

# DE CAUSALITEITSBEOORDELING VAN PSYCHISCHE KLACHTEN VAN OORLOGSGETROFFENEN

*Dz W. Op den Velde\**

## HET OORLOGSTRAUMA

In de wetenschappelijke discussie over late psychische oorlogsgevolgen wordt naar verhouding veel aandacht besteed aan de klachten die kunnen ontstaan. Bij de bestudering van late oorlogsgevolgen is het evenwel ook van belang aandacht te geven aan de traumatische ervaringen. Er wordt gewoonlijk van een traumatische ervaring gesproken indien deze na korte of langere tijd leidt tot psychische klachten, zoals in de vorm van het KZ-syndroom.

Ik wil een poging wagen meer inzicht te krijgen in de aard van traumatische ervaringen. In het DSM-III klassifikatiesysteem wordt een traumatische ervaring omschreven als een gebeurtenis die de normale menselijke ervaring te boven gaat. Dit is een erg algemene omschrijving, die vraagt om een nadere precisering.

In de psychiatrie zijn wij reeds lang bekend met de term psychotrauma. Dit is een vaag omschreven begrip, waarvan uiteenlopende definities worden gegeven.

Wij worden in de praktijk gekonfronteerd met twee vormen van psychotrauma, die ik in navolging van Blijham (1984) wil aanduiden als:

- Emotioneel psychotrauma
- Existentieel psychotrauma

Een emotioneel psychotrauma is een ervaring, die gepaard gaat met een sterk onlustbeleven en gevolgd wordt door psychische klachten, die kortere of langere tijd kunnen aanhouden. Een voorbeeld is het ondervinden van een krenking, gevolgd door een langer dan normaal durende toestand van woede en boosheid. In deze omschrijving is een emotionele ervaring pas dan een psychotrauma, als er aanwijsbare gevolgen zijn in de vorm van psychische klachten.

\*

*Dz W. Op den Velde, psychiater, bij het St. Lucas-ziekenhuis te Amsterdam*

Een existentieel psychotrauma heeft heel andere gevolgen, vooral op lange termijn en daarom is het zinvol dit onderscheid te maken. Indien iemand een posttraumatisch stress-syndroom ontwikkelt, wordt dat altijd voorafgegaan door een existentieel psychotrauma.

Een existentieel psychotrauma is altijd een emotioneel psychotrauma, maar het wordt tevens gekenmerkt door de combinatie van:

1. een schokkende omstandigheid die van buiten af inwerkt
2. een zeer sterk angstbeleven
3. ontwrichting van het bestaan en/of:  
    direkte bedreiging van het leven
4. machteloosheid

Dit zijn gebeurtenissen die de normale menselijke ervaring te boven gaan. Voorbeelden van potentieel existentiële psychotraumata zijn:

natuurrampen  
ernstige ongevallen  
beroving  
verkrachting en aanranding  
gijzeling  
kindermishandeling  
oorlogshandelingen

De ervaring heeft geleerd, en dat is ook via wetenschappelijk onderzoek bevestigd, dat niet alle door een dergelijke kalamiteit getroffen ernstige en blijvende psychopathologie gaan vertonen. Er is geen simpel verband tussen de 'ernst' of de 'aard' van een schokkende gebeurtenis en de psychische gevolgen. Naast de uiterlijke, fysieke omstandigheden spelen persoonlijke factoren een even belangrijke rol. Eenzelfde ervaring is voor de één wel een existentieel trauma, voor de ander niet. Op zich is dit geen bijzonderheid. Dit gegeven komt men voortdurend in de ziekteleer tegen.

Van belang zijn de kenmerken 2 en 4 van de omschrijving van het existentieel psychotrauma, namelijk de intensiteit van het angstbeleven, en of men de gebeurtenissen onderging met een beleven van machteloosheid. Dus persoonlijke factoren, zoals angsttolerantie en de mogelijkheid om de gebeurtenissen te beïnvloeden of zin te geven, zijn van betekenis.

Zo heeft een frontsoldaat die vecht in een oorlog waar hij

volkomen achterstaat minder kans op een posttraumatische stress-stoornis, dan een militair die een strijd moet voeren die voor hem geen wezenlijke zin heeft.

Een verzetsdeelnemer die naar een concentratiekamp werd gedeporteerd kon dat tenminste nog relateren aan een zelf gemaakte keuze en bewust genomen risico's. Een gedeporteerde Zigeuner of Jood kon dat niet.

Het is van belang na te gaan waarin emotionele en existentiële traumatisering zich onderscheiden. In feite staan wij allemaal voortdurend bloot aan emotionele ervaringen, die met onlust gepaard gaan. Een emotioneel psychotrauma is een algemeen menselijke ervaring en daardoor begrijpelijk en invoelbaar.

Een existentieel psychotrauma behoort niet tot de normale menselijke ervaringen. Het is daardoor niet begrijpelijk en niet invoelbaar voor een ander. Als gevolg daarvan komt een existentieel getraumatiseerd mens in een situatie van gevoelsmatig isolement te verkeren. Een aantal van zijn reacties en belangrijkste gevoelens kan hij of zij niet met anderen delen.

