

# Medisch onderzoek, psychiatrische diagnostiek en sociaal-geneeskundige beoordeling van oorlogsgetroffenen

*Th.J.G. Dekkers\**

Het medisch onderzoek dat oorlogsgetroffenen die een beroep doen op de oorlogswetten moeten ondergaan in de vorm van een diagnostisch gesprek met een arts van de Pensioen- en Uitkeringsraad, betekent voor hen de belangrijkste stap naar de in hun beleving zo wezenlijke erkenning door de overheid. Dit medische onderzoek is voor hen emotioneel vaak zeer belastend en roept daardoor nogal eens weerstand op ('Moet dat allemaal! Heb ik nog niet genoeg meegemaakt').

De verschillende Nederlandse oorlogswetten beogen, ieder op hun eigen wijze, een materiële compensatie te geven voor de gezondheidsschade die in de Tweede Wereldoorlog is ontstaan als gevolg van verzetsactiviteiten, vervolging en geweld tegen burgers. Alle wetten vereisen derhalve dat ziekten, gebreken en invalidering 'causaal' zijn. In de meeste situaties is de 'omgekeerde bewijslast' van toepassing. Dat wil zeggen dat de ziekten of gebreken van de aanvrager geacht worden het rechtstreekse gevolg te zijn van de oorlog, tenzij 'de inzichten en de ervaringen van de medische wetenschap' zich daartegen verzetten. Als voormalig geneeskundig adviseur van de Pensioen- en Uitkeringsraad beperkten mijn werkzaamheden zich tot de Wet Uitkeringen Vervolgingslachtoffers 1940-1945 (WUV). Deze wet, die in 1973 in werking is getreden, regelt de toekenning van uitkeringen aan hen die tijdens de Duitse bezetting vervolging ondergingen wegens ras, geloof, wereldbeschouwing, homoseksualiteit of onttrekking aan verplichte tewerkstelling, en aan personen die tijdens de Japanse bezetting vervolging ondergingen wegens hun 'Europese afkomst, georiënteerdheid of gezindheid'. Om voor een uitkering in aanmerking te komen moeten zij, in het algemeen gesproken, als gevolg van de vervolging lijden aan ziekten of gebreken die hen verhinderen een voor hen normaal inkomen te verdienen. Bij de WUV gaat het niet om een invalidi-

\* Voormalig geneeskundig adviseur Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR), arts, cognitief gedragstherapeut.



teitspensioen maar om een aanvulling op het inkomen; 10% invalidering door causale ziekten en gebreken is voldoende voor een periodieke uitkering. Onder stringente voorwaarden was het mogelijk dat ook kinderen van vervolgingslachtoffers die na de oorlog geboren zijn, voor een WUV-uitkering in aanmerking kwamen. De wet is voor hen tegenwoordig gesloten. Via ICODO is hulp voor hen mogelijk.

In het volgende wil ik allereerst ingaan op de sociaal-geneeskundige aspecten van de medische beoordeling voor de oorlogswetten. Daarna zal ik een beschrijving geven van een scala van 'medische' beelden dat zichtbaar wordt bij het onderzoek van de vervolgingslachtoffers van de Tweede Wereldoorlog.

### **De sociaal-geneeskundige aspecten van de medische beoordeling voor de oorlogswetten**

De artsen die werkzaam zijn voor de WUV hebben in het kader van het medisch onderzoek een gesprek van anderhalf tot drie uur met de aanvragers. Voor de verslaglegging daarvan is een protocol ontwikkeld, dat gericht is op het verkrijgen van eenduidigheid in de gegevensverzameling. Intervisie is daarbij een belangrijk instrument. Deze is er vooral op gericht de informatieverzameling en de manier waarop conclusies bereikt worden op een logische en gestructureerde wijze beoordeelbaar en toetsbaar te krijgen.

Door sommige externe deskundigen is gestreefd naar een soort gestructureerd, of semi-gestructureerd interview met 'standaard-vragen', maar de gesprekken met getraumatiseerden tenderen veel meer naar het diepte-interview. Daarbij wordt met behulp van de biografie zicht gekregen op de beleving van gebeurtenissen, de omgang met mensen uit de directe omgeving en het hanteren van uiteenlopende situaties waarmee zij geconfronteerd worden. Inzicht daarin blijkt van groot belang voor een juiste benadering van hun problemen.

De gebruikelijke diagnostische formulering in de psychiatrie vindt plaats volgens de vijf assen van de DSM-IV<sup>1</sup>, inclusief het beschrijven van de beperkingen van mensen in hun functioneren en, wanneer de beperkingen manifest worden in de levenssferen, het concluderen tot 'invalidering'.

Op basis van die beperkingen wordt de medische noodzaak of de medisch-sociale wenselijkheid van voorzieningen vastgesteld. Deze diagnostiek is gebaseerd op vier pijlers:



1. de bevindingen uit eigen onderzoek;
2. de gegevens die ontvangen worden van de behandelende sector;
3. het sociaal rapport van de maatschappelijk werkers van de begeleidende instellingen (Stichting 1940-1945, Joods Maatschappelijk Werk en Pelita);
4. de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige gegevens.

### De vijf assen van de DSM-IV

De As I van DSM-IV is heel redelijk in te vullen als een omschrijvende diagnose van het bestaan van met name angst- en stemmingsstoornissen. De As II is altijd een probleem om in een eenmalig gesprek vast te stellen. In de meeste gevallen wordt niet verder gekomen dan de constatering dat er sprake is van problematiek samenhangend met de vaak causaal beschadigde, respectievelijk in de ontwikkeling beschadigde persoonlijkheidsstructuur.

De As III is uitermate goed bekend dankzij de gegevens die de adviseerend geneeskundigen van de WUV van de behandelende sector en van de WAO-uitvoerders ontvangen.

De Assen IV en V zijn uitermate moeilijk weer te geven. De sociale rapporten over de oorlogsgetroffenen zijn belangrijke bouwstenen voor het vaststellen van de problematiek; zij omvatten het huidige functioneren en dat in het verleden in het primaire, secundaire en tertiaire milieu. Ze beschrijven de 'life-events' van mensen, hun hele biografie in feite, inclusief de arbeidsanamnese. Met deze gegevens begint stapsgewijs de sociaal-geneeskundige beoordeling. Het betreft de kern van het sociaal-geneeskundig werk en dat is het ook wat in DSM-IV bedoeld wordt met de assen IV en V.

