed van trauma op cultuur*

Eén van de metakritieken op het PTSS-concept is het verwijt dat het sterk individualiseert. Vanuit de opzet van dit artikel, waarin vooral de inhoud van het PTSS-concept aan bod is gekomen, is ook hier de aandacht voor de invloed die traumatogene omstandigheden op collectieve entiteiten hebben, onderbelicht gebleven. Tot slot zou ik toch even kort aandacht aan deze problematiek willen besteden. Een aantal illustraties van deze relatie zijn reeds aan bod gekomen: de controverses omtrent het *False Memory* debat heeft diepe sporen nagelaten in de

manier waarop seksueel misbruik in het collectieve geheugen is getreden (Hacking, 1996) Dit moge ook blijken uit de enorme maatschappelijke controverses die de zogenaamde getuige X1 in de nasleep van de Dutroux-affaire in België veroorzaakte. De opname van PTSS in de DSM-nosologie was een project met verregaande politieke implicaties (Young 1995, McFarlane & van der Kolk 1996a) en Simpson (1995) bestempelt elk concreet trauma als inherent politiek, een stelling die geïllustreerd kan worden door te verwijzen naar de recente aardbeving in Turkije (augustus 1999).

PTSS heeft misschien meer juridische implicaties dan eender welk ander psychiatrisch syndroom. Een PTSS-diagnose kan aanleiding geven tot het indienen van schadeclaims, wat lang een aanleiding is geweest voor twijfel aan de echtheid van de tentoon gespreide symptomen. Bovendien is PTSS aangewend om daders van misdrijven verminderd toerekeningsvatbaar of anderszins minder verantwoordelijk te stellen, maar kan het ook gebruikt worden als bewijs dat een crimineel feit, in het bijzonder verkrachting of incest, heeft plaatsgegrepen. Dit alles maakt van de hulpverlener een politieke actor met een bijzondere politieke en ethische rol (Pitman et al. 1996). Het is niet altijd even evident voor de hulpverlener zich buiten de sociopolitieke realiteit te houden waarin het trauma van zijn patiënt zich heeft afgespeeld en het is de vraag of dit wenselijk is (Brom & Witzum 1995).

De fundamenteel contextuele aard van psychologisch trauma stelt een samenleving voor bijzondere uitdagingen en plaatst de vragen naar verantwoordelijkheid voor het lot en de rol van politieke en religieuze instituties en de media centraal (McFarlane & van der Kolk 1996a). Verder is reeds gewezen op de destructieve impact die sommige traumatogene omstandigheden op culturele instituties en processen kunnen hebben, waarvoor de term "cultural bereavement" werd voorgesteld (Van Dijk 1995). Vaak wordt door cultuur gereageerd op deze schokkende factoren met een expansie van lokale genezingsystemen en sociale hulpverleningsnetwerken (de Vries 1996). De penetratie van een traumaverleden in cultuur komt bovendien niet alleen bij slachtoffers voor maar ook bij diegenen die als dader worden geïdentificeerd of met daderschap worden geassocieerd (Brendler 1995). Dat de gevolgen van trauma niet altijd leiden tot versterking van de sociale banden mag dan weer blijken uit de vaststelling dat het zoeken naar een externe schuldige bij de Nigeriaanse Onitsha leidt tot een wijdverbreid gevoel van wantrouwen (Feldmann & Ukpabi 1996). Farell (1998) tenslotte onderzoekt specifiek de rol van het PTSS-concept in de hedendaagse Amerikaanse populaire cultuur en komt tot de vaststelling dat dit concept een niet te onderschatten rol speelt in de manier waarop, in de Westerse samenleving, aan menselijk lijden betekenis wordt toegekend.

Elk van deze opmerkingen vormt een onderwerp op zich en de relatie tussen cultuur en trauma is ongetwijfeld complexer dan hier wordt voorgesteld. Wat duidelijk mag blijken is echter dat PTSS en trauma in het algemeen zich niet in een politiek, sociaal of cultureel vacuüm afspeelen maar steeds maatschappelijke gevolgen genereren waarvan de impact enkel door nauwkeurige analyse kan worden ingeschat.