In dit verband wordt bij oorlogsgetroffenen in de literatuur veelvuldig de schuldproblematiek genoemd. Dit berust op de opvatting dat existentiële traumata heftige schuldgevoelens veroorzaken, omdat men de kalamiteit heeft overleefd en anderen zijn omgekomen. Ik betwijfel of dat altijd op juiste waarneming berust. Soms lijkt het meer op een poging om niet invoelbare emoties van patiënten te interpreteren. Vele oorlogsgetraumatiseerden kampen met sterke schaamtegevoelens; omdat de onderzoeker niet goed begrijpt wat de bron van de schaamte is, wordt schaamte miskend en aangezien voor schuldgevoel.

Het lijkt mij zinnig om van enkele gebeurtenissen na te gaan of deze mogen worden opgevat als emotioneel dan wel existentieel psychotrauma. Ik ga daarbij na of aan de vier kenmerken van het existentieel psychotrauma wordt voldaan.

A. Het overlijden van een dierbaar persoon. Altijd een schokkende gebeurtenis en een ernstig verlies. Het gevoel van machteloosheid is vrijwel altijd aanwezig. Vaak brengt het ook een ontwrichting

van het bestaan met zich mee. Het kan gepaard gaan met een zeer sterk angstbeleving, maar dat is lang niet altijd het geval. Er is gewoonlijk geen sprake van directe bedreiging van het eigen leven. De konklusie is dat het verlies van een dierbaar persoon in de regel geen existentieel, maar een zwaar emotioneel psychotrauma vormt en gerekend moet worden tot de normale menselijke ervaringen. Zeker als men zich heeft kunnen voorbereiden, afscheid heeft kunnen nemen en er een goede anticipatie heeft plaatsgevonden. Wanneer het overlijden volkomen onverwacht komt, gewelddadig is, of te verwijten is aan de overlevende, kan het wel de kenmerken van een existentieel trauma bezitten.

- B. Het plotseling getroffen worden door een ernstige ziekte, zoals een hartinfarct. Dit voldoet aan de eisen 2, 3 en 4, maar niet aan de eerste eis. Het is een van binnenuit inwerkende kalamiteit, die behoort tot de normale menselijke ervaringen. Het krijgen van een hartinfarct is een ernstige existentiële bedreiging, maar geen existentieel psychotrauma.
- C. Het ondergedoken leven omdat men als Jood door de nazi's wordt gezocht. Dit is een schokkende omstandigheid die van buiten af inwerkt, ontwrichting van het bestaan betekent, een sterke, voortdurend aanwezige angst voor ontdekking oproept en gekenmerkt wordt door machteloosheid. Onderduik betekende voor velen een existentieel traumatiserende situatie.

Bij de psychiatrische beoordeling van een oorlogsgetroffene dient nagegaan te worden of er existentiële psychotraumata hebben ingewerkt. Daarbij dient men zich te informeren over de specifieke oorlogsomstandigheden, maar ook over de wijze waarop deze zijn beleefd. Wanneer men uitsluitend afgaat op de zogenaamde objektieve feitelijke omstandigheden is daarover geen uitspraak mogelijk en maakt de onderzoeker een medische kunstfout.

Bij het onderzoek naar het ontstaan van psychische stoornissen wordt tegenwoordig de aandacht gericht op zogenaamde 'life events' (Koerselman, 1984). Daarbij wordt getracht bepaalde situaties een gewicht als belastende stressfaktor toe te kennen. Het is ondoenlijk om exi-

stentieel traumatische oorlogsomstandigheden in te delen zoals bij het 'life event'-onderzoek wordt gedaan. Dat lukt niet en is waarschijnlijk ook onmogelijk.

In de oudere psychoanalytische literatuur komt men wel de opvatting tegen dat extreme stress pas dan psychotraumatisch doorwerkt, indien door de stressor onverwerkte infantiele conflicten worden gereactiveerd. Deze redenering gaat wel op ten aanzien van bepaalde emotionele psychotraumata, maar voldoet niet als het gaat om existentiële psychotraumata. Deze gedachtengang heeft wel voor veel misverstand gezorgd, omdat sommige psychiaters er nog vanuit gaan dat alleen premorbide neurotische mensen een KZ-syndroom kunnen ontwikkelen, maar dat een gezonde persoonlijkheidsontwikkeling dit vrijwel onmogelijk maakt. Dit is een onwetenschappelijk vooroordeel.

In het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III wordt bij de beschrijving van de posttraumatische stress-stoornissen primair uitgegaan van de gevolgen van een psychotrauma, dat éénmalig gedurende een kort tijdsbestek inwerkt. Maar zowel emotionele als existentiële psychotraumata kunnen langdurig en sequentieel inwerken. Het oorlogstrauma was meestal een opeenvolging van emotionele psychotraumata, die tevens voldeden aan de 4 kenmerken van een existentieel psychotrauma.

#### **BEOORDELING VAN CAUSALITEIT**

Indien psychische klachten de reden vormen om een beroep te doen op één van de oorlogswetten, dient een beoordeling van de causaliteitsvraag plaats te vinden.