### Sociaal-geneeskundige beoordelingsstappen

De sociaal-geneeskundig beoordelaar doorloopt de volgende beoordelingsstappen:

Hij beoordeelt of er (causale) *ziekten en gebreken* voorkomen. Als hij dat heeft vastgesteld beoordeelt hij vervolgens of er sprake is van *stoornissen* in functies en *beperkingen* in voor de mensen normale activiteiten. Deze haalt hij uit de anamnese, die hem leert wat iemand niet meer kan maar wel zou moeten kunnen, of nooit gekund heeft (jeugdgehandicapte). Het belangrijkste begrip waar het in de wetten voor oorlogsgetroffenen namelijk om draait is invalidering (gedefinieerd conform de ICIDH<sup>2</sup>).



Van *invalidering* is sprake als iemand zich ten gevolge van zijn beperkingen niet kan handhaven in zijn situatie, zoals anderen van gelijke leeftijd, geslacht, opleiding en culturele achtergrond dat wel kunnen. Dus waar het om gaat is vast te stellen wat iemand niet meer kan en wel zou moeten kunnen en tevens te constateren *waardoor* de vaak allang aanwezige beperkingen die zo iemand heeft, manifest worden als gevolg waarvan hij vastloopt.

Over dat moment van vastlopen ontstaan heel vaak conflicten, omdat velen de gebeurtenissen in het leven tijdens het moment van vastlopen (bijvoorbeeld arbeidsconflicten) beschouwen als symptomen van het onvermogen tot functioneren. Vaak luxeren dergelijke conflicten/crises wel de (psycho) pathologie van het gehele beeld, alhoewel ze er niet de oorzaak van zijn.

De Assen IV en V worden daarom vaak vervangen door een beschrijving van de beperkingen en waar dat van toepassing is, wordt geconcludeerd dat er sprake is van invalidering.

In de verslaglegging worden de bevindingen in een totaal-overzicht samengevat:

1. *de als causaal aanvaarde ziekten/gebreken*, bijvoorbeeld een PTSS (posttraumatische stress-stoornis) met symptomatologie van ontkenning, vermijding en emotionele inperking. En wat vooral veel voorkomt: een depressief toestandbeeld. Ik kom daar nog op terug;
2. *de niet-causale ziekten/gebreken*, bijvoorbeeld emfyseem of een generaliseerde artrose.
3. *de causale beperkingen*, bijvoorbeeld het niet kunnen omgaan met macht en gezag, het niet kunnen leggen en onderhouden van duurzame relaties en het niet kunnen verdragen van mensenmassa's, drukte en lawaai;
4. *de niet-causale beperkingen*, bijvoorbeeld energetische beperkingen: zich niet lichamelijk kunnen inspannen, beperkt kunnen lopen, niet kunnen fietsen, niet kunnen traplopen, geen reële bijdrage kunnen leveren aan huishoudelijke taken;
5. *de gemengde beperkingen*, bijvoorbeeld altijd moe, indien dat voortvloeit uit het niet-causale emfyseem en deels uit de causale depressieve toestand.

De benadering van de levensloop met de beperkingen die daarbij horen, en die zich bij oorlogsgetroffenen bijna altijd op psychisch terrein bevinden, is uitermate moeilijk. De diagnostische bron is de anamnese, waarin de men-



sen de onderzoeker precies kunnen aangeven wat zij niet meer kunnen, in welke situaties zij in de problemen komen en waar hun onvermogen ligt.

Bijvoorbeeld:

- het niet kunnen omgaan met macht en gezag, waardoor altijd autoriteitsconflicten ontstaan in het leven. Dus met bazen op het werk, maar ook met gezagsdragers als agenten en politieke figuren.

Een ander voorbeeld dat vaak met deze beperkingen samengaat:

- geen relaties kunnen onderhouden, waardoor eenzaamheid en sociaal isolement ontstaan die alleen maar zichtbaar worden als je ernaar vraagt.

Een ander voorbeeld is:

- het niet kunnen verdragen van een opgesloten gevoel. Dit leidt tot problemen met mensenmassa's, zoals in drukke winkels, in de schouwburg, op het sportveld of bijvoorbeeld in kleine ruimtes als in liften of treinen. Opdrachten die geschreeuwd worden, kunnen tot herbelevingen leiden van bijvoorbeeld commando's van kampbewakers.

Als laatste voorbeeld noem ik beperkingen die gemengd zijn. Deze staan deels wel en deels niet in causaal verband met betrokkene's oorlogservaring, bijvoorbeeld de beperking 'altijd moe', waarbij je als beoordelaar kunt denken dat dit deels te verklaren is uit de niet-causale energetische beperking (in dit voorbeeld een emfyseem), maar ook deels een gevolg is van de chronische depressie die iemand heeft.

Het op overzichtelijke wijze rubriceren van deze gegevens is van belang voor zowel de vaststelling van wat iemand (causaal) niet meer kan in vergelijking met leeftijdgenoten (invalidering), als voor de beoordeling van de medische noodzaak of sociale wenselijkheid van voorzieningen, nu en in de toekomst.