## **Besluit**

Het onderzoek naar PTSS heeft de voorbij twee decennia een hoge vlucht genomen. Deze aandacht bracht met zich mee dat dit psychiatrisch syndroom het denken omtrent de gevolgen van extreme omstandigheden

overheerst. In een wereld waarin vrijwillige en gedwongen migratie een dagelijkse realiteit zijn, en waarin georganiseerd geweld en natuurrampen de menselijke conditie mede lijken vorm te geven, kan men de vraag naar de cross-culturele validiteit van dit concept niet onbeantwoord laten. Cultuur blijkt het potentieel te bevatten om te interfereren in alle fases van het traumaproces. Daarom is het wellicht nuttig hier na te gaan wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van het PTSS-concept (Kleber 1996).

Vooreerst kan worden opgemerkt dat de opname van het syndroom in de psychiatrische nosologieën zeker zijn verdiensten heeft. Het benoemt immers een diverse reeks van ervaringen die kunnen optreden na het doormaken van extreme omstandigheden en biedt zo de mogelijkheid aan deze gevolgen zin te geven. De aanvaarding van de realiteit van dit concept in ruime delen van de samenleving biedt slachtoffers een mogelijkheid tot sociaal aangepaste zelfrepresentatie (Kleber 1996). Allen Young (1995, 1996), die PTSS met bijzonder kritische blik benadert, erkent ook expliciet deze verdienste en wijst erop dat zijn analyses hier geen afbreuk aan doen. Tegelijk wijst Kleinman (1995) op de gevaren van medicalisatie die slachtoffers tot patiënten maakt en zo ervaringen die in vele delen van de wereld als essentieel religieus of sociaal worden bekeken, individualiseert. Deze medicalisering en individualisering wordt door een aantal auteurs dan ook gezien als één van de grote tekortkomingen van het PTSS-concept, dat zich bovendien bijzonder laat opmerken bij bepaalde groepen slachtoffers. Zo wijst Becker (1995) op de tekortkomingen van dit traumamodel voor slachtoffers van georganiseerd geweld, die hun reacties gepathologiseerd zien en zo een schijnbare verantwoordelijkheid te dragen krijgen voor daden waarvan zij niet aan de oorsprong staan. Summerfield (1995), Bracken et al. (1995), Kleber (1996) en Simpson (1995) maken gelijkaardige opmerkingen. Deze pathologisering heeft nog een ander nadelig effect: het verhult de mate waarin posttraumatische reacties normale reacties op abnormale omstandigheden zijn. In dit verband is de opmerking van Kleber (1996) dat pathologie en normaliteit op een continuüm liggen relevant. Bovendien brengt dit bijzondere problemen mee voor toepassing van het concept in niet-Westerse contexten waar normaliteit en abnormaliteit anders geconceptualiseerd worden. Een hiermee gerelateerd gevaar is dat posttraumatische ervaringen in een keurslijf verstrikt dreigen te raken, waardoor andere dan de 'Westerse' symptomen het gevaar lopen niet (h)erkend te worden (Kleinman 1995, Begemann 1996). Tenslotte kan opgemerkt worden dat de 'post' uit PTSS voor heel wat slachtoffers een illusie is en dat in tal van concrete settings mensen dagdagelijks met extreme stressoren worden geconfronteerd. Voor deze situatie is de term 'complex' PTSS is gereserveerd die echter niet is opgenomen in de erkende nosologieën (Becker 1995).

Anderzijds valt het niet te ontkennen dat de psychiatrische praktijk een zekere expertise heeft opgebouwd in traumahulpverlening. Deze expertise draagt het potentieel het lijden van mensen in verschillende culturele contexten te verlichten. Vooral lichaamsgebaseerde of performatiefgerichte hulpstrategieën lijken Englund (1998) in dit verband veelbelovend. Maar ook hier is voorzichtigheid geboden, zoals uit het relaas van Vloeberghs en de Groot (1996) blijkt. Deze gedachtengang houdt bovendien een ethisch vraagstuk in: moet niet elk onderzoek naar de gevolgen van schokkende omstandigheden erop gericht zijn het lijden van de getroffen te verzachten?

Wat de verdiensten en beperkingen van PTSS ook mogen zijn, uit het voorgaande mag blijken dat trauma niet los kan gezien worden van cultuur, die trauma zijn betekenis geeft en eventuele helende uitwegen biedt. Antropologisch onderzoek heeft dan ook een belangrijke rol te spelen in het traumadebat. Uit de

literatuurvoorbeelden die werden aangehaald blijkt dat cultuurspecifieke oorzaken, symptomen en copingstrategieën vaak vanuit etnografisch onderzoek worden ontdekt. Antropologisch onderzoek kan hier de psychiatrische praktijk informeren over culturele betekenisprocessen die vaak essentieel zijn om tot een goed begrip van de ervaringen van traumaslachtoffers uit niet-Westerse contexten te komen. Het is dit begrijpen dat noodzakelijk is om een eventuele hulpverlening zo succesvol mogelijk te maken.