Het DSM-III, dat in 1980 werd geïntroduceerd, kent de categorie posttraumatische stress-stoornissen. Voor het eerst werd daarmee in een gangbaar diagnostisch systeem een categorie opgenomen voor de gevolgen van extreme stress. Jaarlijks neemt het aantal publikaties over posttraumatische stress-stoornissen enorm toe. Het is gebleken een valide diagnostisch concept te zijn.

De symptomatologie wordt gekenmerkt door een samengaan van uitingen van ontkenning en herbeleving (Kleber, e.a., 1986). Wanneer men bekend is met de symptomen is de diagnose gewoonlijk niet moeilijk. De neiging tot ontkennen van de samenhang tussen oorlogservaringen en

aktuele klachten, en de neiging tot bagatelliseren behoren tot de symptomatologie. De patiënt zal daardoor de onderzoeker gemakkelijk op een dwaalspoor kunnen brengen. De posttraumatische stress-stoornis is onder de psychiatrische ziektebeelden een uitzonderlijke diagnose, omdat de genese **monocausaal** is.

Wanneer men het posttraumatisch stress-syndroom accepteert en deze diagnose gaat stellen, zijn de problemen bij de causaliteitsbeoordeling echter niet opgelost. Immers, niet alle mensen die in de oorlog in traumatische omstandigheden hebben verkeerd en psychische klachten krijgen, manifesteren deze klachten in een vorm die in het posttraumatische stress-stoornis-concept past. Dit is een gegeven dat vaak over het hoofd wordt gezien. Er kunnen namelijk twee of meer psychiatrische syndromen naast elkaar voorkomen. In het bijzonder de combinatie van een depressieve stoornis en een posttraumatische stress-stoornis komt vaak voor. Minder vaak zien wij de combinatie met een paranoïde stoornis. Bij bejaarden kennen wij ook de combinatie met een dementieel syndroom. Wanneer er een mengbeeld bestaat hebben wij te maken met multicausaliteit.

Het komt ook voor dat mensen met afschuwelijke oorlogservaringen een psychose doormaken. Gewoonlijk voldoet de daarbij waarneembare symptomatologie niet tevens aan de kenmerken van de posttraumatische stress-stoornis. De psychose kan dan volgens DSM-III criteria worden geklassificeerd. Maar die klassifikatie zegt niets over de oorzaak, omdat het DSM-III zich beperkt tot syndromale beschrijving.

Ik heb enkele malen kunnen observeren dat een patiënt met een posttraumatische stress-stoornis een psychose doormaakte met depressieve of schizofreniforme symptomatologie. Tijdens de psychotische fase waren dan de symptomen van de posttraumatische stress-stoornis afwezig. Ik noem dit hier als ervaringsfeit en ik durf hiervoor niet direct een verklaring te geven.

Volgens het DSM-III dienen persoonlijkheidsstoornissen op een tweede as te worden vermeld. Gezien de thans beschikbare onderzoeksgegevens lijkt het alsof er geen relatie tussen posttraumatische stress-stoornis en specifieke persoonlijkheidsstoornissen aantoonbaar is. Dit vooral in de zin dat er geen persoonlijkheidsstoornissen zijn, die een verhoogde kans op het ontwikkelen van een posttraumatische stress-stoornis geven. Een heel andere vraag is in hoeverre existen-

tieel traumatische ervaringen de persoonlijkheidsontwikkeling beïnvloeden. Deze vraag doet zich in het bijzonder voor bij op jonge leeftijd door de oorlog getroffen.

Klassifikatie is een belangrijk onderdeel van psychiatrisch onderzoek, maar dit dient gevolgd te worden door een beschouwing over de psychopathogenese. In de psychopathogenetische rekonstruktie moeten uiteraard ook oorlogservaringen worden betrokken. Wanneer een posttraumatische stress-stoornis bestaat en er oorlogservaringen zijn geweest die voldoen aan de vier kenmerken van het existentieel psychotrauma, is de causaliteitsbeoordeling niet moeilijk.

Een praktisch probleem bij de causaliteitsbeoordeling van psychische klachten komt voort uit het feit dat het ontstaan van de symptomen van de posttraumatische stress-stoornis vaak wordt voorafgegaan door actuele belastende levenservaringen. Zo zien wij niet zelden het begin van de klachten na verlies van werk, een echtscheiding of een ernstige konfliktsituatie. Men dient dan meerdere potentieel ziekmakende invloeden te wegen. Daartoe is een goede biografische analyse onmisbaar. Echtscheiding en verlies van werk voldoen hoogst zelden aan de vier kenmerken van een existentieel psychotrauma. Indien dergelijke belastende ervaringen aanleiding zijn tot psychisch dysfunctioneren uit dat zich in de vorm van wat in het DSM-III de aanpassingsstoornissen wordt genoemd. Deze hebben een geheel andere symptomatologie dan de posttraumatische stress-stoornissen. In de regel neemt de ernst van de klachten af als de echtscheiding of het verlies van werk langer terug ligt. De ernst van de posttraumatische stress-stoornis vertoont niet de natuurlijke tendens tot afnemen in de tijd. Verder is het denkbaar dat de relatie- of werkproblemen voortvloeien uit onverwerkte oorlogsproblematiek. Dan wordt de causaliteitsbeoordeling een ingewikkelde zaak. Men kan dan spreken van een bijdrage aan de causaliteit, in de zin van uitlokkende of verergerende invloeden. Oorzakelijk voor een posttraumatische stress-stoornis is en blijft de existentiële traumatisering.

