

# Traumatische oorlogs-ervaringen en psychogeriatrische ziektebeelden

D.H. Sipsma\*

## Inleiding

Kan ik op grond van mijn praktijkervaring aangeven of er een relatie kan bestaan tussen traumatische oorlogservaringen en het optreden van psychopathologie in het senium?

Als een dergelijke relatie verondersteld zou kunnen worden, is de tweede vraag: hoe manifesteren zich traumatische oorlogservaringen in psychogeriatrische ziektebeelden?

Tot slot: zou er een verband kunnen worden verondersteld tussen deze ervaringen en het optreden van organische psychosyndromen, zoals de ziekte van Alzheimer en de multi-infarctdementie?

## Methode en onderzoek

Niets is moeilijker en gevaarlijker dan conclusies te trekken uit ervaringsgegevens die niet zijn verzameld op basis van het doel waarop de conclusies betrekking moeten hebben. Eenvoudiger gesteld: als je de bovengestelde vragen zou willen beantwoorden moet je eigenlijk jarenlang gegevens verzamelen die betrekking hebben op de relatie traumatische oorlogservaring/psychopathologie in het senium. Op die wijze heb ik geen gegevens verzameld, ik moet dus achteraf naar die relatie kijken in een gegevensverzameling die niet met dat doel is opgebouwd. Bij mijn weten is er niet eerder een studie verricht naar de oorlogservaring van ouderen die in een psychogeriatrisch verpleeghuis zijn opgenomen.

In het psychogeriatrisch verpleeghuis 'Nieuw Toutenburg' wordt bij opneming een uitvoerige levensgeschiedenis van de patiënt gevraagd aan de familie dan wel aan andere referenten. Er wordt daarbij niet expliciet gevraagd naar oorlogservaringen! Ik heb alle levensgeschiedenissen doorgenomen van de ongeveer zeventig bij ons opgenomen mannen, zoals deze door de relaties zijn verteld. Bij tien van hen werden onaangename ervaringen in de oorlog aangetroffen. Dat zegt niets over de ervaring van de zestig anderen, omdat er niet expliciet naar werd gevraagd. Het zegt uiteraard wel wat over deze tien. Blijkbaar waren deze ervaringen zodanig, dat de betrokken referenten ze spontaan hebben meegedeeld aan degene die de hetero-anamnese afnam.

## De ziektegeschiedenissen

Van de tien ziektegeschiedenissen heb ik er zes uitgekozen om ze hier kort te presenteren. Van de overige vier waren de gegevens te weinig concreet en consistent over de oorlogsperiode om daar enige betekenis aan te kunnen toekennen. Eén van deze vier was 'fout' geweest in de oorlog, maar er bestond weinig duidelijkheid in het verhaal over zijn beleving van de naoorlogse periode.

\* D.H. Sipsma is geriater en oud-directeur van een psychogeriatrisch verpleeghuis.

### *Patiënt 1*

De heer A.B., geboren in 1915.

Na de lagere school werd hij evenals zijn vader gardenier. Hij is op 24-jarige leeftijd gehuwd en wordt beschreven als een zeer solitaire man met vaste principes. De heer B. is in de oorlogsperiode gedurende ongeveer een jaar in een kamp in Duitsland geweest en heeft daar naderhand nooit over gepraat. Hij was een gesloten mens en heeft ook nimmer gepraat over het overlijden van een tweejarig zontje, zijn echtgenote, een vriendin en een kleinkind. De heer B. zou dit altijd in stilte hebben verwerkt. Een half jaar voor de opneming in 'Nieuw Toutenburg' is hij onrustig en verward geraakt. Hij was erg gedesoriënteerd en kwam tot niets meer.

Bij onderzoek gedurende de eerste periode van opname vinden wij een patiënt met ernstige inprentingsstoornissen en wisselende desoriëntatie in tijd en plaats. Hij vertoont een sterke faalangst. Op grond van zijn vasculaire anamnese en enkele focale verschijnselen wordt de diagnose op een multi-infarct dementie gesteld.

### *Patiënt 2*

De heer C.D., geboren in 1915.

Hij is een boerenzoon. In zijn vroege jeugd brandde de boerderij van zijn ouders tweemaal af. In de crisisjaren heeft hij het zeer slecht gehad. Na de lagere school is de heer D. via de ULO naar de kweekschool gegaan. In de Tweede Wereldoorlog heeft hij actief meegedaan aan het verzet en is langdurig ondergedoken geweest. Na de Tweede Wereldoorlog is hij eerst gaan varen als matroos op de kustvaart. Daarna heeft hij erg veel gestudeerd. De heer D. was zeer muzikaal, bespeelde vele instrumenten, sprak een groot aantal talen. Hij wordt beschreven als een zeer eigenzinnig mens en heeft ongeveer een jaar voor opname een CVA doorgemaakt. Daardoor is hij afatisch geworden. Sindsdien vertoont hij een grote mate van onrust en gedrevenheid. In het ziekenhuis was de heer D. niet te handhaven. Thuis kon hij zichzelf niet meer handhaven.