Tenslotte kan men vragen naar de relevantie van het begrip PTSS voor de antropologische theorievorming. PTSS is immers slechts één van de mogelijke manieren waarop de gevolgen van geweld en andere calamiteiten kunnen worden gedacht (Kleinman & Kleinman 1997). De eigen theorie en methodologie van de antropologie staan echter andere, bredere analyses toe, zoals mag blijken uit de reïnterpretatie van Ligtharts (1996) casussen door Bartels (1996) en de verhandelingen die door Kleinman, Das en Lock (1997) en Antze en Lambek (1996) werden verzameld. Kleinman (1995) stelt in dit verband een etnografie van de ervaring voor en een recent themanummer van het tijdschrift *Medical Anthropology Quarterly* verzamelt een aantal artikels (Adams 1998, Jenkins 1998, Nordstrom 1998, Olujic 1998, Pitcher 1998 en Quesada 1998) waarin geweld<sup>29</sup> vanuit een belichamingsparadigma wordt bekeken. Het is wellicht deze aanpak die kan leiden tot een beter begrip van wat het betekent geconfronteerd te worden met extreme omstandigheden.

## Noten

David de Vaal is licentiaat sociale en culturele antropologie. Zijn interesse gaat voornamelijk uit naar de antropologische theorievorming rond geweld en oorlog in relatie tot het lichaam. Hij is via e-mail bereikbaar op david.devaal@xs4all.be

## Literatuur

Aarts, P.G.H. & Op Den Velde, W.

- 1996 Prior Traumatization and the Process of Aging. Theory and Clinical Implications. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath, 1996: 359-377.*

Abueg, F. R. & Chun, K., M.

- 1996 Traumatization Stress Among Asians and Asian Americans. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996a: 285-299.*

Adams, V.

- 1998 Suffering the Winds of Lhasa: Politicized Bodies, Human Rights, Cultural Difference and Humanism in Tibet. *Medical Anthropology Quarterly* 12(1): 74-102.

Allen, I. M.

- 1996 PTSD Among African Americans. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996a: 239-253.*

American Psychiatric Association

- 1994 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> edition)*. Washington DC, American Psychiatric Association.

Antze, P. & Lambek, M. (red.)

- 1996 *Tense Past. Cultural Essays in Trauma and Memory*. London: Routledge.

Bartels, E.

- 1996 Jnun als symbool. Een reactie. *Medische Antropologie* 8(1): 69-77.

Becker, D.

- 1995 The Deficiency of the Concept of Posttraumatic Stress Disorder When Dealing with Victims of Human Rights Violations. *In: Kleber, Figley & Gersons, 1995a: 99-110.*

Begemann, F. A.

- 1996 Systematische misverstanden binnen een cultuur. Hoe beïnvloeden professionele concepten de

interpretaties van cliënten? *Medische Antropologie* 8(1): 44-54.

Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H. & Dasen, P. R.

1992 *Cross-cultural psychology. Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bracken, P. J., Giller, J. E. & Summerfield, D.

1995 Psychological Responses to War and Atrocity: The Limitations of Current Concepts. *Social Science and Medicine* 40(8): 1073-1082.

Brendler, A. K.

1995 Working through the Holocaust. Still a Task for Germany=s Youth? *In: Kleber, Figley & Gersons, 1995a: 249-275.*

Brett, E. A.

1996 The Classification of Posttraumatic Stress Disorder. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath, 1996: 117-128.*

Brom, D. & Witztum, E.

1995 When Political Reality Enters Therapy. Ethical Considerations in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *In: Kleber, Figley & Gersons, 1995a: 237-248.*

Desjarlais, R. & Kleinman, A.

1997 Violence and Well-Being. *Social Science and Medicine* 45(8): 1143-1145.

Dijk, R., Van

1995 Cultuur en Trauma: Culturele variaties in de omgang met schokkende gebeurtenissen. *Medische Antropologie* 7(1): 125-139.

1996 Ten Geleide: Trauma en cultuur. Naar een vruchtbare discussie tussen antropologen, medici en psychologen. *Medische Antropologie* 8(1): 1-10.

