

Postprint Version	1.0
Journal website	http://vb23.bsl.nl/frontend/index.asp?custom_product_id=0024-8576&product_id={DBC2CF4E-9C7B-4A83-B0BA-85C32434F226}
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

‘In de spiegel der emoties’: Onvoorziene langetermijngevolgen van de Bijlmervliegramp

BERTHOLD GERSONS, INGRID CARLIER, JORIS IJZERMANS.

INHOUD

Dat rampen gedurende vele jaren diepe sporen nalaten in het leven van betrokkenen en van gemeenschappen is bekend. Dat geldt ook voor de Bijlmervliegramp. Maar dat ze aanleiding geven tot een parlementaire enquête is ongewoon. Vorig jaar hebben we kunnen zien hoezeer deze ramp diepe sporen in onze samenleving heeft achtergelaten. De verhoren van de enquêtecommissie begin 1999 werden gedurende zes weken met ingehouden adem gevolgd. Dagelijks werden de voorpagina's van de kranten erdoor in beslag genomen. De televisie kon er geen genoeg van krijgen het radarbeeld van de laatste momenten met de stem van de overleden gezagvoerder uit te zenden. Ook kregen we telkens weer de beelden van de brand te zien. Een van de overlevenden meldde ons desgevraagd dat ze daarom twee maanden geen televisie had gekeken. Zij wist welke schade de emoties weer bij haar zouden aanrichten. In termen van de Australische rampdeskundige [Beverly Raphael \(1986\)](#), is er sprake van een secundaire ramp. De getroffensten hebben de draad van het gewone leven nog steeds niet kunnen oppakken. Nabestaanden, ooggetuigen en reddingswerkers voelen zich slachtoffer van de ramp. Zij eisen erkenning, genoegdoening en rechtvaardiging. Anderen, zoals de overheid, instanties en deskundigen zijn in hun ogen nalatig en schuldig. Deze tweedeling voltrok zich ook tijdens de verhoren van de enquêtecommissie. Meegesleurd door emoties veranderden de commissieleden van neutrale onderzoekers in ‘inquisiteurs’. De getuigen werden ‘schuldigen’. Ook het kamerdebat eind mei gaf een scheuring te zien binnen fracties, terwijl de aangeklaagde ministers het debat ternauwernood overleefden. En de medische gemeenschap raakte sterk verdeeld over de wenselijkheid van een grootschalig lichamenteel onderzoek.

Ook is er zelden publiekelijk zo'n scherpe streep getrokken tussen lichaam en geest. De uitkomsten van het AMC-onderzoek naar de gezondheidsklachten gaven geen ondersteuning voor de verwachting bij betrokkenen dat de ramp rechtstreeks tot lichamentele ziektes had geleid ([IJzermans, Van der Zee, 1999](#)). Zoals de overheid verzaakt had om de lading van het toestel ‘boven water’ te krijgen, zo werd de conclusie van het AMC-onderzoek beleefd als een poging om de gevolgen van de ramp uitsluitend ‘tussen de oren’ te plaatsen. We kunnen niet om de conclusie heen

dat het vertrouwen in de overheid en in de gezondheidszorg schade heeft opgelopen. [Judith Herman \(1992\)](#) heeft dit proces in haar boek *Trauma and recovery* treffend beschreven: traumatisering betekent niet alleen de ervaring van ingrijpende gebeurtenissen, maar leidt ook tot het verlies van vertrouwen en van de band met anderen. Daarom spreekt zij van het belang van een 'healing relationship' waarin dit weer hersteld kan worden.

In dit artikel willen we een poging doen tot een analyse van deze ontsparing van de Bijlmervliegramp met speciale aandacht voor de geestelijke gezondheidsaspecten. Een bestuurlijke analyse is verricht door [Rosenthal en anderen \(1994\)](#). Onze analyse is niet waardenvrij. Op verschillende wijzen zijn wij betrokken geweest en nog betrokken bij de gevolgen van deze ramp: Gersons als adviseur voor het nazorgplan van de gemeente Amsterdam en als onderzoeker, Carlier en IJzermans als onderzoekers. Ten slotte zijn we alledrie nu betrokken bij de nazorg van het medisch onderzoek.

Voor onze analyse hebben we de jaren na de vliegramp verdeeld in een eerste periode, waarin de psychische gevolgen centraal stonden, en een tweede periode met vooral lichamelijke klachten. Ten slotte gaan we in op de 'secundaire ramp'.