### *Patiënt 3*

De heer E.F., geboren in 1912.

Patiënt is een schipperskind. Zijn vader was stuurman op de nachtboot van Lemmer naar Amsterdam. Na de lagere school is hij matroos geworden op de kustvaart. Tijdens de oorlog is de boot waarop hij voer beschoten. De heer F. heeft twee jaar lang met zeer ernstige brandwonden in Engeland in een ziekenhuis gelegen. Sindsdien zou hij vreemd zijn geworden. Hij was zeer solitair, ongehuwd. Hij maakte misbruik van alcohol. In laatste jaren vergeetachtig geworden en begon zichzelf te verwaarlozen. In zijn huis stonden overal potten met verschimmeld eten en met

faeces. 's Nachts zwierf hij op straat rond. In ondervoede toestand en met een longontsteking werd hij in een ziekenhuis opgenomen en vervolgens naar een verpleeghuis overgeplaatst. Er is cognitief verval over een breed front. Er is geen sprake van ziektebesef. Klinisch wordt de diagnose gesteld op een seniele dementie van het Alzheimerstype.

#### *Patiënt 4*

De heer G.H., geboren in 1913.

Hij is geboren in Rotterdam. Zijn vader had een bouwbedrijf. Dit bedrijf ging failliet toen patiënt twaalf jaar oud was. Sindsdien heeft hij een panische angst voor schulden gehad. Na de MULO heeft de heer H. de handelsavondschoon doorlopen en is gaan werken bij een handelsbedrijf. Hij wordt beschreven als een zeer oprechte man. In 1941 ging hij bij de politie om tewerkstelling in Duitsland te ontlopen. De heer H. is zeer actief geweest in het verzet en heeft deel uitgemaakt van diverse knokploegen. Hij is niet opgepakt geweest. Toen hij 47 jaar oud was, kreeg hij last met de verwerking van zijn verzetsperiode. De heer H. is toen lange tijd thuis geweest. Dit was ook de reden dat hij geen inspecteur van politie kon worden en op 65-jarige leeftijd is gepensioneerd. De eerste jaren heeft hij goed van zijn pensioen genoten, samen met zijn zeer kunstzinnige vrouw. In 1980 begon hij enigszins vergeetachtig te worden. Soms had de heer H. zeer agressieve perioden en last van hallucinaties. Ook heeft hij een paar keer een TIA doorgemaakt. Geleidelijk ontwikkelde zich een dementieel syndroom met Parkinsonverschijnselen. Door zijn zeer agressieve gedrag was hij thuis niet meer te handhaven en moest worden opgenomen.

#### *Patiënt 5*

De heer K.L., geboren in 1904.

Patiënt heeft een erg moeilijke jeugd gehad. Toen twee van zijn zusjes aan de Spaanse griep overleden, moest zijn moeder in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen. Hij heeft slechts een paar klassen van de lagere school kunnen doorlopen, omdat hij moest werken op het boerenbedrijf. De heer L. is op 35-jarige leeftijd gehuwd en wordt beschreven als een man die zeer hoge eisen aan zichzelf stelde. In 1940 heeft hij gevochten op de Afsluitdijk en kwam daarbij terecht tussen Duits en Nederlands vuur. Hoewel hij niet gewond raakte, greep hem dit zodanig aan, dat hij psychisch volledig decompenseerde en in het psychiatrisch ziekenhuis gedurende lange tijd moest worden verpleegd. Daarna heeft hij zich goed hersteld. De heer L. was veehouder en bovendien zeer actief in diverse kerkelijke organisaties. Het overlijden van zijn echtgenote in 1977 kon hij niet verwerken. Hij bleef vereenzaamd en verwaarloosd in zijn boerderij wonen. Nadat hij een cerebrovasculair accident had doorgemaakt, raakte de heer L. geestelijk totaal uitgeblust, maar had ook perioden van ongeremde agressie.

## Patiënt 6

De heer M.N., geboren in 1900.