Englund, H.

1998 Death, Trauma and Ritual: Mozambican Refugees in Malawi. *Social Science and Medicine* 46(9): 1165-1174.

Farrel, K.

1998 *Post-Traumatic Culture: Injury and Interpretation in the Nineties*. Baltimore: John Hopkins University Press.

- Fawzi, M. C. S., Pham, T., Lin, L., Nguyen, T. V., Ngo, D., Murphy, E. & Mollica, F.  
1997 The Validity of Posttraumatic Stress Disorder Among Vietnamese Refugees. *Journal of Traumatic Stress* 10(1): 101-108.
- Feldmann, T. & Ukbapi, C.  
1996 Traumaverwerking na de Biafra oorlog in Nigeria. *Medische Antropologie* 8(1): 143-151.
- Figley, C. R. & Kleber, R. J.  
1995 Beyond the Victim. Secondary Traumatic Stress. *In: Kleber, Figley & Gersons, 1995a: 75-98.*
- Friedman, M. J. & Marsella, A. J.  
1996 Posttraumatic Stress Disorder: An Overview of the Concept. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996a: 11-32.*
- Girolamo, G., De & McFarlane, A. C.  
1996 The Epidemiology of PTSD: A Comprehensive Review of the International Literature. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996a: 33-85.*
- Good, B. J. & DelVecchio-Good, M.-J.  
1981 The Meaning of Symptoms: A cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. *In: Eisenberg & Kleinman, (red.) The Relevance of Social Science for Medicine.* Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, pp. 165-196.
- Green, L.  
1998 Lived Lives and Social Suffering: Problems and Concerns in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 12(1): 3-7.
- Hacking, I.  
1996 Memory Sciences, Memory Politics. *In: Antze & Lambek, 1996: 67-87.*
- Harvey, M. R.  
1996 An Ecological View of Psychological Trauma and Trauma Recovery. *Journal of Traumatic Stress* 9(1): 3-23.
- Hepburn, S. J.  
1988 W. H. R. Rivers Prize Essay (1986): Western Minds, Foreign Bodies. *Medical Anthropology Quarterly* (2)1: 59-74.

Herman, J. L.

1996 Crime and Memory. *In: Strozier, C.B. & Flynn, M. Trauma and Self.* Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc., pp. 3-17.

Hough, R. L., Canino, G. J., Abueg, F. R. & Gusman, F. D.

1996 PTSD and Related Stress Disorders Among Hispanics. *In: Marsella, A. J., Friedman, M. J., Gerrity, E. T. & Scurfield, R. M., 1996a: 301-338.*

Hunter, E.J.

1988 The Psychological Effects of Being a Prisoner of War. *In: Wilson, et al., 1988: 157-170.*

Jacobson, D.

1987 The Cultural Context of Social Support and Support Networks. *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 42-67.

Jenkins, J. H.

1996 Culture, Emotion, and PTSD. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996a: 165-182.*

1998 The Medical Anthropology of Political Violence: A Cultural and Feminist Agenda. *Medical Anthropology Quarterly* 12(1): 122-131.

Kahana, E., Kahana, B., Harel, Z. & Rosner, T.

1988 Coping with Extreme Trauma. *In: Wilson, et al., 1988: 55-79.*

Kalipeni, E. & Oppong, J.

1998 The Refugee Crisis in Africa and Implications for Health and Disease: A Political Ecology Approach. *Social Science and Medicine* 46(12): 1637-1653.

Khamis, V.

1998 Psychological Distress and Well-Being among Traumatized Palestinian Women during the Intifada. *Social Science and Medicine* 46(8): 1033-1041.

Keane, T. M., Kaloupek, D. G. & Weathers, F. W.

1996 Ethnocultural Considerations in the Assessment of PTSD. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996a: 209-238.*

Kinzie, J.D.

1988 The Psychiatric Effects of Massive Trauma on Cambodian Refugees. *In: Wilson et al., 1988: 305-317.*

Kirmayer, L. J.

1996a Confusion of the Senses: Implications of Ethnocultural Variations in Somatoform and Dissociative Disorders. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996a: 131-163.*

1996b Landscapes of Memory. Trauma, Narrative and Dissociation. *In: Antze & Lambek, 1996: 173-198.*

Kirmayer, L. J., Young, A. & Hayton, B. C.