Indien een psychische decompensatie tot uiting komt, is in de eerste plaats de aard van de symptomatologie leidraad bij het vaststellen van de oorzaken en niet of eventuele oorzaken in de tijd dichtbij of veraf liggen. Er zijn vele ziektegeschiedenissen die duidelijk maken dat er naast de acute, verlate en chronische vorm ook een tardieve

vorm van de posttraumatische stress-stoornis bestaat.

Samengevat dient de causaliteitsbeoordeling het volgende in te houden:

1. a. klassifikatie van de symptomen;  
b. daarbij nagaan of er één of meerdere psychiatrische syndromen aanwezig zijn;
2. a. nagaan of er potentieel existentieel traumatische oorlogservaringen geweest zijn;  
b. nagaan hoe deze ervaringen zijn beleefd;
3. rekonstruktie van de psychopathogenese; daarbij dienen verschillende ziekmakende omstandigheden te worden gewogen: oorzakelijk dan wel verergerend.

De psychopathogenetische rekonstruktie kan soms erg gekompliceerd zijn. Daarbij is leidraad dat in geval van onzekerheid de oorlogsgetroffene het voordeel van de twijfel moet worden gegeven. Door het opnemen van de omgekeerde bewijslast in de wetten voor oorlogsgetroffenen is het voordeel van de twijfel voor oorlogsgetroffenen geen gunst maar een recht geworden.

#### INVALIDITEITSPERCENTAGES

Sommige oorlogswetten kennen bepalingen die inhouden dat de mate van invaliditeit moet worden vastgesteld. Het is gebruikelijk beroepsinvaliditeit in specifieke zin (voor het uitgeoefende beroep) en in algemene zin te onderscheiden. Het begrip invaliditeit is echter niet beperkt tot het vermogen om loonvormende arbeid te verrichten.

Er wordt ook van invaliditeit gesproken indien het vermogen om levensvreugde te ervaren door ziekte of gebrek ernstig wordt beperkt. Dit berust vaak op een gestoord psychisch functioneren. In het kader van de uitvoering van de wetten voor oorlogsgetroffenen dient naar mijn mening het onderscheid tussen deze twee aspecten van invaliditeit systematisch in de beschouwing te worden betrokken.

De specifieke invaliditeit is ons het meest vertrouwd. Dit is gelijk aan het begrip arbeidsongeschiktheid. Er bestaat een grote ervaring en lange traditie met betrekking tot de beoordeling van het vermogen om arbeid te verrichten. In de sociale verzekeringsgeneeskunde is



men sinds het eind van de jaren zeventig de gedifferentieerde vaststelling van invaliditeitspercentages door de medicus meer en meer gaan loslaten. Het ligt in de lijn der ontwikkeling bij oorlogsgetroffenen op vergelijkbare wijze te werk te gaan. Indien iemand in aanmerking komt voor een invaliditeitsuitkering op grond van arbeidsongeschiktheid lijkt het mij redelijk dezelfde normen aan te houden die ook in de sociale verzekeringspraktijk worden gehanteerd. In het algemeen zal men zich dus kunnen konformereren aan de hoogte van een toegekend percentage in verband met de AAW/WAO.

Algemene invaliditeit, in de zin van derving van levensvreugde, is een minder vertrouwd begrip. Het vermogen om levensvreugde te ervaren kan ernstig worden beperkt door symptomen zoals angst, pijn, depressie, depersonalisatie en chronische vermoeidheid. Daarbij gaat het om de inschatting van het lijden. Naast deze directe gevolgen zijn er indirecte beperkingen ten aanzien van het normale functioneren. Daarbij is van belang het vermogen om sociale kontakten te onderhouden, een zinvolle vrije tijdsbesteding te realiseren en op normale wijze in gezinsverband te functioneren.

Schatting van derving van levensvreugde vindt plaats door inleven in het bestaan van de betrokkene en vergelijking met een denkbeeldige 'normale' persoon van dezelfde leeftijd en achtergrond.

Wanneer de schatting van de arbeidsongeschiktheid en de algemene invaliditeit (derving van levensvreugde) uiteenlopen, dient het hoogste percentage aangehouden te worden.

Beide beoordelingen - die van de mate van verlies van arbeidsgeschiktheid en die van de mate van derving van levensvreugde - berusten op een subjektieve inschatting. Het is een pseudo-exaktheid om deze factoren in een gedifferentieerd stelsel van percentages uit te drukken. Daarbij wordt onvoldoende recht gedaan aan het onvermijdelijke arbitraire karakter van deze beoordelingen. Bij de vereenvoudiging en koördinatie van de oorlogswetten dient daarom naar mijn mening gestreefd te worden naar het vervangen van een gedifferentieerd stelsel van percentages door een eenvoudiger indeling in enkele categorieën.