## **De diverse psychotrauma-beelden**

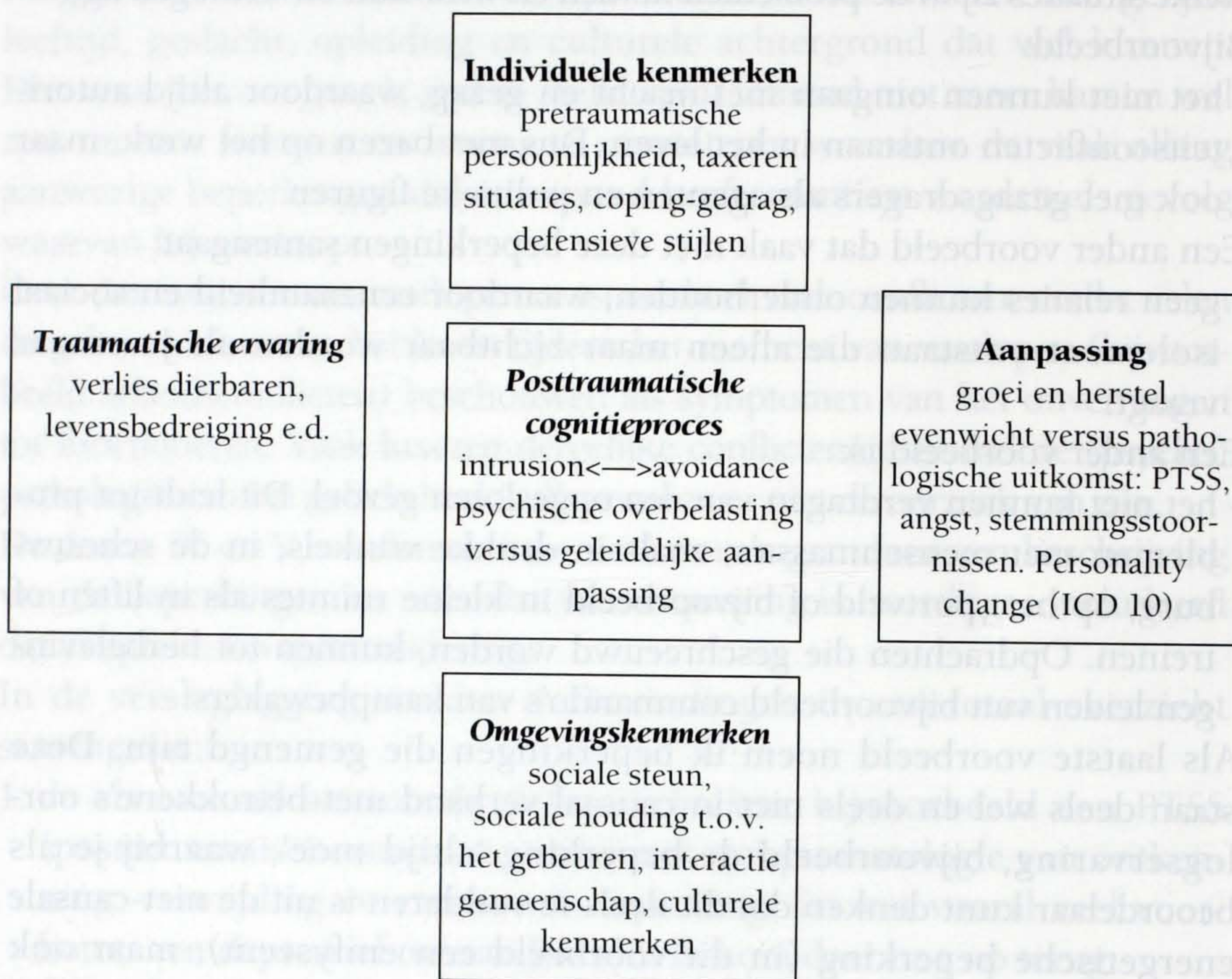
### ***Stress en coping***

De achtergronden van het denken over psychotraumatisering door ernstige existentiële bedreiging in de oorlog, zijn te vinden in de eenvoudige modellen over stress en coping zoals weergegeven in het stress-schema volgens Lazarus.<sup>3</sup> Een schema dat door velen in de hele wereld wordt gebruikt, zowel voor de diagnostiek van de problemen van mensen als voor de sociaal-geneeskundige beoordeling.

Ik wil het stress-schema van Lazarus behandelen, te beginnen met de drie middenblokken. Daar begint de traumatische ervaring, de 'activa-



## Stress-schema volgens Lazarus



ting event', zoals bijvoorbeeld het verlies van een partner of een levensbedreigende ervaring. Deze ervaring leidt tot het in het tweede middenblok aangegeven 'posttraumatische cognitieve proces' en wellicht uiteindelijk tot aanpassing, door middel van geestelijke groei en herstel van het geestelijk evenwicht. Ook een pathologische uitkomst is mogelijk, zoals een posttraumatische stress-stoornis (PTSS), andere angststoornissen, stemmingsstoornissen en bovenal beschadiging van de persoonlijkheid. Bij de kinderen van toen gaat het vaak om een storing in de ontwikkelingsgang van de persoonlijkheid.

Deze wordt natuurlijk op indrukwekkende wijze beïnvloed door de individuele kenmerken van iemands pretraumatische persoonlijkheid, door de manier waarop mensen geleerd hebben situaties in te schatten, daarmee om te gaan, door hun coping-gedrag, door hun defensieve stijlen. En zeker ook zo belangrijk is wat wordt aangegeven in het blok 'omgevingskenmerken'. De ervaring leert dat de sociale steun of het ontbreken van sociale steun, met name van de gemeenschap, ongeloof-



lijk belangrijk is om traumatische ervaringen te kunnen verwerken. En ik denk dat hier ook de achtergronden liggen voor het begrip 'sequentiële traumatisering'.<sup>4</sup> Ik ben van mening, conform Keilson<sup>5</sup> in zijn onderzoek onder joodse weeskinderen, dat het mensen nog wel gegeven is een ernstige existentiële bedreiging van hun leven te boven te komen, maar dat dit veel moeilijker is en soms vrijwel onmogelijk wanneer sociale steun en opvang nadien ontbreken.

Ik wil dit met een voorbeeld illustreren. De mensen die in het voormalig Nederlands-Indië de oorlog hebben meegemaakt vormen een groep die zich over het algemeen miskend voelt. Zij zijn gedwongen gerepatriëerd naar Nederland in de jaren na de oorlog. Gerepatriëerd naar een land dat zij vaak helemaal niet kenden, waar zij zich niet thuisvoelden en waar zij eigenlijk niet wensten te zijn. In Nederland aangekomen hebben zij geen enkel begrip ontvangen voor het doorstane leed. Als zij over hun oorlogservaringen wilden praten was een veelgehoorde reactie