1995 The Cultural Context of Anxiety Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America* 18(3): 503-521.

Kleber, R. J.

1995 Epilogue. *In: Kleber, Figley & Gersons, 1995a: 299-305.*

1996 Het begrip posttraumatische stress-stoornis in cross-cultureel perspectief. Mogelijkheden, beperkingen en bedenkingen. *Medische Antropologie* 8(1): 27-43.

Kleber, R. J., Figley, C. R. & Gersons, B. P. R.

1995a Beyond Trauma. Cultural and Societal Dynamics. New York: Plenum Press.

1995b Introduction. *In: Kleber, Figley & Gersons, 1995a: 1-10.*

Kleinman, A.

1987 Anthropology and Psychiatry. The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness. *Journal of Psychiatry* 151: 447-454.

1995 Violence, Culture and the Politics of Trauma. *In: Kleinman, A. Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine.* Los Angeles: University of California Press, pp. 173-189.

Kleinman, A., Das, V. & Lock, M. (eds.)

1997 *Social Suffering.* Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. & Kleinman, J.

1997 The Appeal of Experience; The Dismay of Images. Cultural Appropriations of Suffering in Our Times. *In: Kleinman et al., 1997: 1-23.*

Kolk, B. A., van der

1996a The Body Keeps the Score. Approaches to the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath 1996:*

1996b The Complexity of Adaptation to Trauma. Self-Regulation, Stimulus Discrimination, and Characterological Development. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath, 1996: 182-213.*

1996c Trauma and Memory. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath, 1996: 279-302.*

Kolk, B.A., van der & McFarlane, A. C.

1996 The Black Hole of Trauma. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath, 1996: 3-23.*

Kolk, B. A., van der, McFarlane, A. C. & Weisath, L.

1996 *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society.* New York: The Guilford Press

Kolk, B.A., van der, Van Der Hart, O. & Marmar, C.R.

1996 Dissociation and Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath, 1996: 303-327.*

Kolk, B.A., van der, Weisath, L. & Van Der Hart, O.

1996 History of Trauma in Psychiatry. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath 1996: 47-74.*

Kornfeld, E. L.

1995 The Development of Treatment Approaches for Victims of Human Rights Violations in Chile. *In: Kleber, Figley & Gersons, 1995a: 115-131.*

Lamers-Winkelman, F.

1996 Reacties van kinderen op schokkende ervaringen. *Medische Antropologie 8(1): 11-26.*

Lewis-Fernández, R. & Kleinman, A.

1995 Cultural Psychiatry. Theoretical, Clinical, and Research Issues. *The Psychiatric Clinics of North America 18(3): 433-447.*

Ligthart, L. E. E.

1996 Jnun en ernstig getraumatiseerde Marokkaanse jongeren. *Medische Antropologie 8(1): 55-68.*

Manson, S. M.

1996 The Wounded Spirit: A Cultural Reformulation of Post-traumatic Stress Disorder. *Culture, Medicine and Psychiatry 20: 489-498.*

Manson, S. M., Beals, J., O'Neill, T., Piasecki, J. Bechtold, D., Keane, E. & Jones, M.

1996 Wounded Spirits, Ailing Hearts: PTSD and Related Disorders Among American Indians. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996a: 255-283.*

Marsella, A. J., Friedman, M. J., Gerrity, E. T. & Scurfield, R. M. (Eds.)

1996a *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder. Issues, Research and Clinical Applications.*

Washington: American Psychological Association.

1996b Ethnocultural Aspects of PTSD: Some Closing Remarks. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield,*  
1996a: 529-538.

Marsella, A. J., Friedman, M. J. & Spain, E. H.

1996 Ethnocultural Aspects of PTSD: An Overview of Issues and Research Directions. *In: Marsella,*  
Friedman, Gerrity & Scurfield,. 1996a: 105-129.

McFarlane, A.C.

1995 The Severity of Trauma. Issues about Its Role in Posttraumatic Stress Disorder. *In: Kleber, Figley &*  
Gersons, 1995: 31-54.

McFarlane, A.C. & De Girolamo, G

1989 The Nature of Traumatic Stressors and the Epidemiology of Posttraumatic Reactions. *In: van der Kolk,*  
McFarlane & Weisath, 1996: 129-154.

McFarlane, A.C. & van der Kolk, B.A.

1996a Trauma and Its Challenge to Society. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath,* 1996: 24-46.