PSYCHISCHE GEVOLGEN; DE EERSTE PERIODE (1992–1995)

In oktober 1992 had het drukke vliegverkeer boven Amsterdam voor het eerst het neerstorten van een vliegtuig op een woonwijk tot gevolg. Flats verdwenen en mensen verbrandden in de huizenhoge vlammenzee. Niet alleen alle bemanningsleden van het toestel, maar ook 39 bewoners om het leven. Gewonden waren er weinig. De honderden opgeroepen artsen en verpleegkundigen in het nabijgelegen AMC brachten de avond van de ramp daarom grotendeels werkloos door.

De nadruk in het nazorgplan van de gemeente Amsterdam kwam daarom te liggen op de praktische en de psychische hulpverlening. De eerste twee auteurs hebben daar samen met anderen over gerapporteerd in het MGv van oktober 1993. Het plan bestond uit publieksvoorlichting via de media en folders, bijscholing van hulpverleners en huisartsen, en in het voorzien van eerste opvang en behandeling. De publieksvoorlichting had als thema dat de ramp 'een normale reactie op een abnormale gebeurtenis' inhield. Verwacht werd dat deze slogan zou bijdragen aan het normaliseren van de post-traumatische reacties. Het hebben van klachten betekende dus niet dat je 'gek' was. Met de kennis van toen wisten we ook nog niet hoezeer een post-traumatische stressstoornis (PTSS) zonder adequate behandeling vaak een chronisch karakter ([Freedman e.a., 1999](#)) kan krijgen. De bijscholing van huisartsen en eerstelijns-hulpverleners was erop gericht de symptomen van PTSS te herkennen en te begrijpen. Voor de GGZ-hulpverleners, in het bijzonder van het Riagg Zuidoost in Amsterdam, leverde de opdracht van eerste opvang en behandeling een nauwelijks overzienbare hoeveelheid werk op. Met enorme inzet en creativiteit, en met ondersteuning van het Instituut voor Psychotrauma en van vele hulpverleners van elders, werd kortdurende groepsopvang als model gekozen. Men beschikte toen nog niet over effectief gebleken behandelingsprotocollen voor PTSS. Een opmerkelijk fenomeen, bekend uit de rampenliteratuur, is het ontstaan van concurrentie tussen instellingen en hulpverleners. Iedereen wil helpen, maar wil het ook beter gedaan hebben dan de anderen. Zo waren huisartsen teleurgesteld dat iedereen hen passeerde 'op weg naar de Riagg'. Het Leger des Heils en

bewonersgroepen claimden meer succes te hebben dan de Riagg. De geestelijken, die zichzelf goed georganiseerd hadden, leden eronder dat slechts weinigen hulp bij hen zochten.

Vanuit de rampenpsychologie (zie figuur achteraan) is bekend dat de eerste fase van intense verbondenheid, ook wel 'honeymoon' genoemd, gevolgd wordt door een fase van desillusie. Net als bij rouw slaan dan gevoelens toe van verlatenheid en boosheid over wat men ongewild heeft moeten meemaken. Bovendien gaan het hele land weer over tot de orde van de dag, terwijl de getroffenen nog kampen met de gevolgen. Een extra rol hierbij speelt dat ook de bureaucratie van de hulpverlenende instanties zich weer herstelt. Zo werd ook direct na de Bijlmerramp door de autoriteiten alle steun toegezegd zonder dat men zich realiseerde hoe weinig daarvan later feitelijk terecht kwam. Het is in deze fase van desillusie dat het Riagg al snel doelwit werd van de gevoelens van frustratie; 'het had niet geholpen', of 'men had te weinig' geholpen. Bovendien hebben na alle emoties zowel getroffenen als hulpverleners in die fase last van grote vermoeidheid. Het gevaar bestaat dan dat de hulpverlening zich in reactie op de verwijten verongelijkt terugtrekt. Of dit hier het geval is geweest, kunnen we niet goed beoordelen.

Een cruciale rol in de periode na de ramp is weggelegd voor de 'monitoring' van de getroffenen. Dit betekent dat men lange tijd contact moet onderhouden om de in de tijd veranderende problematiek waar te nemen en daarop in te spelen. We kunnen nu al vaststellen dat het daar in de nasleep van de Bijlmerramp zeer aan ontbroken heeft. Zo werd er na de ramp met de veerboot *Herald of Free Enterprise* voor een paar jaar een informatiepunt ingericht ([Hodgkinson & Stewart, 1991](#)) en werd maandelijks een krantje uitgebracht voor en door de getroffenen. De GG&GD had deze taak aanvankelijk op zich genomen, maar behalve het aanhouden van enkele sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen die zoveel mogelijk ook met de verhuisde mensen contact onderhielden, heeft men deze monitoring helaas niet volgehouden. Het centrale informatiepunt werd in de eerste helft van 1993 opgeheven en een krantje is niet verschenen.