#### *Functie-analyse*

#### **Het denken**

hoge waakzaamheid

achterdocht

wantrouwen

machteloosheid

#### **Situaties**

discriminatieve stimuli

subjectief waargenomen

eisen

#### **Consequenties**

op korte en vooral

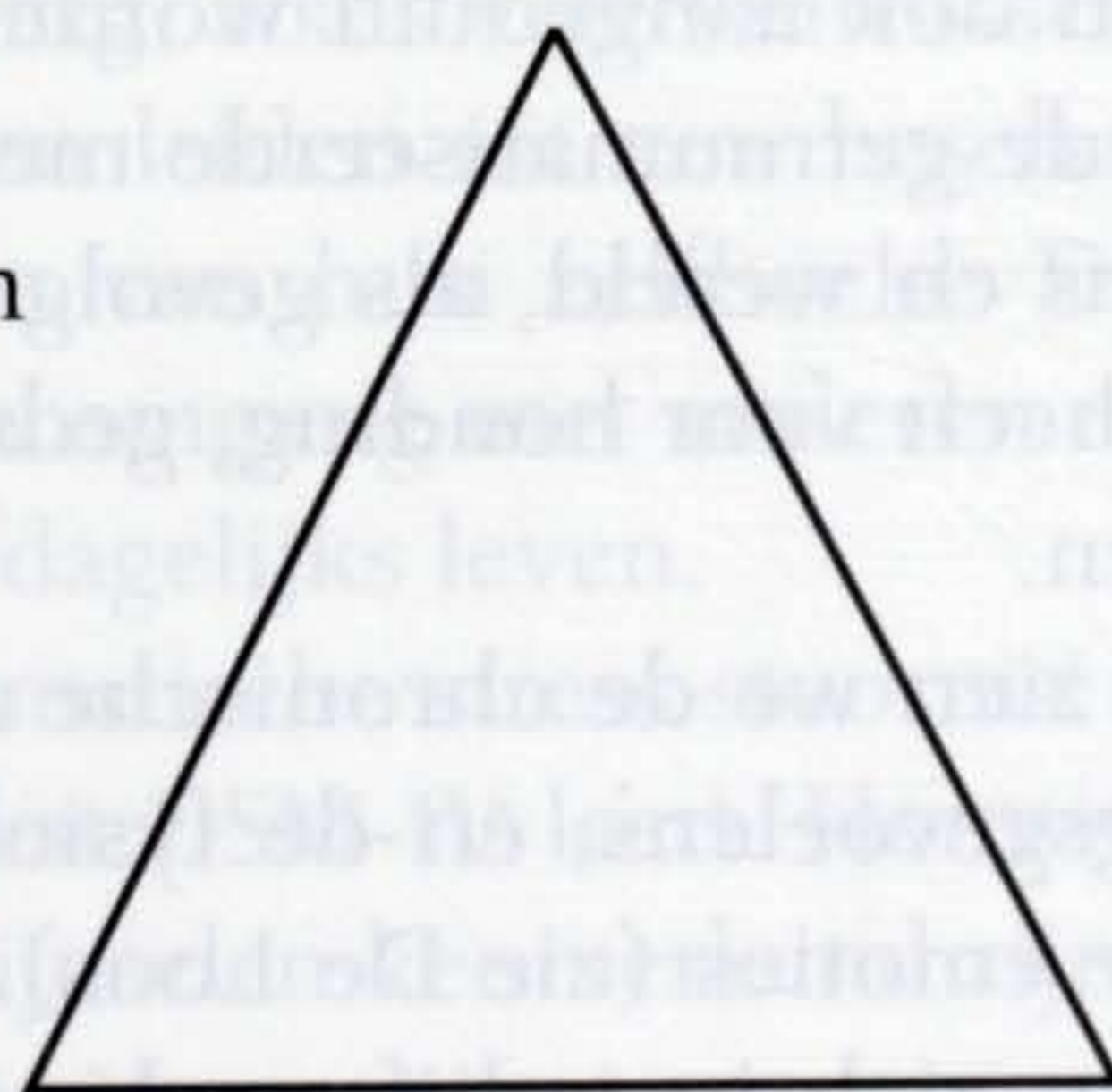
lange termijn in het

gedrag, in lichaam

en lichaamshouding,

in de manier van

handelen in die situaties



#### **Het voelen**

(hyper)-

arousal

uitputting +

fysiologische

verschijnselen

#### **Het doen**

vermijden

ontkennen



tie: 'Wij hebben hier de ellende van de jodenvervolgung meegemaakt, de hongerwinter, de gedwongen tewerkstelling in Duitsland, de bombardementen enzovoort.' En dus houden deze mensen hun mond, kroppen hun verdriet en machteloosheid op en gaan over tot het enige wat zij kunnen doen: werken. Na de oorlog was er bovendien, heel begrijpelijk, een cultuur van 'niet zaniken maar werken'. De sociale steun is daarmee duidelijk te kort geschoten. Zowel op individueel niveau als vanuit de gemeenschap en de overheid. Zo is er een soort collectieve sequentiële traumatisering ontstaan. Het model leert bovendien dat de enige manier om deze collectieve sequentie ongedaan te maken een officiële maatregel van de overheid is.

Het posttraumatische cognitieve proces dat Lazarus beschrijft, is het proces dat in de gedragstherapie in de functie-analyse heel concreet wordt uitgewerkt en waarvan een goed begrip van groot belang is voor de benadering van posttrauma-problematiek. Ik wil dit aan de hand van een schematisch beeld laten zien om duidelijk te maken hoe je tegen dit innerlijke proces, dat zich in de belevingswereld van de mensen afspeelt, aan kunt kijken.<sup>6</sup> Wat er gebeurt bij een chronisch traumaproces is het ontstaan van een vicieuze cirkel van cognities, emoties en meestal vermindering. Met de nodige consequenties. Situaties hebben gevolgen voor het gedrag en de houding van mensen. En dit is een chronisch gebeuren bij de oorlogsslachtoffers, waardoor op het cognitieve niveau zaken als verhoogde waakzaamheid, achterdocht, wantrouwen en machteloosheid te zien zijn. Dit kan ook aangeduid worden als een kenmerkende chronische attitude van de getraumatiseerde mens. Het betreft hier een instelling tegenover mens en wereld, als gevolg van de oorlog, die permanente consequenties heeft voor houding, gedrag en lichamelijk functioneren van betrokkenen.

Op het emotionele vlak zien we de chronische arousal, de hyper-arousal, vaak met uitputtingsgevoelens, en de fysiologische verschijnselen die horen bij chronische emoties (zie De Loos). Chronische arousal in de emotionele sfeer toont zich in je lijf en dat is zichtbaar in het hele beeld van psychosomatosen/somatisatiestoornissen. Mensen demonstreren dat eigenlijk continu aan onderzoekers.

Tot slot wil ik ingaan op de eigenlijke ziektebeelden en gebreken die onderzoekende geneeskundigen tegenkomen bij het onderzoek van mensen die als vervolgd en getroffen zijn door een jaren durende ernstige bedreiging van hun bestaan.



## Het traumaspectrum

### *De traumatisering bij de op volwassen leeftijd vervolgden*

Hoewel verzekeringsgeneeskundigen in hun huidige werk nauwelijks nog de volwassenen van tijdens de Tweede Wereldoorlog zullen ontmoeten, begin ik hier met de op volwassen leeftijd vervolgden. Kennis van de voor deze groep kenmerkende gevolgen is heel belangrijk, al was het alleen maar om de problematiek van de jong-vervolgden en de problematiek van de naoorlogse generatie te kunnen begrijpen. Wij zien bij de op volwassen leeftijd vervolgden een traumaspectrum en niet wat iedereen altijd zegt en denkt: een posttraumatisch stress-syndroom. Het traumaspectrum heeft de volgende uitingsvormen:

- een al of niet complete chronische PTSS;
- een chronisch depressief toestandsbeeld;
- psychosomatosen/somatisatiestoornissen;
- beschadiging van de persoonlijkheid.<sup>7</sup>

In zeer veel gevallen is er sprake van meerdere van deze beelden tegelijk. Onderdeel daarvan is vaak een chronisch posttraumatisch stress-syndroom. Meestal niet compleet en niet volgens DSM-IV, maar wel met alle verschijnselen van één aspect. Juist het chronische geeft bijna altijd een depressief toestandsbeeld te zien, dat vaak zeer ernstig is en waaruit vaak invalidering voortkomt. Er zijn psychosomatosen en somatisatiestoornissen, die volledig volgens het theoretische model van Lazarus en de functie-analyse uit de gedragstherapie verlopen. De ernst van de existentiële traumatisering, zoals vele volwassenen in de oorlog hebben ondergaan, kan bij velen leiden tot een beschadiging van de kern van hun persoonlijkheid en van hun zelfbeeld. Dat heeft weer negatieve consequenties voor hun omgang met anderen en voor het hanteren van allerlei situaties in hun dagelijks leven.