## Literatuur

Blijham, H., Het specifieke bij het existentieel emotioneel stress-syndroom. - In: T. Psychiat. 26 (1984) 8, p. 564-573

Kleber, R.J., D. Brom, P.B. Defares, Traumatische ervaringen: gevolgen en verwerking. - Lisse : Swets & Zeitlinger, 1986.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. - 3rd ed. - Washington, D.C., 1980.

Koerselman, G.F., Life-event-onderzoek en het positivistische misverstand. - In: T. Psychiat. 26 (1984) 5, p. 314-331.

## Diskussie

**Van Bork:** Ik wil graag iets vragen over de machteloosheid. Komt deze ook bij het emotionele trauma voor? Bij het existentiële trauma komt, zoals ik gezien heb, de machteloosheid voor als oorzaak.

**Op den Velde:** Ja, ik denk het wel, machteloosheid kan op zich een emotioneel psychotrauma zijn, maar slechts wanneer aan de vier genoemde kenmerken is voldaan, spreken we van een existentieel trauma.

**Van Bork:** Wanneer men poogt na te gaan welke gebeurtenissen van psychotraumatische betekenis zijn geweest, dan kan men die gebeurtenissen opsporen door de werkhypothese te hanteren dat er van machteloosmakende omstandigheden sprake moet zijn geweest. De gevoelens van machteloosheid blijven in de herinnering opgeslagen en kunnen zich jaren later in lichamelijke angstverschijnselen en in angstdromen manifesteren, zoals ik in Noordwijkerhout heb uiteengezet.

**De Wind:** Ik wil mij graag aansluiten bij wat kollega Van Bork gezegd heeft. Met dat begrip machteloosheid heeft hij een zeer juiste opmerking gemaakt en ik zou er iets aan willen toevoegen. Ik geloof dat het bij het existentiële trauma niet zozeer de

bedreiging met de persoonlijke dood is, maar het ontbreken van de mogelijkheid om met de gebruikelijke afweermechanismen de eigen naderende dood af te wenden. De konfrontatie met de eigen onoverkomelijke dood en de onmogelijkheid deze af te wenden is het wezen van het existentiële trauma.

Dat existentiële trauma deed zich in de meest uitgesproken zin voor in de vernietigingskampen. Wie daar langere tijd verbleef moest inzien dat elke vorm van afweer tegen de naderende dood volkomen onmogelijk was. Daarom was er slechts de mogelijkheid om in een psychotische situatie te raken. Het vernietigingskamp is wel genoemd: 'the psychotic world', de psychotische wereld waarin geen enkele van de normale criteria van het leven meer geldend is. In die situatie geldt ook geen enkele van de normale afweervormen. Dan kan nog slechts een regressieve afweer, zoals een masochistische of paranoïde afweer, de volledige chaos voorkomen. Een dergelijke regressie blijkt na de oorlog, wat zich ook moge voordoen in de derde sequentie, haast onoverkomelijk te zijn. Deze situatie is de maximale situatie, waarmee ik geenszins wil zeggen dat in andere, minder extreme situaties geen lijden kan voorkomen dat tot latere invalidering kan leiden. Ik wijs bijvoorbeeld op het boek van Tournier over Robinson Crusoe. Daar zien we de ontwikkeling van een psychose, literair beschreven, vanaf een volkomen normale zeeman naar een volslagen dwaze psychotische toestand, omdat de eigen naderende dood, een konfrontatie van 20 jaar, tot een heel dwaas psychotisch beeld aanleiding gaf. De Duitsers hebben dat goed geweten en om deze volstrekte onmogelijkheid om te overleven hebben ze de gaskamer het 'douchehok' genoemd.

**Musaph:** Ik wilde nader ingaan op de voorgaande opmerkingen. Op de eerste plaats moet ik zeggen dat ik bijzonder tevreden ben over de voordracht van kollega **Op den Velde**.

Ik zou willen wijzen op een groep mensen die we allemaal kennen, mensen die uit de concentratiekampen zijn teruggekomen en die vanaf 1945 tot nu toe geen enkele dokter hebben geraadpleegd. Ik wil niet zeggen dat ze geen klachten hadden, maar hun afweermechanismen, de opbouw van hun persoonlijkheid, de steun van hun omgeving, en de sequentie waar Keilson over geschreven heeft, beïnvloedden hun gedrag zodanig dat zij tot de groep behoren die ik noemde "het wonder der

herrijzenis". U weet hoe slecht deze mensen zijn opgevangen. Deze mensen, en ze behoren tot mijn naaste omgeving, hebben geen dokter geraadpleegd. Dit is natuurlijk wel erg belangrijk in verband met de statistieken die gemaakt worden over de aantallen oorlogsgetroffenen.