1996b Conclusions and Future Directions. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath,* 1996: 559-575.

McFarlane, A.C. & Yehuda, R.

1996 Resilience, Vulnerability and the Course of Posttraumatic Reactions. *In: van der Kolk, McFarlane &*  
Weisath, 1996: 155-181.

Meurs, P.

1996 Traumatische aspecten van migratie en remigratie. Het geval van een oudere Marokkaan. *Medische*  
*Antropologie* 8(1): 87-117.

Nordstrom, C.

1998 Terror Warfare and the Medicine of Peace. *Medical Anthropology Quarterly* 12(1): 103-121.

Olujic, M. B.

1998 Embodiment of Terror: Gendered Violence in Peacetime and Wartime in Croatia and Bosnia-  
Herzegovina. *Medical Anthropology Quarterly* 12(1): 31-50.

Pitcher, L. M.

1998 "The Divine Impatience": Ritual, Narrative, and Symbolization in the practice of Martyrdom in  
Palestine. *Medical Anthropology Quarterly* 12(1): 8-30.

Pitman, R.K., Sparr, L. F., Saunders, L.S. & McFarlane, A.C

1996 Legal Issues in Posttraumatic Stress Disorder. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath, 1996: 378-397.*

Quesada, J.

1998 Suffering Child: An Embodiment of War and Its Aftermath in Post-Sandinista Nicaragua. *Medical Anthropology Quarterly* 12(1): 51-73.

Robin, R. W., Chester, B. & Goldman, D.

1996 Cumulative Trauma and PTSD in American Indian Communities. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996a: 255-283.*

Root, M. P.

1996 Women of Color and Traumatic Stress in ADomestic Captivity@: Gender and Race as Disempowering Statuses. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996a: 363 -387.*

Scarry, E.

1985 *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World.* Oxford: Oxford University Press.

Schacter, D. L.

1996 *Searching for Memory. The Brain, the Mind, and the Past.* New York: BasicBooks.

Scheper-Hughes, N. & Lock, M. M.

1987 The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1), 6-41.

Schlenger, W. & Fairbank, J.

1996 Ethnocultural Considerations in Understanding PTSD and Related Disorders Among Military Veterans. *In: Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996a: 415-435.*

Silver, S.M. & Wilson, J.P.

1988 Native American Healing and Purification Rituals for War Stress. *In: Wilson, et al. 1988: 337-355*

Simpson, M. A.

1995 What Went Wrong? Diagnostic and Ethical Problems in Dealing with the Effects of Torture and Repression in South Africa. *In: Kleber, Figley & Gersons, 1995a: 187-212.*

Solomon, Z., Laor, N. & McFarlane, A. C.

- 1996 Acute Posttraumatic Reactions in Soldiers and Civilians. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath, 1996: 102-114.*
- Somasundaram, D. J.
- 1996 Post-Traumatic Responses to Aerial Bombing. *Social Science and Medicine* 42(11): 1465-1471.
- Summerfield, D.
- 1995 Addressing Human Response to War and Atrocity. Major Challenges in Research and Practices and the Limitations of Western Psychiatric Models. *In: Kleber, Figley & Gersons, 1995a: 17-29.*
- Vloeberghs, E. & de Groot, L.
- 1996 ANous Sommes tous traumatisés@. Kanttekeningen bij PTSS en cultuur in een Rwandees vluchtelingenkamp. *Medische Antropologie* 8(1): 129-142.
- Vries, M. W., de
- 1996 Trauma in Cultural Perspective. *In: van der Kolk, McFarlane & Weisath, 1996: 398-413.*
- Waitzkin, H & Magaña, H.
- 1997 The Black Box in Somatization: Unexplained Physical Symptoms, Culture, and Narratives of Trauma. *Social Science and Medicine* 45(6): 811-825.
- Wilson, J.P., Harel, Z. & Kahana, B.
- 1988 *Human Adaptation to Extreme Stress. From the Holocaust to Vietnam.* New York: Plenum Press.
- Young, A.
- 1995 *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder.* New Jersey: Princeton University Press.
- 1996 Bodily Memory and Traumatic Memory. *In: Antze & Lambek 1995: 89-102.*
- 1997 Suffering and the Origins of Traumatic Memory. *In: Kleinman, Das & Lock. Social Suffering.* Berkeley: University of California Press, pp.245-259.