De chronische 'posttraumatische stress-stoornis' die wij in ons werk zien, onderscheidt zich van wat DSM-IV leert. Horowitz<sup>8</sup> leerde al in 1976 dat vier groepen van verschijnselen kenmerkend zijn voor een PTSS:

1. een traumatische ervaring;
2. uitingen van herbeleving;
3. uitingen van ontkenning;
4. verhoogde prikkelbaarheid en de arousal in de emotionele en fysiologische sfeer (zie De Loos).



Een andere omschrijving is te vinden in de literatuur bij het begrip 'psychologisch trauma'.<sup>9</sup> Dat wordt in de eerste plaats omschreven als:

1. een onontkoombaar schokkende gebeurtenis die buiten de normale menselijke ervaringen en het bevattingsvermogen valt;
2. extreme angstbeleving;
3. ontwrichting van het bestaan en/of ernstige bedreiging van het leven;
4. gevoel van machteloosheid.

Het is hierbij van belang in te gaan op het onderscheid tussen emotionele traumatisering en existentiële traumatisering. Bij emotionele traumatisering, hoe erg dat ook kan zijn, gaat het om iets wat in wezen bij een mensenleven hoort. Het verlies van de partner bijvoorbeeld. Bij existentiële traumatisering gaat het om gebeurtenissen die buiten het menselijk begrip en bevattingsvermogen vallen, ondanks het feit dat het om zaken gaat die mensen elkaar aandoen. Het meemaken van deze gebeurtenissen leidt tot extreme angstbeleving, machteloosheid en ontwrichting van het bestaan als gevolg van ernstige bedreiging van het leven en de ontkenning daarvan. Ook de ultieme vernedering die je ondergaat, maakt een belangrijk deel van het trauma uit.

In de symptomatologie zijn overigens grote individuele verschillen te zien, die te maken hebben met aard en karakter van de betrokkene. Wel is voor iedereen kenmerkend de *afwisseling van herbeleving en ontkenning*.

*Herbeleving* uit zich door:

- hyperactiviteit;
- woede-uitbarstingen;
- wantrouwen;
- prikkelbaarheid;
- flashbacks en nachtmerries en soms:
- het dwangmatige herhalingsgedrag, de traumatofilie.

*Ontkenning* zie je het meest, mits je openstaat voor het psychische mechanisme dat ontkenning is. Mij lijkt het een algemeen menselijke manier van omgaan met moeilijk te verwerken zaken. Ik denk dat ontkenning heel ernstig is omdat dit leidt tot:

- emotionele inperking met belangrijke relatieproblemen in het gezin als gevolg;



- vermijding met als gevolg sociale teruggetrokkenheid en dus stoornissen in het sociale functioneren;
- gevoelens van vervreemding en somberheid;
- onvermogen tot fantaseren, niet leven in het *nu* maar grotendeels in *toen*. Vervolgingslachtoffers zijn daardoor geestelijk als het ware zo ingeperkt dat hun creativiteit verdwijnt;

Allport<sup>10</sup> heeft nog enkele enigszins afwijkende reactiepatronen genoemd:

- het niet kunnen aanvaarden van fouten;
- ontkenning van persoonlijke problemen;
- woede als probleemoplossende strategie;
- zwart-wit-denken.

Ik vind dat deze reactiepatronen makkelijk te begrijpen zijn in het licht van de beschadiging van de persoonlijkheid en derhalve helemaal niet zo afwijkend als Allport suggereert. (ICD 10, Weisaeth<sup>11</sup>).

Samenvattend: dit chronische traumabeeld wordt gekenmerkt door een vaak uiterst negatief wereldbeeld, door relatieproblemen met als gevolg gestoorde gezinsdynamiek en met als gevolg daar weer van: de transgenerationale traumatisering (Van der Kolk, 1996).

Het spreekt vanzelf dat een ernstig existentieel trauma niet tot traumatisering hoeft te leiden, maar helaas komt dit wel veel voor.

### *De traumatisering van de jongvervolgden*

Bij de jongvervolgden, geboren ná 1928 (en dat zijn deels uw cliënten), blijken de traumabeelden niet identiek te zijn aan de beelden bij de op volwassen leeftijd getraumatiseerden. De traumatisering van jongvervolgden, de kinderen van toen, the child survivors, blijkt *leeftijdsafhankelijk en leeftijds specifiek* te zijn.

Wat er heeft plaatsgevonden in deze kinderlevens kan iedereen zich enigszins voorstellen als hij bedenkt hoe het voor een kind moet zijn geweest opgevoed te worden in de vaak overvolle Japanse interneringskampen (streng kampregime, gebroken gezinnen, slechte voeding en hygiëne, ziektes, doden), in de op vernietiging gerichte Duitse concentratiekampen, die een kleine groep joodse kinderen overleefd heeft, of in de met veel angst, spanning en onzekerheid gepaard gaande onderduik. Ik ken een voorbeeld van iemand die als baby van zes weken in onderduik is gegeven en vierentwintig adressen gedurende de oorlog heeft gehad. Het is vanzelfsprekend dat in een dergelijk geval op geen



enkele wijze iets van hechting of binding aan een moederfiguur heeft plaatsgehad en dientengevolge het proces van individuatie nooit tot stand is gekomen.

De kern van de problematiek van de jongvervolgden ligt mijns inziens dan ook in de stoornissen die optreden in de ontwikkeling van de persoonlijkheid, c.q. bij de oudere kinderen regressie naar een jongere, vroegere leeftijdsfase. Een PTSS ontbreekt meestal of is atypisch en meestal monosymptomatisch bij de oudere kinderen van toen. Mensen dus met een beschadigde persoonlijkheid; dat wil zeggen met een onvermogen om op een evenwichtige en gelijkwaardige wijze om te gaan met andere mensen en om uiteenlopende situaties te hanteren. Maatschappelijk lopen zij vaak vast en komen in de WAO terecht als zij zo'n jaar of vijfenveertig zijn. Ook lopen zij regelmatig vast in hun relaties en huwelijken.