De heer N. heeft een zeer armoedige jeugd gehad. Hij was boerenarbeider en is op 24-jarige leeftijd gehuwd. Hij wordt beschreven als een zeer conservatieve man, die uitsluitend in zwart-wit kon denken. In de Tweede Wereldoorlog heeft de heer N. in het verzet gezeten en onder andere aan joden onderdak geboden. Hij is verraden, opgepakt en zeer ernstig mishandeld. Sindsdien is hij nimmer meer de oude geworden. Een nieuw trauma ondervond hij jaren later, toen een goede vriend van degene die hem verraden had in de kerker kwam. Een ander psychotrauma was het feit, dat zijn hele veestapel geslacht moest worden wegens de ziekte van Bang, hetgeen later niet juist bleek te zijn. In 1974 overleed zijn echtgenote. De heer N. bleef alleen op de boerderij, verkocht zijn vee en ging geleidelijk aan geestelijk achteruit. Hij verwaarloosde zichzelf en had perioden van verwardheid. Bij onderzoek blijken er vrij ernstige geheugenstoornissen te bestaan, hoewel er nog enig leervermogen is. Er is een lichte achteruitgang van zijn intellectuele functies. Voorts is er sprake van een vrij ernstige apraxie. Klinisch werd de diagnose gesteld op de ziekte van Alzheimer. Zijn oorlogservaringen vormen voor hem nog steeds een belangrijk onderwerp van gesprek.

### Beschouwing van de ziektegeschiedenissen

Als we deze zes ziektegeschiedenissen aan een nadere beschouwing onderwerpen, dan zijn er een aantal opvallende zaken.

a. De persoonlijkheidsstructuur.

Er wordt gesproken van de volgende kenmerken: solitair, vaste principes, eigenzinnig, zeer oprecht c.q. recht door zee, hoge eisen stellen aan zichzelf, conservatief zwart-wit denken. Uiteraard kunnen wij geen waardeoordeel verbinden aan de omschreven persoonlijkheidskenmerken c.q. karaktereigenschappen, maar het zijn stuk voor stuk kenmerken die gemakkelijk gepaard kunnen gaan met conflicten.

b. Ervaringen in de vroege jeugd.

Bij vier van de zes beschreven personen vinden we onaangename c.q. traumatische ervaringen in de jeugd.

c. Andere psychotraumata.

Bij vier van de zes personen vinden we naast de traumatische oorlogservaringen nog andere moeilijk te verwerken gebeurtenissen.

d. Relatie oorlogstrauma en psychische ziekte.

Bij twee personen (nr. 3 en nr. 6) bestaat er een vrij direct verband tussen beide punten. Bij de vier overigen vormt de oorlogservaring één factor in een rij van ongunstige levensgebeurtenissen.

e. Directe relatie tussen het oorlogstrauma en de psychische ziekte.

Bij één van de zes personen is er een direct verband aanwezig tussen de oorlogservaringen en het begin van een in totale ontredde eindigende levensgeschiedenis.

- f. Bij alle zes is er sprake van enigerlei vorm van een organisch psychosyndroom, een seniele dementie van het Alzheimer-type, een multi-infarct dementie, een Parkinsondementie-syndroom.

Hoewel er, zoals eerder gesteld, op grond van de gegevens van deze zes personen geen enkele uitspraak mogelijk is over de oorzakelijke relatie tussen een dementieel syndroom en psychotraumata, komt toch wel een bepaald beeld naar voren. Naast de overigens niet genoemde erfelijke aanleg spelen persoonlijkheidsontwikkeling en de daaruit voortkomende persoonlijkheidsstructuur, de 'problem coping capability', gezamenlijk een rol. Dit past heel goed in het paradigma van de psychogeriatric, namelijk de kwetsbaarheid die kenmerkend is voor de oudere personen die op latere leeftijd decompenseren.

De geschetste psychogeriatric problemen zijn ook vanuit de organische kant te benaderen. Deze benadering is zeker niet strijdig met de hierboven genoemde. De meeste organische psychosyndromen kenmerken zich door een verlies van integratief vermogen. De mogelijkheid om verstand en gevoel in harmonie te houden vermindert, evenals de mogelijkheid tot kritisch en analyserend denken, waarbij dikwijls de toekomst leeg is geworden en het verleden een steeds grotere belevingswaarde kan krijgen. Bij het verminderen van het integratief vermogen op basis van organisch cerebraal verval kunnen zeer traumatische ervaringen van vroeger, die soms jarenlang zijn weggedrukt, naar boven komen. De betekenis daarvan voor de belevingswereld van de persoon is bijzonder moeilijk in te schatten. Soms zien wij bij dementiële processen dat ook objectief veel minder belangrijke gebeurtenissen