Gersons en Carlier ([Carlier e.a., 1993](#); [1994](#); [1995a](#); [1995b](#); [1995c](#); [1997a](#); [1997b](#); [1998](#); [Gersons e.a., 1993a](#); [1993b](#)) hebben ook direct na de ramp onderzoek naar de gevolgen opgezet. Na consultatie van internationale deskundigen hebben zij zich gericht op de vraag of PTSS als gevolg van de goede gezondheidszorg in Nederland op den duur minder zou voorkomen bij de getroffenen en in hoeverre men tevreden was over de geboden hulp. In 1993 en in 1995 hebben zij daarover gerapporteerd. De tevredenheid met de nazorg bleek bijzonder groot te zijn. PTSS bleek echter veel meer voor te komen en te blijven voorkomen dan verwacht. Een half jaar na de ramp kwam PTSS bij 26% van de getroffenen voor en bij 44% partiële PTSS; 30% was klachtenvrij. Anderhalf jaar later waren deze cijfers respectievelijk 24 en 32%. Het gemiddelde van 20% PTSS was hiermee duidelijk overschreden. Toch hadden de meeste mensen GGZ-hulp ontvangen – kennelijk zonder dat dit invloed had op de ontstane stoornis. Opmerkelijk was verder dat 81% van de mensen voor de ramp al GGZ-hulp had gehad voor andere problemen. Behalve dat men niet over werkzame protocollen voor behandeling van PTSS ([Gersons e.a., 1998](#); 2000) beschikte, vormde de GGZ-problematiek voorafgaande aan de ramp en de complexe sociale problematiek van een grotendeels allochtone bevolking mogelijk mede de oorzaak van het persisteren van PTSS. Op basis van dit onderzoek hebben Gersons en Carlier in 1995 wederom gepleit voor het alsnog instellen van een informatiecentrum, voor

financiële hulp en voor geprotocolleerde behandeling. Deze aanbevelingen zijn door het ministerie voor VWS toen niet opgevolgd. Pas in het kamerdebat van 1999 zijn de aanbevelingen door de minister overgenomen.

LICHAMELIJKE GEVOLGEN; DE TWEDE PERIODE (1995–1999)

De tweede door ons onderscheiden periode wordt gekenmerkt door een grote aandacht voor de mogelijke lichamelijke gevolgen van de ramp. Bekend is van nucleaire rampen zoals Threemiles Island ([Bromet e.a., 1986](#)) en Tsjernobil ([Havenaar e.a., 1999](#)) dat de bevolking in de getroffen gebieden veel gezondheidsproblemen al of niet terecht gaat toeschrijven aan vrijgekomen straling. Bij de Bijlmervliegramp was aanvankelijk niets bekend over mogelijke gezondheidsrisico's. Wel mocht men aannemen dat er gevolgen van de enorme brand waren door verbranding van de huid en door inademing van de rook. Het opmerkelijke ontbreken van de gebruikelijke gegevens over de volledige inhoud van de lading en het feit dat de zwarte doos met vluchtgegevens nooit gevonden is, hebben tenminste bijgedragen aan een angst voor gezondheids-schade. Men ging steeds meer vermoeden dat het El Al vrachttoestel een geheime, gevaarlijke militaire lading bevatte. Deze argwaan werd versterkt doordat herhaaldelijke pogingen van de Nederlandse regering om bij de Israëlische autoriteiten de inhoud van de lading te achterhalen op niets uit liepen. Dit voedde het vermoeden van een *cover up* nog eens extra. Enkele reddingswerkers en mensen die in de hal op Schiphol gewerkt hadden waar de wrakstukken gelegen hadden, kregen huid- en ademhalingsproblemen. Zij schreven dit publiekelijk toe aan de lading van het toestel en aan, zoals geleidelijk bekend werd, het verarmde uranium in de staart van het vliegtuig. Spoorwerk van journalisten leverde in deze periode bovendien op, dat het toestel grondstoffen (DMMP) voor het zenuwgas Sarin bevatte. Steeds meer mensen gingen vermoeden dat hun gezondheidsproblemen met de ramp te maken hadden. Ze vormden een actiegroep, de Stichting Visie, die zich ten doel stelde om dan maar zelf na te gaan wat er in het toestel gezeten had. Ook verzorgde men zelf onderzoek naar radioactiviteit in de ontlasting van bij de ramp betrokkenen. Toen dit door een Zweeds bureau werd aangetoond, barstte de hel los. De overheid, in het bijzonder het ministerie voor Verkeer en Waterstaat en dat van Volksgezondheid, probeerden nu zelf alsnog alle informatie te verkrijgen in een poging de getroffen en gerust te stellen. Maar zoals gebleken is, had men psychologisch de slag al verloren. Zoals ook de enquêtecommissie overtuigend heeft aangetoond, had de informatieachterstand al geleid tot een onomkeerbaar wantrouwen bij de bevolking. In 1997 waren er inmiddels zoveel berichten in de pers verschenen over lichamelijke klachten die werden toegeschreven aan de ramp, dat de toenmalige hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg, J. Verhoeff, namens VWS via de eerste auteur het AMC verzocht onderzoek te doen naar aard en omvang van de gezondheidsklachten. Het AMC stelde daartoe een project-groep samen van de hooglaren inwendige geneeskunde, huisartsgeneeskunde en psychiatrie. Gersons stelde aanvankelijk voor een poliklinische screening uit te voeren. In de daaropvolgende discussie werd geconcludeerd dat dat pas zou kunnen als bekend was of er in de lading daadwerkelijk schadelijke stoffen gezeten hadden. Immers pas dan zou een *gericht* lichamenlijk onderzoek mogelijk zijn. Bovendien was toentertijd volstrekt onbekend om hoeveel personen het eigenlijk zou gaan. In overleg met de hoofdinspectie werd besloten eerst een inventariserend onderzoek te doen. Huisartsen in de Bijlmer