Verschijselen van totale vitale uitputting en depressiviteit zijn op die leeftijd eigenlijk altijd aan de orde (Falger 1989; Meesters 1995).

### **Leeftijdsspecifieke traumatisering**

Als achterliggende visie bij de beoordeling van de psychotraumatisering van de kinderen van toen wordt gebruik gemaakt van het psychodynamische ontwikkelingsmodel van de persoonlijkheid en de diverse te onderscheiden ontwikkelingsfasen zoals E. Erikson<sup>12</sup> die aangeeft. Er zijn in de diverse leeftijdsfasen bij het opgroeien van een kind bepaalde existentiële opdrachten die waargemaakt moeten worden in de groei naar volwassenheid. Wanneer die niet gerealiseerd worden als gevolg van blokkering en stagnering in de ontwikkeling, ontstaan er beelden die zich kenmerken door symptomen zoals: basiswantrouwen, verschijnselen van schaamte, schuld, twijfel, inferioriteitsgevoelens, conflictvermijdend gedrag, seksuele roldiffusie, isolement en wanhoop. Wanneer bij het diagnostisch onderzoek dergelijke verschijnselen in het leven van mensen worden gevonden, kunnen die een verklaring vinden in leeftijdsspecifieke traumatisering van het kind in de oorlogsjaren (zie schema pag. 51). (Voor een recente en zeer uitgewerkte psychodynamische visie op de persoonlijkheid, zie Abraham 1997.)



| Fase   | Existentiële opdrachten   | - | Bij blokkering ontwikkeling                               |
|--|---|---|---|
| Oraal  | 1. basisvertrouwen  | - | basiswantrouwen   |
| Anaal<br>1e separatie/<br>individuatiefase     | 2. autonomie en volharding  | - | schaamte; twijfel<br>(splitsing in de persoon, projectie) |
| Genitaal                                       | 3. initiatief<br>trots en plezier in het verwerven van vaardigheden | - | schuld  |
| Latentie                                       | 4. werkzaamheid   | - | inferioriteit   |
| Puberteit<br>2e separatie/<br>individuatiefase | 5. identiteit   | - | rolconflicten<br>(vermijden, rationaliseren)              |
| Adolescentie                                   | 6. intimiteit   | - | isolement   |
| Jongvolwassenen                                | 7. vruchtbaarheid   | - | stagnatie   |
| Volwassene                                     | 8. persoonlijke integriteit   | - | wanhoop   |

\* Schema conform E. Erikson 1964

### *De traumatisering bij de naoorlogse generatie*

Bij de medische beoordeling van de problematiek van de naoorlogse generatie oorlogsgetroffenen is het belangrijk de reeds beschreven opvattingen over de normale en gestoorde ontwikkeling van de persoonlijkheid te kennen en toe te passen bij het diagnostische gesprek. Met name de eerste levensjaren van een kind, de jaren waarin de basisveiligheid en de basiszekerheid tot stand komen, zijn van doorslaggevende betekenis gebleken in de gevallen waar sprake is van 'naoorlogse-generatie-problematiek'.



## De naoorlogse generatie

Bij de naoorlogse generatie zijn twee duidelijk van elkaar verschillende groepen te onderscheiden.

1. De kinderen van ouders die als volwassenen werden getraumatiseerd.
2. De kinderen van de als kind getraumatiseerde ouder(s). Zeker de kinderen van een als klein kind getraumatiseerde ouder.

Ad 1:

Allereerst noem ik enige kenmerken en verschijnselen bij de kinderen van de op volwassen leeftijd getraumatiseerde ouders, dus de kinderen geboren in de jaren kort na de oorlog. Deze kinderen moeten leven met de tekortkomingen van hun ouders, zoals beschreven bij de traumatisering van volwassenen. Dus met:

- de emotionele inperking van hun ouders;
- de herbelevingen van hun ouders, zich uitend in nachtmerries of in het alsmar praten over de oorlog;
- de ontkenning en het vermijdingsgedrag, zich uitend in de grote stilte: de 'conspiracy of silence';
- de verhoogde prikkelbaarheid van de ouders, hun wantrouwen ten opzichte van alles en iedereen, hun angstige onzekerheid en vaak ook het obsessieve van het gedrag met als doel: 'dit mag nooit meer gebeuren';
- hun gefixeerdheid op werken en presteren omwille van meer materiële zekerheid voor het geval het ooit weer zou gebeuren, of om niet te falen. Falen in de kampen betekende immers dat je dood was. Dus dat mag niet, je moet je bewijzen;
- obsessief gedrag. Als voorbeeld noem ik een situatie waarbij een vader zijn enige en nog kleine kindje iedere dag een uur opsloot in de kast onder de trap om te oefenen voor als het nog eens oorlog zou worden, want dan kun je stil zijn in het donker. Als heel klein kind! Met de beste bedoelingen, maar het is niet moeilijk zich voor te stellen wat daarvan de consequenties kunnen zijn.

Een kind dat opgroeit in een dergelijke situatie kan door de continue blootstelling aan bovenbeschreven gedrag en attitude van de ouders psychisch getraumatiseerd raken. Dat wil zeggen: er treedt ontwikkelingsinterferentie op en de normale ontwikkeling van de persoonlijkheid komt niet tot stand. De stoornis zal dan ook meestal heel vroeg



intreden, meestal in de eerste separatie-individuatie-fase, zich uitend in narcistische stoornissen of borderline-stoornissen, dissociatieve stoornissen of in voortgezette symbiose. Helaas komt dit veel voor.

Ad 2:

Als tweede groep zijn te onderscheiden de kinderen van de als (klein) kind getraumatiseerde ouders. Bij die ouders die destijds kleine kinderen waren, speelt niet of veel minder (afhankelijk van de leeftijd die zij toen hadden) de herbeleving en de ontkenning. Hun traumatisering is namelijk geen PTSS met terugkerende beelden van de oorlogservaringen, maar het is het probleem van de beschadiging van hun eigen persoonlijkheidsontwikkeling. Het is de gestoorde persoonlijkheid van de ouders met hun gestoorde gedrag, die als het ware wordt overgedragen op het kind. Het gestoorde in het zelfbeeld, in het zelfconcept, in het zelfrespect en in het beeld van de ander. Het gevolg daarvan kan zijn dat ook hun kinderen in de ontwikkeling van hun persoonlijkheid gestoord raken, *zonder* dat er sprake is van de thematiek van oorlog of geweld.