Een ander punt waar ik op wil wijzen is dat er ook groepspsychologische mechanismen een rol spelen bij het aanbieden of inroepen van hulp. Wanneer ik naga hoe de populatie waar ik mee te maken heb in de afgelopen twintig, dertig jaar is opgebouwd, dan zie ik een verschuiving. Om met het laatste te beginnen, de groep oorlogsgetroffenen uit de Japanse kampen en dat geldt niet alleen de eerste, maar ook de tweede generatie, is zeer laat gekomen. Dat wil niet zeggen dat zij eerder geen klachten hebben gehad, maar er zijn klaarblijkelijk krachten werkzaam geweest die voorkwamen dat zij medische hulp inriepen. Dit hangt niet alleen met hun groepspsychologie samen, maar ook - en dat geldt natuurlijk ook voor andere groepen die in concentratiekampen hebben gezeten - met het feit dat men zo'n angst had zich ziek te melden omdat dat in een concentratiekamp het enorme risico inhield dat men werd vermoord. Dat werkt door. Maar er is bovendien nog iets anders. De groepsdynamiek van de mensen uit de Japanse kampen is zodanig dat zij zeker meer gezagsgetrouw zijn dan de andere groepen, de Joden en de verzetslieden, en dat zij daardoor ook het gevoel hadden minder recht te hebben op steun van de overheid. En tot slot is er de instelling bij veel Indische Nederlanders om hun eigen boontjes te doppen.

Ik wil er hier kortom heel kort op wijzen dat er vele factoren werkzaam zijn die bepalen met welke aantallen we te maken hebben wanneer we spreken over oorlogsgetroffenen in Nederland. Dit moeten we zeker differentiëren.

**Op den Velde:** Ik deel uw ervaringen en ik moet zeggen, wanneer ik grafieken of statistieken hierover zie, en ik zie om maar eens een voorbeeld te noemen dat in een bepaald land 90% van de overlevenden van de Holocaust het goed maken, dan denk ik, dat is heel plezierig voor die 90%, maar die 10% die het kennelijk niet goed maken interesseren mij veel meer. Dat percentage zegt niets over het leed van het individu dat door de kalamiteit is getroffen.

**Wijnberg:** Ik heb ongeveer een jaar voor de RUBO gewerkt als keurend

arts en ben daarna verbonden aan de Stichting Pelita als vertrouwensarts. Het is mijn ervaring dat er voor de Indische mensen minder aandacht is geweest. Ik heb hen altijd leren kennen als mensen die hun problemen vreselijk lang opzouten en een soort trots hebben om toe te geven dat ze gelaedeerd uit de kampen zijn gekomen. Ik kan met kollega **Musaph** meegaan dat ook andere factoren ertoe geleid hebben dat ze later kwamen. Verder heb ik de ervaring dat de Nederlanders over het algemeen toch een relatief geringere problematiek hadden, terwijl bij de Indische mensen steeds ernstiger problemen naar voren kwamen. En wat mij vreselijk geschokt heeft is dat van de WUBO-aanvragen 95% van deze categorie afgewezen is. Dat is een probleem waar we mee zitten en waar misschien een bepaalde vorm van advies voor nodig is, hoe is dit mogelijk en hoe is er iets tegen te doen.

**Mourits:** Ik wil een kanttekening maken bij het genoemde percentage dat bij de WUBO is afgewezen, want het ligt beduidend lager. Ik denk dat het niet juist zou zijn wanneer hiervandaan de suggestie zou worden gewekt dat 95% van de WUBO-aanvragen wordt afgewezen. We moeten die cijfers nog eens nader bekijken.

**Keilson:** Ik zou graag enkele opmerkingen willen maken. Ikzelf ben allergisch voor de formulering "existentieel trauma". Het herinnert mij aan bepaalde Duitse filosofische stromingen die ik op zichzelf kan waarderen, maar in samenhang met man-made-disaster-traumatisering verafschuw. Op de tweede plaats heb ik de indruk dat de problematiek die hier te berde wordt gebracht, geadstrueerd is aan de hand van patiënten die volwassen waren toen de 'man-made-disaster' begon. De populatie van mijn onderzoek, geboren tussen 1924 en 1943, is nu 43 tot 63 jaar oud. Mijn populatie bestond voor 10% uit kinderen die uit de concentratiekampen waren teruggekomen, de anderen waren onderduikkinderen, oorlogswezen. Ik noem u die cijfers enkel om te laten zien dat het spektrum van de sequentiële traumatiseringen uiterst gedifferentieerd is. Omdat de abstracte formulering van oorlogsstress één van de abstrakties is die vooroordelen kweken en bovendien tot misverstanden aanleiding geven. De wetenschap bestaat vanuit wetenschapstheoretisch standpunt niet, er bestaan verschillende soorten wetenschap en zo bestaan er ook verschillende soorten van traumatisering.