zouden worden geïnterviewd om te zien of er aanwijzingen waren voor ziekten als gevolg van de ramp. Gedurende een aantal maanden werd een telefonisch meldpunt geopend waar mensen hun klachten konden melden. Analyse van deze klachten zou antwoord moeten geven op de vraag of een gericht lichamelijk onderzoek alsnog wenselijk zou zijn. Met andere woorden, de klachten zouden gegroepeerd moeten kunnen worden tot clusters die verwijzen naar ziekten. Tenslotte zouden nog patiëntendossiers bestudeerd worden van de huisartsen om te zien of zij op de hoogte waren en of zij een relatie met de ramp aannemelijk achtten. Bewoners, reddingswerkers en ook Tweede Kamerleden namen geen genoegen meer met verder uitstel van een direct onderzoek naar de gezondheidsgevolgen. De Tweede Kamer stelde, gelet op de toenemende maatschappelijke onrust, daarom in 1998 een parlementaire enquêtecommissie in.

Het telefonische meldpunt van het AMC was open in juni en juli 1998. In totaal belden een onverwacht groot aantal van 903 mensen. Dit bleken niet alleen bewoners en reddingswerkers te zijn, maar ook degenen die de flats moesten afbreken of de grond hadden gereinigd. De analyses hadden betrekking op 846 mensen met in totaal 3463 klachten. De belangrijkste klachtenclusters waren (IJzermans e.a., 1999): 1) algemene lichamelijke klachten (moeheid) bij 77%; 2) psychische klachten (angst, concentratie–stoornissen, depressie) bij 42%; 3) klachten van de luchtwegen (benauwd/ kortademig, hoesten) bij 33%; 4) huidklachten (droge, schilferende plekken) bij 25%; 5) klachten van het bewegingsapparaat bij 22%.

De genoemde klachtenclusters komen overeen met die van het ‘Golffoorlog–syndroom’ (Campion, 1996; David e.a., 1997; Haley e.a., 1997; Hyams, 1998). Deze oorlog heeft aan Amerikaanse zijde nauwelijks slacht–offers gekost en de posttraumatische stressstoornis komt slechts bij 2% van de militairen voor.

Daarentegen is 70% van hen teruggekomen met een combinatie van de hierboven genoemde klachten. Ondanks 135 miljoen dollar besteed aan research, is er geen enkele aanwijsbare lichamelijke stoornis aangetoond die verantwoordelijk gesteld kan worden voor dit klachten–patroon.

Het AMC concludeerde op basis van de uitkomsten dat er geen aanwijzingen gevonden waren voor met de ramp gerelateerde ziekten, met uitzondering van – partiële – PTSS. Ook bleek iedereen voor minstens één klacht onderzocht te zijn door huisartsen en specialisten. Men besloot daarom af te zien van een rechtstreeks extra lichamelijk onderzoek bij betrokkenen. Een dergelijk onderzoek zou geen nieuwe feiten voor betrokkenen aan het licht kunnen brengen, terwijl wel het risico bestond mensen ongerust te maken door foute bepalingen en toevalsbevindingen. Deze conclusie werd door medici meestal onderschreven (Coebergh, 1999). Maar publiekelijk bleek deze boodschap niet meer te verkopen. Mensen hadden immers lichamelijke klachten en daar zou zo'n bekend ziekenhuis als het AMC toch wat aan moeten kunnen doen. Dit leidde tot grote politieke druk, waardoor uiteindelijk onder leiding van de KLM–arbo services alsnog grootschalig lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd door het VU–ziekenhuis en het OLVG te Amsterdam. Men hoopt op deze manier alsnog bewoners en reddingswerkers gerust te kunnen stellen. De internisten van de VU hebben zich gedistantieerd van dit onderzoek (Van der Meer & Donker, 1999). De psychiaters niet. Zo heeft de nasleep van de ramp ook nog geleid tot een intern verdeelde medische gemeenschap.