### De prognose

De prognose van psychotraumatisering als gevolg van langdurige existentieel bedreigende situaties, zoals oorlogsgetroffenen die meegemaakt hebben, is vrij somber. Dat wijzen althans de in de praktijk opgedane ervaringen bij de WUV uit. Ik zie bovendien in mijn praktijk mensen die al jaar in jaar uit onder psychotherapeutische behandeling en begeleiding staan, maar die in de meeste gevallen toch niet tot een wezenlijke integratie van de problematiek in hun leven komen. Dat is ook goed voor te stellen, omdat de aantasting van de persoonlijkheid door traumatisering, op welke leeftijd dan ook, in feite de essentie van het bestaan aantast. Als gevolg daarvan ontstaan stoornissen in het zelfconcept, stoornissen in het leggen en onderhouden van relaties en stoornissen in het inschatten en beoordelen van situaties. Deze mensen lopen zowel privé als maatschappelijk vast, waarbij falen (zeker voor de ouderen van toen) de betekenis heeft van 'de vijand heeft alsnog gewonnen'. Dit leidt tot een chronisch diep depressief beeld.

Toen ik dit artikel aan het voorbereiden was, had ik net een huisbezoek afgelegd bij een 75-jarige joodse man, die de oorlog in onderduik had overleefd. Hij vertelde mij - en dat is ook typerend voor velen van zijn lotgenoten: 'Mijn zijn is lusteloos en futloos. De dagen gaan voorbij in



niets en dat te beseffen is het ergste.' Dit betekent dat deze man wederom gevoelens van machteloosheid en innerlijke vernedering ervaart. En dat is nu net (denk aan het beschreven traumaspectrum) één van de kernaspecten van de psychotraumatisering. Met andere woorden: die psychotraumatisering houdt nooit op. Voor deze mensen gaat die altijd door.

Daarom denk ik dat het gezamenlijke uitgangspunt van de Pensioen- en Uitkeringsraad en alle uitvoerders van de sociale verzekeringswetgeving enerzijds en alle behandelaars en begeleidende instanties die de materiële hulpverlening verzorgen anderzijds, zou moeten zijn:

*'Niet hij die vrij is van geestelijke belasting en gebreken zou men gezond moeten noemen, maar hij die kan leven met geestelijke belasting en gebreken.'*

(Dietrich von Engelhard)

### Samenvatting

Er bestaat voor oorlogsgetroffenen een aantal wetten en regelingen, die gebaseerd zijn op de bijzondere-solidariteitsgedachte en de materiële gevolgen van ziekten, gebreken en invalidering dekken. Bij de vaststelling of iemand binnen de termen van de wet valt, wordt door de Pensioen- en Uitkeringsraad die de oorlogswetten uitvoert, gebruik gemaakt van de vijf assen van DSM-IV. Daarbij gaat het met name om de beperkingen in het functioneren in het gezin, sociale relaties en de werksituatie.

Deze diagnostiek berust op vier pijlers:

1. Het eigen diepgaand onderzoek van de oorlogsgetroffene.
2. De ontvangen medische en psychologische/psychiatrische informatie van behandelaars.
3. Het sociaal rapport van de maatschappelijk werker van de begeleidende instellingen.
4. De bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige gegevens.

Het hanteren van stress wordt besproken aan de hand van het stress-schema van Lazarus en de functie-analyse uit de gedragsleer.

Ingegaan wordt op het trauma-spectrum van de als volwassene getraumatiseerde en op het verschil met de traumatisering op jeugdige leeftijd.

Het gedrag van psychisch getraumatiseerden in hun gezin ten opzichte van hun kinderen kan vaak leiden tot vroege ontwikkelingsstoornissen



van de persoonlijkheid bij deze kinderen. Het mechanisme hiervan wordt aangeduid.

Ten slotte wordt ingegaan op de prognose van door de oorlog en menselijk geweld ontstane ziektebeelden.

## Noten

1. De laatste jaren heeft het concept 'posttraumatische stress-stoornis' binnen de Amerikaanse psychiatrie veel invloed gekregen. De criteria van een dergelijke stoornis zijn beschreven in het Amerikaanse handboek *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV). Fourth edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.  
Met behulp van deze criteria kan een geoefend waarnemer een posttraumatische stress-stoornis herkennen. Maar lang niet alle slachtoffers van geweld ontwikkelen een dergelijk syndroom. Dat betekent dat de criteria van DSM-IV onvoldoende zijn voor het herkennen van geweldsproblematiek.
2. *International classification of impairments. Dissabilities and handicaps*. World Health Organization, 1980.
3. Lazarus, R.S. en S. Folkman, *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
4. De psychiater H. Keilson heeft bij een onderzoek naar de gevolgen van de Tweede Wereldoorlog onder joodse weeskinderen aangetoond dat het trauma van deze kinderen drie opeenvolgende traumatische fasen (sequenties) omvat, te weten:
  1. de bezetting en het begin van de terreur;
  2. de directe vervolging;
  3. de naoorlogse fase.Een van de belangrijkste conclusies van Keilson is dat de derde fase, de naoorlogse fase (dus met name de opvang), bepalend is voor de verwerking van de oorlogservaringen.
5. Keilson, H., *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up-Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden*. Stuttgart: Enke Verlag, 1979.
6. Brinkman, W., 'Topografische en functionele analyses'. In: J.W.G. Orlemans (red), *Handboek gedragstherapie* vol. 1. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1990, A8-1-32.
7. Kolk, B.A. van der, 'The trauma spectrum. The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response'. In: *Journal of Traumatic Stress* vol. 1 (1988) 3, 273-290.
8. Horowitz, M.J., *Stress response syndromes*. New York, Aronson, 1976.
9. Op den Velde, W., 'Posttraumatische stress-stoornissen'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* vol. 133 (1989) 32, 1586-1593.
10. Allport, G.W., 'Traits revisited'. In: *American Psychologist* [1965?].



11. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical description and diagnostic guidelines.* World Health Organization, 1992.
12. Erikson, E.H., *Childhood and society.* New York: Norton, 1950. (Nederlandse uitgave: *Het kind en de samenleving.* Utrecht: Het Spectrum, 1964).

## Aanbevolen literatuur

Aarts, P.G.H., *Intern rapport van de Stichting Onderzoek Psychische Oorlogsgevolgen (SOPO) naar transgenerationale overdracht van vervolgingstrauma's.* Amsterdam, 1988.

Abraham, R.E., *Lichamelijke klachten en psychoanalytische diagnostiek; somatoforme stoornissen; onbegrepen klachten psychiatrie.* Leiden: Boerhaavecommissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, 1986, 23-38.

Abraham, R.E., *Het ontwikkelingsprofiel; een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid.* Assen: Van Gorcum, 1997.