Ik ken mensen die op jeugdige leeftijd ondergedoken waren, die qua psychopathologische effecten niet onderdoen voor kinderen die uit de concentratiekampen zijn teruggekomen. Hiermee wil ik in geen enkel opzicht de indruk wekken alsof leed te vergelijken is. Leed is niet te vergelijken, het is ook niet te meten. Matussek en Von Baeyer hebben dat ook zeer uitdrukkelijk in hun publikaties vastgesteld. Ik vraag mij dus af in hoeverre het gebruik van het woord 'oorlogsstress' tot misverstanden leidt, omdat de traumatisering immers niet afgelopen was in 1945. Dat is eenvoudig wetenschappelijk onjuist. Bovendien zou ik erop willen attenderen dat, dat heeft reeds Von Baeyer en veel vroeger Thygesen, de Deense onderzoeker, gesteld: van de diagnostiek, hoe belangrijk zij voor ons psychiaters ook is, valt geen toegang te verwachten tot de traumatisering. Von Baeyer zegt dat zeer juist. En Thygesen heeft dat in 1947 reeds gepubliceerd. Weliswaar heeft hij de zeer interessante formulering gevonden dat Deense neurologen en psychiaters in die tijd met het probleem te kampen hadden dat zij een diagnostiek moesten vinden voor hun Deense verzetsstrijders en concentratiekampbewoners die in overeenstemming was met de bestaande Deense wetgeving. In deze formulering ligt het probleem van de socio-kulturele retardatie besloten waarvoor elke wetgeving zich in feite geplaatst ziet. Ik heb in 1946 in het kader van een symposium een referaat gehouden over psychiatrische 'Begutachtung' voor door de nazi's vervolgd. Ik heb erop gewezen dat de verschillende paradigma's die in de psychiatrie bestaan, leiden tot grote verschillen tussen psychiaters bij hun kijk op de psychopathologische resultaten van traumatisering. Ik heb bovendien in 1986 in Hamburg bij een advocaat die over de dossiers beschikt van 1500 Sinti die hij vertegenwoordigd heeft voor de rechtbank, de meest ergerlijke uitspraken gevonden van Duitse psychiaters die verder eigenlijk heel goed bekend staan. Hiermee wil ik enkel aanduiden dat de stelling van de kollega's Schudel en Peplinkhuizen, die pleiten voor een objektief causale beschrijving van traumatisering, volkomen een wassen neus is. Het gaat namelijk niet om de objektiviteit, het gaat om de relevantie. Von Baeyer heeft dat zeer duidelijk geformuleerd. Degene die de traumatisering als zodanig innerlijk kan volgen is in staat over traumatisering een uitspraak te doen. Het is onmogelijk om met objektieve criteria te werken. Het verwijt van de objektieve onderzoekers, dat wij die zelf vervolgd zijn blinde vlekken

hebben en niet objectief kunnen beoordelen wat er gebeurd is, leidt er in de praktijk toe - en het onderzoek van Schudel en Peplinkhuizen heeft dat duidelijk gedemonstreerd - dat diegenen die er zogenaamd wel objectief tegenover staan zelf nog meer blinde vlekken hebben.

**Durlacher:** Als niet-psychiater wil ik me niet in de discussies op vaktechnisch gebied begeven, maar ik wil toch een enkele opmerking maken. In de omschrijving van het existentieel trauma wordt het woord 'angstbeleving' genoemd. Ik denk echter dat het in uw praktijken nogal eens voorkomt dat er van angstbeleving nauwelijks gewag gemaakt wordt. Het was namelijk zo dat wij eigenlijk geen angst meer hadden. Dat wil zeggen, er was een gordijn voor onze geest gekomen; wij waren gedepersonaliseerd. En als er later gevraagd werd, 'wat voor angst heb je gehad?', dan zul je heel vaak horen, 'angst had ik niet'. Die was ons al ontnomen. We leefden als beesten, van dag tot dag. En als er nu gevraagd wordt naar symptomen van angst, dan moeten we ons heel goed herinneren, wat beleefden we eigenlijk? We beleefden niets. We waren koeien. Een koe zal ook geen antwoord kunnen geven, of zij angst gehad heeft. En als dit niet in de visie betrokken wordt dan zal bij een aantal mensen gezegd worden, 'jij voldoet niet aan het label, jij hebt geen existentieel trauma, want waar is die angst?'

**Op den Velde:** Ik heb met het noemen van die vier criteria een poging gedaan om voor mijzelf wat meer inzicht te krijgen in de verschillen tussen de psychotraumata, omdat ik zo vaak in de praktijk van de causaliteitsbeoordeling meemaak dat die dingen op één hoop worden gegooid. Er wordt vaak gezegd: 'hij heeft weliswaar in een kamp gezeten, maar daarna ging het toch goed? Toen had hij geen psychische klachten.' 'Op een gegeven moment is het op zijn werk misgegaan, toen heeft hij ruzie met zijn baas gekregen, toen is hij ontslagen en daarna depressief geworden. Dus de causaliteit is heel duidelijk, het gaat om een werkkonflikt, niks geen oorlogsverleden.'

Dat heeft me altijd geërgerd, gestoord en kwaad gemaakt, dat dingen op één hoop worden gegooid, zonder te pogen ze uit elkaar te halen. Ik heb een poging daartoe gedaan, maar heb met het noemen van het angstbeleven niet een konditie bedoeld die langdurig in de tijd aanwijsbaar moet zijn om daarvan te kunnen spreken. Dat kennen we ook

uit andere ervaringen, bijvoorbeeld bij traumatiserende omstandigheden die te maken hebben met kalamiteiten die eenmalig, kortdurend inwerken. Want we moeten ons realiseren dat het DSM-III konsept is gebaseerd op eenmalige kalamiteiten die kortdurend inwerken: berooving, verkrachting, vliegtuigongeluk. Dat zijn de dingen die daar genoemd worden. Terwijl daarentegen de oorlog een opeenvolging was van emotionele traumata, die ook vaak de kenmerken van een existentieel trauma hadden. Dat was, om met Bastiaans te spreken, een traumatische situatie. Dat is toch iets dat heel anders doorwerkt dan dat je eenmalig zoiets schokkends doormaakt. Ik heb zeker niet het idee dat angstbeleving voortdurend aanwijsbaar moet zijn, of dat degenen die de traumatisering hebben ondergaan dat steeds hebben moeten ervaren. Het kan ook gebeuren dat je door je angst heen-schiet, dat zelfs het vermogen angst te beleven je ontnomen wordt.