---

<sup>1</sup>. Het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III, III-R en IV) wordt uitgegeven door de *American Psychiatric Association* (APA). De eerdere edities, DSM-I en DSM-II zijn in opzet fundamenteel verschillend van de latere edities (cf. infra).

<sup>2</sup>. Een andere classificatie is de *International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (ICD), uitgegeven door de Wereld Gezondheidsorganisatie. Voor een vergelijking van beide classificatiesystemen met betrekking tot reacties op oorlogsomstandigheden zie Solomon, Laor en McFarlane (1996). In dit artikel zal enkel de DSM-classificatie behandeld worden, vermits deze nog steeds aan belang wint, in bepaalde landen de ICD-nosologie in belang overstijgt (Lewis-Fernández & Kleinman 1995) en in de geraadpleegde literatuur bijzonder veel aandacht geniet.

- 
3. Met 'zichtbaar' worden ook neurale letsels bedoeld die *post mortem* werden vastgesteld.
  4. De eerdere uitgaves DSM-I en DSM-II kunnen niet als een gestandaardiseerde nosologie worden beschouwd omdat zij geen a-theoretisch standpunt innamen, maar een aantal assumpties bevatten die een empirische en onderzoeksgerichte psychiatrische praktijk in de weg stonden.
  5. De opname van PTSS in deze nosologie had ook bijzondere politieke implicaties. De erkenning van de pathologische gevolgen van oorlogservaringen neemt een duidelijk standpunt in met betrekking tot de verantwoordelijkheidsvraag, die niet langer bij de individuele soldaat wordt gelegd maar bij de schokkende gebeurtenis die hij heeft meegemaakt. Trauma-gerelateerd pathologisch gedrag vindt zijn oorzaak niet langer in persoonsgebonden karaktertrekken of -zwakheden en de hypothese dat 'secondary gains' aan de basis staan van de vertoonde stoornissen, verliest hierdoor aan belang (Pitman et al. 1996).
  6. Niet zozeer de vermelding van een oorzaak dan wel het plaatsen van de oorzaak buiten het menselijk organisme is uitzonderlijk binnen de nosologie.
  7. Kleber (1996) haalt statistisch onderzoek aan dat aantoont dat 10 tot 40% van een door traumatogene omstandigheden getroffen groep stoornissen ontwikkelt.
  8. De precieze omschrijving van het stressor-criterium in DSM IV luidt als volgt:  
De persoon is blootgesteld aan een traumatische gebeurtenis waarin beide volgende elementen aanwezig waren:  
1) De persoon ervoer, was getuige van of is geconfronteerd geweest met een gebeurtenis of gebeurtenissen die feitelijke dood of de dreiging ervan, ernstige verwonding of een dreigende schending van de fysieke integriteit van zelf of anderen inhield(en).
  9. Voor een overzicht van de epidemiologische literatuur, zie De Girolamo & McFarlane (1996).
  10. De recente aardbeving in noordwest Turkije (augustus 1998) toont bovendien de complexiteit van deze oorzakelijke tweedeling aan. Hoewel het hier om een natuurramp gaat, wordt het hoge dodencijfer minstens ten dele geweten aan de nalatigheid van de bouwpromotoren en het falen van de overheid om de naleving van de bouwvoorschriften af te dwingen. Ook het belang van de evaluatie van de situatie kan worden geïllustreerd aan de hand van dit voorbeeld. Simpson (1995) wijst op de politieke dimensies van elk soort trauma.
  11. "Complex PTSS" staat ook bekend onder de benaming "disorders of extreme stress not otherwise specified" (Brett 1996).
  12. De literatuur omtrent trauma en geheugen is bijzonder uitgebreid. In wat volgt tracht ik zo dicht mogelijk bij de symptomatische omschrijving van PTSS te blijven. Andere perspectieven zijn natuurlijk mogelijk. Voor een voorbeeld hiervan kan worden verwezen naar de essays die werden verzameld door Antze en Lambek (1996).
  13. Brett (1996) vraagt zich bovendien af of PTSS, momenteel geclassificeerd als een angststoornis, niet beter onder de hoofdding "dissociative disorder" gecatalogiseerd kan worden.
  14. Een bijkomende mogelijke verklaring wordt geboden door de observatie dat tijdens de traumatische gebeurtenis het aandachtsveld vernauwt en perifere stimuli niet meer worden waargenomen. Ook hier wordt verwezen naar de toenemende overlevingskansen die deze strategie biedt voor het individu (Herman 1996).
  15. Het onderscheid tussen impliciet en expliciet geheugen is gebaseerd op de mate waarin de herinnering in het bewustzijn bestaat, terwijl het onderscheid tussen linguïstische en perceptuele herinnering steunt op de manier waarop de herinnering wordt gecodeerd.
  16. Tertiaire dissociatie is beter bekend als *dissociative identity syndrome*, een nieuwe benaming voor *multiple personality disorder* (Hacking 1996).
  17. Hacking (1996) behandelt niet zozeer de inhoud van dit debat dan wel de manier waarop dit debat mogelijk