DE 'SECUNDAIRE RAMP'

We kunnen concluderen dat de Bijlmerramp in veel opzichten voor Nederland een unieke en leerzame ervaring is geworden. Unieke kenmerken van de gevolgen van deze ramp betreffen, zoals aangegeven, een eerste periode met nadruk op de posttraumatische gevolgen en een tweede periode van groeiende achterdocht met nadruk op wat algemeen genoemd wordt 'onverklaarbare lichamelijke klachten' (Barsky & Borus, 1999; Wessely e.a., 1999; Wessely e.a., 2000). Tevens is een nauwelijks meer te beheersen politiek probleem ontstaan, waarin de overheid aan vertrouwen heeft ingeboet. Ook het vertrouwen in de gezondheidszorg heeft schade opgelopen. Vanuit de kennis van PTSS en vanuit de rampenpsychologie willen we een aantal mogelijke verklaringen aangeven voor deze zo uit de hand gelopen gevolgen.

[FIGUUR]

De fasen na een ramp worden ingedeeld in een 1) impactfase, 2) een 'honeymoon'-fase, 3) een desillusiefase en tenslotte 4) een reïntegratiefase. Kenmerkend voor de impactfase is de korte terugslagfase van 24–36 uur verbijstering direct na de ramp, waarin overleven en verbijstering centraal staan. Dit wordt direct gevolgd door de 'cryout'-fase waarin behoefte bestaat om veel over de ramp te vertellen en emoties van woede en verdriet te uiten. Voor de overlevenden en betrokkenen leidt dit tot een gevoel van intense verbondenheid. Deze fase wordt zoals eerder vermeld daarom wel de 'honey-moon'-fase genoemd. Na de Bijlmerramp kwam dit tot uiting in de stille mars een week na de ramp en in de nationale herdenking. De daaropvolgende desillusiefase ontstaat doordat de niet-getroffenen weer tot de orde van de dag overgaan. De getroffensten ervaren dit als het verdwijnen van de door hen beleefde publieke solidariteit en compassie. Ook de bureaucratie die nodig is om flexibel te kunnen inspelen op de behoeften van de getroffensten, sluit zich weer en keert terug naar de formele structuren van voor de ramp. Het komt er dan op aan of de autoriteiten en de hulpverlenende instanties in staat zijn voldoende van dienst te blijven en daarmee het gevoel van verlatenheid te minimaliseren. Om die reden hebben Gersons en Carlier destijds herhaaldelijk sterk bepleit om een advies- en informatiecentrum voor langere tijd open te houden. Getroffenen verworden in die fase immers al gauw van slachtoffers tot klagers. Ze worden snel verdacht 'voordeel' te willen halen uit hun positie via verzekeringen en advocaten. Dit wordt 'secundaire victimisatie' genoemd (Cuthbertson e.a., 1987). Men is niet alleen slachtoffer van de ramp, maar ook nog eens van de stigmatisering tot 'profiteur'. Lotgenoten na een ramp hebben, zoals bekend, behoefte om contact met elkaar te onderhouden. Binnen zulke groepen kan men praten over de eigen ervaringen die door de anderen herkend worden. Na de Pharo-vliegramp in december 1992 is door de overlevenden daartoe zelfs een stichting opgericht. Ook de slachtoffers en nabestaanden van de legionella-Floriade-ramp in 1999 hebben een stichting opgericht. Het zou verstandig zijn wanneer de overheid telkens een advies- en informatiecentrum open zou stellen tot enige jaren na een ramp. Daarmee zouden alle opkomende vragen snel in kaart gebracht kunnen worden en zou actie ondernomen kunnen worden om oplossingen te bereiken. Hierdoor kunnen monitoring en feitelijke hulp goed gekoppeld worden. Ook de overheid komt dan niet voor verrassingen te staan. Gevoelens van verlatenheid en ook de noodzaak tot activisme kunnen hierdoor naar verwachting

aanzienlijk afnemen. Een snelle en redelijke afhandeling van claims, waaraan het nu ontbroken heeft, is ook in het voordeel van een goede resolutie van de rampgevolgen. De figuur van Raphael laat duidelijk zien dat er in het geval van de Bijlmerramp sprake is van een secundaire ramp. Deze bestaat uit collectieve secundaire victimisering, waar instanties en overheid de greep op verliezen. Deze secundaire ramp heeft uiteindelijk tot de parlementaire enquête geleid, maar ze is er tevens onderdeel van geworden. Het is duidelijk dat de overheid nu haast het onmogelijke moet doen om alsnog het vertrouwen te herstellen en een 'enhanced community adaptation' te bewerkstelligen.