Abraham, R.E., R. Giel, H.G.M. Rooijmans en F.G. Zitman (red.), *Diagnostiek in de psychiatrie; mogelijkheden en grenzen.* Leiden: Boerhaavecommissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, 1990.

Begemann, F.A., *De oorlog van mijn ouders; interviews met kinderen van oorlogsslachtoffers.* Utrecht: ICODO, 1992.

Begemann, F.A., *Erkenning en solidariteit? Een hermeneutische en kritische visie op de hulpverlening aan oorlogsgetroffenen.* Academisch proefschrift. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.

Bekkering, P.G. en M. Bekkering-Merens, 'De Japanse kampen, nog geen verleden tijd'. In: *Tijdschrift voor Geneeskunde* vol. 124 (1980) 13, 467-493.

Blanck, G. en R. Blanck, *Ego-psychology; theory and practice.* New York: Columbia University Press, 1974.

Boer, J.E. de (red.), *Infantpsychiatrie. De gezonde en verstoorde ontwikkeling van de vroege ouder-kind relatie.* Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1991.

*Borderline personality disorder.* Symposium Koninklijke Akademie voor Wetenschappen, 1990.

Brink, W. van den, 'Persoonlijkheid, karakter of rolgedrag. Validiteitsaspecten van de DSM-III-classificatie van persoonlijkheidsstoornissen'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol. 29 (1987) 5, 296-313.

Brink, W. van den, *Meting van DSM-III persoonlijkheidspathologie. Betrouwbaarheid en validiteit van de SIDP-R en DSM-III as II.* Groningen: Rijks Universiteit Groningen, 1989.

Brink, W. van den, 'Persoonlijkheidsstoornissen. Conceptualisering, operationalisering en onderzoeksthema's'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol. 32 (1990) 2, 105-126.



- Buis, H.A.M. [et al.], 'De causaliteit in de verzekeringsgeneeskunde I en II'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* vol. 135 (1991) 29, 71-74 en 103-109.
- Eland, J., P.G. van der Velden, R.J. Kleber en C.H.D. Steinmetz, *Tweede generatie Joodse Nederlanders; een onderzoek naar de gezinsachtergronden en psychisch functioneren*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1990 (IvP-reeks 90-1).
- Erikson, E.H., 'The problem of ego-identity'. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* vol. 4 (1956) 56-121.
- Falger, P.R.J., *Life span development and myocardial infarction; an epidemiological study*. Proefschrift R.U.L. Maastricht, 1989.
- First, M.B., R.L. Spitzer, M. Gibbon, J.B.W. Williams en B. Lorna, *Structured clinical interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), (Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department New York State Psychiatric Institute, 1994.  
Nederlandse bewerking: Aniek Weertman, Arnoud Arntz en Margriet L.M. Kerkhofs. Maastricht: R.U.L., Vakgroep Medische Psychologie, versie 1997.
- Foekens, R. en W.E.L. de Boer, 'Doelen van oordeelsvorming in de verzekeringsgeneeskunde'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* vol. 135 (1991) 41, 1892-1896.
- Giel, R., *Waarom een psychiatrische diagnose*. Alphen a/d Rijn: Samson Stafleu, 1985.
- Groen-Prakken, H., 'Trauma en ontwikkelingsinterferentie. Een diagnostisch onderscheid bij de behandeling van getraumatiseerde kinderen uit een psychoanalytisch referentiekader'. In: *ICODO-info* vol. 8 (1991) 3, 14-31.
- Hovens, J.E., *Research into the psychodiagnostics of Posttraumatic Stress Disorder*. Academisch proefschrift. Delft: Eburon, 1994.
- Jongerius, P.J. en R.F.A. Rylant, *Milieu als methode; theorie en praktijk van de methodische milieuhantering in de GGZ*. Meppel: Boom, 1989.
- Jonghe, F. de, 'Descriptieve en structurele persoonlijkheidspathologie'. In: R.V. Schwarz en D.H. Linszen (red.), *Persoonlijkheidsstoornissen; diagnostiek, behandeling, beleid*. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger, 2e dr. 1992, 33-48.
- Kernberg, O.F. [et al.], 'Narcissitic personality disorder'. In: *The psychiatric clinics of North America* vol. 12 [z.j.] 5, 89 en 505-771.
- Kernberg, O.F., *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson, 1975.
- Kohut, H., *The analysis of the self*. New York: International Universities Press, 1971.
- Kohut, H., *The restoration of the self*. New York: International Universities Press, 1977.
- Kolk, B.A. van der, A.C. McFarlane en L. Weisaeth (ed.), *Traumatic stress, the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford press, 1996.



- Krystal, H., 'Trauma and affects'. In: *The psychoanalytic study of the child* vol. 33 (1978) 81-116.
- Meesters, C.M.G., *Hostility and vital exhaustion as risk indicators of myocardial infarction*. Proefschrift R.U.L. Maastricht, 1995.
- Pelcovitch, D., B.A. van der Kolk, S. Roth, F. Mandel, S. Kaplan en P. Resick, Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (Sides). In: *Journal of Traumatic Stress*, vol. 10 (1997) 1, 3-16.
- Richtlijnen bij de medische causaliteitsbeoordeling. Rapport van de Adviesgroep Protocolering Medische Causaliteitsbeoordeling*. Utrecht: Adviesgroep Protocolering Medische Causaliteitsbeoordeling, 1989.
- Ridder, D. de, *Determinanten van psychische gezondheid; een verkenning van de literatuur*. [Utrecht]: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1990.
- Schreuder, J.N., 'Interview Posttraumatische Nachtelijke Herbelevingen (I.P.N.H.) (1992)'. In: Schreuder, J.N., *Nachtmerries van de oorlog; een onderzoek naar nachtelijke herbelevingen van psychotraumatische oorlogservaringen*. Academisch proefschrift. Delft: Eburon, 1996.
- Sims, A.C.P. [et al.], 'Neuroses and personality disorders; current opinion in psychiatry'. In: *Royal College of Psychiatrists* vol. 2 (1989) 2, 201-258.
- Sloof, C.J., 'Over keuzecriteria voor classificatie-selectie systemen en beoordelingsinstrumenten van psychiatrische stoornissen'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol. 30 (1988) 3, 178-196.
- Op den Velde, W., 'Kinderen van verzetsdeelnemers'. In: W.H.G. Wolters (red.), *PTSS bij kinderen en adolescenten*. Baarn: Ambo, 1988.
- Wulff, H.R., *Principes van klinisch denken en handelen*. Utrecht: Bohm, Scheltema en Holkema, 1980.