**Souget:** Ik wou nog even terugkomen op mengbeelden, want die komen vrij veel voor en dan gaat het vaak om twee heel verschillende trauma's, het existentieel trauma en de onverwerkte rouw om dierbaren die zijn overleden. Deze twee dingen houden veel verband met elkaar voor het verwerken en ik krijg de indruk dat bij sommige mensen de rek uit het verwerkingsmechanisme is. Dan krijg je twee tegengestelde krachten die je eigenlijk bij ieder die zich meldt voor psychotherapie ziet. Aan de ene kant de behoefte aan herstel van evenwicht en aan de andere kant het vermijden van nieuwe rangschikking, herordening van het psychisch apparaat. Hoe sterk die weerstand is tegen die herordening kennen we uit de normale praktijk. Kortom, hun natuurlijke neiging om te vermijden aan de verwerking te beginnen is extreem sterk, omdat de mensen aanvoelen dat ze het niet verwerken kunnen. Dat is een krachtenveld dat heel lang in evenwicht kan blijven, waarbij de vermijding het wint. Zo heb je dus de paradox dat juist de mensen die het ergst getraumatiseerd zijn, het het langst vermijden om hulp te zoeken. Velen schatten het goed in, in die zin dat als het ze meezit ze het ook zo kunnen houden, maar als het tegenzit en er gebeurt iets extra's, dan wordt het ontlokt. Zoals gebeurde bij een vrouw die al jaren in deze toestand verkeerde en beslist niet van plan was om hulp te zoeken. Bij een medisch onderzoek werd bij haar een carcinoom gevonden en toen duidelijk werd, dat ze nog maar kort te leven had, golfde in een uur



tijd alles wat ze verdrongen had over haar heen. Ik wilde dit aspect speciaal noemen om af te rekenen met de mythe dat mensen die heel lang geen 'klachten' hebben gehad ook niet meer voor hulp in aanmerking zouden moeten komen.

**Op den Velde:** Dat sluit heel goed aan bij wat ik heb geprobeerd te zeggen. Ik heb geprobeerd te wijzen op het gevaar van het gebruik van DSM-III, namelijk dat als men dat systeem toepast de zaak klaar zou zijn. Dat is bij de psychiatrische beoordeling zeker niet het geval. Ik heb gezegd: daarna moet een psychopathogenetische rekonstruktie plaatsvinden. Ik vind dat wat u aangeeft en illustreert een toelichting is op hoe een pathogenetische rekonstruktie moet verlopen. Daar moet je inderdaad die dingen tegen elkaar afwegen en daar een beeld van gaan vormen.

**De Loos:** Naar aanleiding van wat door Durlacher naar voren werd gebracht schoot mij de associatie te binnen hoe het moderne psycho-biologische onderzoek aan het licht heeft gebracht dat het mogelijk is dat door heftige pijn pijn-ongevoeligheid wordt geïnduceerd. Het is mogelijk dat dat via het endorfine systeem gebeurt. Het lijkt mij lang niet ondenkbaar dat dergelijke endocrine of hersenhormonale systemen ook hier een rol spelen en ik denk dat het een reëel fenomeen is dat zich misschien nog wel voor wetenschappelijke beschrijving zal lenen.

**Hovens:** Ik wil graag instemmen met wat kollega De Loos zei. Uit onderzoek bij eenmalige, kortdurende trauma's is gebleken dat mensen op dat moment geen angst beleven, maar dat er pas achteraf sprake is van angstbeleving.

**Van Blaaderen-Stok:** Ik heb uit het voorgaande begrepen dat objectief regeren niet mogelijk is, dat er altijd sprake is van een politieke keuze. Welke politieke keuze kunnen wij nu maken en de regering eventueel aanbieden? Ik heb daar een overweging bij. Ik dacht een combinatie van A plus B. A is traumatisering in de oorlog; op zich geen grond voor regeringssteun. B is de diagnose van psychisch ziek geworden zijn, het KZ-syndroom. Als daarbij traumatisering van de oorlog zich ook voordoet, zou daar een steunrecht uit moeten volgen. Omdat het niet meetbaar is, wordt hierbij niet relevant geacht de differentiatie van de causale werking van pre-oorlogstraumata,

post-oorlogstraumata en oorlogstraumatisering. Hierin wordt dus geen causaliteit aangebracht. Evenmin in de mening of de patiënt op een vroeger of later tijdstip tot de ontdekking komt dat zijn KZ-syndroom samenhangt met die oorlog; dus de tijd waarop dat manifest wordt.