CONTROLEVERLIES EN FANTASIE

Het is ook belangrijk om vanuit de kennis van het ontstaan van PTSS naar deze problematiek te kijken. Kenmerkend voor PTSS is dat er sprake is van controleverlies. Het gebruikelijke gevoel van veiligheid is verdwenen. De getroffene is bang opnieuw door onheil getroffen te worden. PTSS, dat waarschijnlijk in meerdere of mindere mate bij vele getroffenen gespeeld heeft, wordt onder meer gekenmerkt door herbelevingen, hyperalertheid en concentratiestoornissen. Dat laatste is opmerkelijk omdat men wel goed let op gevaar, maar moeite heeft zijn aandacht te richten op meer triviale zaken. Dit leidt tot slaapproblemen en intense vermoeidheid. Vermoed wordt dat grote woede over wat hun overkomen is en het verdriet over het verlies van naasten, van perspectief en van veiligheid, deze klachten blijven stimuleren. Opmerkelijk is dat de getroffenen, maar dat geldt ook voor vele andere direct betrokkenen, snel geëmotioneerd raken. Met andere woorden, de emoties winnen het van het verstand. De parlementaire enquête heeft dit laatste duidelijk laten zien. De commissieleden zelf raakten in de ban van de emoties. Zij namen de woede over van de getroffenen en iemand moest daaraan vervolgens schuldig zijn.

ACUTE EN CHRONISCHE STRESS

De Bijlmerramp levert ons ook nog een derde gezichtspunt op. De acute stress van een ramp kan leiden tot posttraumatische klachten. Uit meerdere studies is bekend dat angst voor lichamelijke gevolgen van bijvoorbeeld straling en gif, kan leiden tot een chronische stress van achterdocht en toenemende lichamelijke klachten. Het Golfoorlogsyndroom wordt vooral verklaard door de aanhoudende angst voor gifgasaanvallen met Scud raketten. Men durfde nauwelijks te gaan slapen en hield zijn gasmasker op, ondanks de zinderende temperaturen. Deze uitputting door angst zou op de een of andere wijze resulteren in de 'onverklaarbare lichamelijke klachten (OLK)'. Mogelijk dat ook bij de Bijlmerramp de toenemende angst voor gezondheidsschade geleid heeft tot hetzelfde patroon van lichamelijke klachten. Als deze veronderstelling klopt, dan leidt een ramp door acute stress tot PTSS, maar door chronische stress en attributie voor gevaar voor de gezondheid tot OLK. Impliciet aan deze volgorde is dat slachtoffers van rampen aanvankelijk psychische hulp nodig hebben en ook vaak verwachten, maar op den duur lichamelijke hulp wensen en vervolgens psychische hulp afwijzen. De dokters melden echter keer op keer dat er van een 'echte' ziekte (*disease*) geen sprake is. In het Engels spreekt men dan van '*illness*', wat staat voor klachten maar niet voor ziekte. Zowel de bevolking als artsen hebben grote moeite om het psychische en het lichamelijke als samenhangend te accepteren. Voor de hulpzoekenden is het natuurlijk moeilijk: zij zijn bang voor een ziekte en ze willen dat deze wordt aangetoond. Het niet vinden

van een ziekte is natuurlijk prettig, maar het leidt niet tot het verdwijnen van de klachten. Er is dus dringend behoefte aan uitleg op grote schaal en aan durf om dit publiekelijk bekend te maken. Bovendien zijn er recentelijk programma's ontwikkeld die middels een public health benadering en met behulp van een cognitief-gedragsmatige aanpak succes lijken te hebben in het doen verdwijnen van het cluster 'onverklaarde lichamelijke klachten' ([Speckens e.a., 1996](#); [Morris e.a., 1999](#); [Engel e.a., 2000](#)). Bij de getroffen en van de Bijlmerramp is deze benadering mogelijk alsnog van betekenis.

HOE VERDER?