---

werd gemaakt door bepaalde maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties. Ook Young (1995, 1996, 1997) bekijkt de traumatische herinnering niet als een pathogeen geheim dat ontdekt moet worden, maar als een product van 19<sup>e</sup>-eeuws wetenschappelijk en klinisch denken.

18. Bijkomend bewijs kan worden geleverd door collaterale informatie die de patiënt in situaties plaatst die algemeen als traumatogeen worden beschouwd (Young 1995).
19. Het is door de verwijzing naar de etiologische gebeurtenis dat de symptomen als specifiek voorkomen. Deze band maakt dat bijvoorbeeld gedrag dat elders in de nosologie als fobie wordt beschreven hier “vermijdingsgedrag” wordt genoemd (Young 1995).
20. Bovendien kan men zich de vraag stellen in welke mate theoretische inzichten ingang vinden in de psychiatrische praktijk.
21. Kleinman (1987) maakt bijvoorbeeld ook methodologische opmerkingen bij een door het WHO opgezet onderzoek waarin de bezorgdheid voor cross-culturele validiteit nochtans bijzondere aandacht genoot.
22. De gelijkaardige vaststellingen van deze auteurs suggereren een gedeelde betekenisgeving vanuit het lidmaatschap van minderheidsgroepen en zijn waarschijnlijk niet los te maken van racistische ervaringen.
23. Allen (1996), Manson et al. (1996), Robin et al. (1996) en Abueg & Chun (1996) vermelden nog andere traumatische stressoren die enkel begrepen kunnen worden door de specifieke maatschappelijke situatie van de besproken etnische groepen in acht te nemen. Bovendien kunnen deze voorbeelden als illustratie dienen bij de kritiek op de omschrijving van de stressor in DSM-III en DSM-III-R, waar dit criterium werd omschreven als een gebeurtenis buiten de dagdagelijkse ervaring. Het zijn precies de dagdagelijkse ervaringen die door deze auteurs worden aangeduid als traumatogeen. Zie verder ook Root (1996) en, toegepast in een concrete setting, Khamis (1998) voor een soortgelijke behandeling van gender.
24. Een aantal studies stellen in niet-Westerse contexten een duidelijk verband vast tussen traumatische stressoren en de ontwikkeling van PTSS zoals die staat beschreven in DSM-IV. Voorbeelden hiervan zijn Kinzie (1988), Somasundaram (1996) en Fawzi et al. (1997). Deze studies maken typisch gebruik van gestandaardiseerde tests en statistische verwerking van de resultaten.
25. Zie Silver en Wilson (1988: 348) voor een precieze beschrijving van de transformatie van de verschillende PTSS-symptomenclusters door dit ritueel.
26. Zie Englundt (1998: 1168-1170) voor een uitgebreide beschrijving.
27. Vermits dergelijke copingstrategieën vooral door uitvoerig etnografisch onderzoek aan de oppervlakte kunnen worden gebracht, zijn er wellicht nog tal van voorbeelden aan te halen, bijvoorbeeld uit de omvangrijke healing-literatuur. Een behandeling hiervan zou echter te ver leiden.
28. Hoewel somatisering niet uitdrukkelijk in de ‘checklist’ van DSM-IV voor PTSS is opgenomen rechtvaardigt de vaststelling dat dit bij slachtoffers van traumata quasi-universeel voorkomt (Waitzkin en Magaña 1997) een korte behandeling. Kirmayer (1996a) bekritiseert overigens het gebruik van al te discrete categorieën in de diagnosestelling van traumaslachtoffers, een kritiek waarop hier niet verder zal worden ingegaan.
29. Deze artikels spreken niet noodzakelijk over ‘trauma’, en tonen zo hoe geweld en de gevolgen ervan ook via andere invalshoeken kunnen worden benaderd.