De Bijlmervliegramp heeft in alle opzichten geleid tot een secundaire ramp. Patronen van acute stress en van chronische stress hebben geleid tot een amalgaam van psychische en lichamelijke klachten. De Parlementaire Enquête Bijlmer Vliegramp heeft gewerkt als een spiegel voor de onverwerkte emoties van de ramp en alle onduidelijkheid die nadien heeft plaats gevonden. Het kenmerk 'controleverlies' treffen we niet alleen aan bij de getroffen en maar ook bij instanties, gezondheidszorginstellingen, de media, de overheden en tenslotte bij het ministerie voor Volksgezondheid en bij de politiek. Het omkeren van de negatieve spiraal kost een veelvoud aan inspanning en gelden, vergeleken bij een vroege interventie om controleherstel mogelijk te maken. Het zou goed zijn om niet alleen de late gevolgen van de Bijlmerramp alsnog onder controle te brengen, maar ook in de toekomst onnodige fouten te vermijden. Een beetje alertheid kan geen kwaad. Inmiddels is het Medisch Onderzoek Vliegramp Bijlmermeer (MOVVB) van start gegaan, ondanks alle bedenkingen die daar vanuit medische hoek tegenin zijn gebracht. Systematisch worden allen die dat wensen volgens een protocol onderzocht. De hoop bestaat dat dit uiteindelijk zal bijdragen tot de zo gewenste geruststelling, en daar waar dit alsnog nodig en gewenst is, tot een adequate behandeling. Het onderzoek wordt gepaard aan een epidemiologisch onderzoek om alsnog na te gaan of eventuele stoornissen een samenhang met de ramp vertonen, al wordt dit niet verwacht. We nemen niet aan dat het MOVVB bij iedereen tot gevolg zal hebben dat de klachten van PTSS en OLK verdwijnen. Daarom is met steun van het ministerie voor VWS alsnog een advies- en behandelcentrum opgezet voor scholing, consultatie en behandeling voor PTSS en OLK door het AMC en de afdeling Psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum. Ook zal in breder verband door middel van een kenniscentrum de coördinatie worden verbeterd, zodat in toekomstige situaties minder 'in de val wordt gelopen' en een betere 'community enhancement' wordt bereikt. Dan is alle commotie niet voor niets geweest.

SUMMARY

Gersons, B.P.R., I.V.E. Carlier, C.J.J.M. IJzermans 'In the mirror of emotions'. Unforeseen long-term consequences of the plane crash over the 'Bijlmer' (a large block of flats in Amsterdam).

That disasters can leave deep wounds in those directly affected is a well known fact. The 'Bijlmer' air disaster still continues to hold the attention of politicians and the media, eight years after the event. The Parliamentary Inquiry in 1999 was front page news for many weeks. An explanation for this is sought in the field of disaster psychology. When our feeling of safety is put in jeopardy, and on such a large scale, our trust in government threatens to evaporate. There is an enormous sense of

distrust and rage, and when that government is thought to be withholding vital information, suspicion takes hold. This secondary disaster is dominated by the same emotions accompanying the fear. Apart from acute stress, chronic stress results in 'unexplained physical problems'. A national information centre is required to limit this kind of social disturbances.

LITERATUUR

1. Barsky, A.J., & J.F. Borus (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130, 910–921.
2. Bromet, E.J., & H.C. Schulberg (1986). *The Three Miles island disaster: a search for high-risk groups*. In: J.H. Shore (ed.). *Disaster stress studies: new methods and findings*. American Psychiatric Press, 1–19.
3. Champion, E.W. (1996). Disease and suspicion after the Persian Gulf War. *New England Journal of Medicine*, 335, 1525–1527.
4. Carlier, I.V.E., J.J. van Uchelen, R.D. Lamberts & B.P.R. Gersons (1993). *De Bijlmervliegramp. Een onderzoek naar de psychische gevolgen bij getroffenen en hun commentaar op de geboden nazorg*. Intern rapport, Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam, Divisie Psychiatrie.
5. Carlier, I.V.E., J.J. van Uchelen, R.D. Lamberts & B.P.R. Gersons (1994). *Het effect van debriefen. Een onderzoek bij de Amsterdamse politie naar aanleiding van de Bijlmerramp*. Intern rapport, Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam, Divisie Psychiatrie, Psychotraumagroep.
6. Carlier, I.V.E., J.J. van Uchelen, R.D. Lamberts & R.D. Gersons (1995a). *Het lange-termijn effect van debriefen. Een vervolgonderzoek bij de Amsterdamse politie naar aanleiding van de Bijlmerramp*. Intern rapport, Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam, Divisie Psychiatrie, Psychotraumagroep.
7. Carlier, I.V.E., J.J. van Uchelen & B.P.R. Gersons (1995b). *De Bijlmermeer-vliegramp; een vervolgonderzoek naar de lange termijn psychische gevolgen en de nazorg bij getroffenen*. AMC, Vakgroep Psychiatrie.
8. Carlier, I.V.E., & B.P.R. Gersons (1995c). De korte-termijn gevolgen van de Bijlmerramp. *De Psycholoog*, 30, 172–177.
9. Carlier, I.V.E., & B.P.R. Gersons (1997a). Stress reactions in disaster victims following the Bijlmermeer plane crash. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 2, 329–335.
10. Carlier, I.V.E., & B.P.R. Gersons. (1997b). 'Debriefing' van psychisch getraumatiseerden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 24, 1180–1183.
11. Carlier, I.V.E., R.D. Lamberts, J.J. van Uchelen, & B.P.R. Gersons (1998). Disaster-related post-traumatic stress in police officers: a field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine*, 14, 143–148.
12. Coebergh, J.W.W. (1999). Zorg voor de volksgezondheid na de vliegramp in de Bijlmermeer; de beladen nasleep. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 2301–2305.
13. Cuthbertson, B.H., J.M. Nigg (1987). Technological disaster and the nontherapeutic community: a question of true victimization. *Environment and Behavior*, 19, 462–483.
14. David, A., S. Ferry, S. Wessely (1997). Gulf war illness; new American research provides leads but no firm conclusions. *British Medical Journal*, 314, 239–241.
15. Eindrapport Parlementaire Enquête Commissie Vliegramp Bijlmermeer (1999). *Een beladen vlucht*. Den Haag: Sdu.
16. Engel, C.C., X. Liu, R. Clymer, R.F. Miller, T. Sjoberg, J.R. Shapiro (2000). Rehabilitative care for war-related health concerns. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 42, 385–390.

17. Freedman, S.A., D. Brandes, T. Peri, A. Shalev (1999). Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 174, 353–359.
18. Gersons, B.P.R., I.V.E. Carlier (1993a). De Bijlmerramp: crisisinterventie en consultatie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 48, 1043–1055.
19. Gersons, B.P.R., I.V.E. Carlier (1993b). Plane crash crisis intervention: a preliminary report from the Bijlmermeer Amsterdam. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 14, 3, 109–116.
20. Gersons, B.P.R., I.V.E. Carlier (1998). *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress–stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
21. Gersons, B.P.R., I.V.E. Carlier, R.D. Lamberts, B. van der Kolk (2000). A randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy in police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* (ter perse).
22. Haley, R.W., T.L. Kurt, J. Horn (1997). Is there a Gulf War syndrome? *Journal of the American Medical Association*, 277, 215–222.
23. Havenaar, J., W. van den Brink, J. Savelkoul (1999). Psychologische gevolgen van giframpen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 3, 140–150.
24. Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery; the aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York, Basic Books.
25. Hodgkinson, P.E., & M. Stewart (1991). *Coping with catastrophe; a handbook of disaster management*. London / New York: Routledge.
26. Hyams, K.C. (1998). Lessons derived from evaluating Gulf War syndrome: suggested guidelines for investigating possible outbreaks of new diseases. *Psychosomatic Medicine*, 60, 137–139.
27. Morris, R.K., L. Gask, C. Ronalds, E. Downes–Grainger, H. Thompson, D. Goldberg (1999). Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorder taught to general practitioners. *British Journal of General Practice*, 49, 236–237.
28. Raphael, B. (1986). *When disaster strikes; a handbook for the caring professionals*. Boston: Unwin Hyman.
29. Rosenthal, U, P.'t Hart, M. van Duin, A. Boin, M. Kroon, M. Otten & W. Overdijk (1994). *Complexity in urban crisismanagement; Amsterdam's response to the Bijlmer air disaster*. London: James & James.
30. Speckens, A.E., A.M. van Hemert, J.H. Bolk, H.G. Rooijmans & M.W. Hengeveld (1996). Unexplained physical symptoms: outcome, utilization of medical care and associated factors. *Psychological Medicine*, 26, 754–752.
31. Van der Meer, J., & A.J.M. Donker (1999). Ingezonden brief n.a.v. artikel Coebergh. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 2394–2395.
32. Wessely, S., C. Nimnuan & M. Sharpe (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *The Lancet*, 354, 936–939.
33. Wessely, S. (2000). Responding to mass psychogenic illness. *New England Journal of Medicine*, 342, 96–100.
34. IJzermans, C.J., J. van der Zee, M. Oosterhek, P. Spreeuwenberg, J. Kerssens, G. Donker & E. Schade (1999). *Gezondheidsklachten en de vliegramp Bijlmermeer: een inventariserend onderzoek naar aard en omvang van, volgens mensen en/of huisartsen aan de ramp gerelateerde klachten*. Amsterdam: AMC.

FIGUUR

Figuur: Phases of response to disaster