Foto: Bert Verhoeff  
(Hollandse Hoogte)



uit een vroegere periode een onevenredige emotionele lading krijgen. Het zijn de 'moeke roepers', personen bij wie ten gevolge van het dementiële proces een regressie optreedt in welke geestestoestand een vroeg kinderlijke verlatingsangst een grote emotionele lading krijgt. Overigens moet men bij dementerende patiënten erg voorzichtig zijn met het te snel interpreteren van de emotionele betekenis van vroegere gebeurtenissen. Vaak hebben zij een sterk stereotiep karakter en weinig echte emotionele inhoud. Aan de andere kant zien wij ook dat door het dementiële proces zwaar emotioneel beladen gebeurtenissen sterk worden afgevlakt en nauwelijks meer betekenis hebben. Het is zeker bij demente patiënten bijzonder moeilijk te bepalen in hoeverre er echt sprake is van verwerkingsproblematiek voor doorgemaakte psychotraumata.

Inzake de relatie traumatische oorlogservaringen en het optreden van psychische decompensatie in het senium zou ik het volgende willen stellen: er is mijns inziens zeker geen direct causaal verband aanwezig, met andere woorden: de ervaringen alleen leiden niet tot de verstoring van het psychisch evenwicht op oudere leeftijd. Zij kunnen echter wel een factor vormen, die samen met een reeks van andere factoren het psychisch evenwicht op latere leeftijd kunnen verstoren. Schetsmatig zijn er de volgende mogelijkheden te onderscheiden.

- a. De traumatische ervaringen hebben een zodanige invloed gehad op het totale socio-psychosomatische functioneren van de persoon, dat zij leiden tot een verhoogde kwetsbaarheid. Door deze verhoogde kwetsbaarheid worden deze mensen extra gevoelig voor de diverse ongunstige sociale, lichamelijke en geestelijke condities die in het senium kunnen voorkomen. Als het evenwicht verstoord raakt mede ten gevolge van organisch cerebrale factoren, dan kunnen de ervaringen uit het verleden soms een extra lading krijgen.
- b. De traumatische ervaringen uit de oorlogsperiode worden redelijk verwerkt, dan wel verdrongen. Als door een reeks van andere oorzaken in het senium psychische decompensatie optreedt, bijvoorbeeld door een ziekte van Alzheimer of een multi-infarct dementie, kunnen de verwerkte of verdrongen ervaringen weer een rol gaan spelen in de kleuring van het ziektebeeld. In de eerste plaats komen de oorspronkelijke persoonlijkheidskenmerken op verscherpte wijze naar voren. In de tweede plaats kunnen traumatische ervaringen uit de oorlogsperiode een rol spelen bij de hevige angst en agressie die wij als regel bij demente patiënten niet zien. Daarbij moet overigens wel worden gesteld, dat de gedragsafwijkingen die demente patiënten vertonen vaak ook sterk afhankelijk zijn van de plaatsen in de hersenen waar het ergste verval van zenuwcellen optreedt. Zo zien wij bijvoorbeeld bij de patiënten met een multi-infarct dementie waar vooral in het fronto-orbitale gebied infarcten zijn opgetreden, ernstige ontstemmings- en ontremmingstoestanden optreden. Deze toestanden treden ook op bij patiënten

die geen uitgesproken psychotraumata hebben doorgemaakt. Hebben zij deze wel doorgemaakt, dan kunnen zij de ontstemmings- en ontremmingstoestanden kleuren.

- c. Bij psychogeriatrische ziektebeelden zonder cognitieve stoornissen, zoals depressies en paranoïde toestanden (die in deze groep niet voorkomen) lijkt het oorzakelijk verband tussen de psychotraumatische oorlogservaringen en de optredende psychische ziekte soms duidelijker te zijn. In het algemeen echter is de relatie tussen psychotraumatische gebeurtenissen in het verleden en het optreden van een seniele depressie niet eenvoudig vast te stellen. Depressies op oudere leeftijd zijn dikwijls uitermate complex van structuur. Meestal hebben deze depressies sterke vitale kenmerken, zoals het ontbreken van eetlust, het hebben van problemen met de stoelgang, slaapstoornissen en een groot aantal lichamelijke klachten. Op onze psychogeriatrische polikliniek zien zij een enkele maal patiënten met depressies die deels zijn terug te voeren op traumatische oorlogservaringen. Ik zag een tweetal patiënten die een concentratiekamp hebben overleefd, in Duitsland en in Japan, en die vervolgens één of meer kinderen en hun echtgenoten overleefden en zwaar gebukt gingen onder schuldgevoelens. Er kan vermoedelijk dan gesproken worden van een 'survival guilt', die de aanleiding vormt tot een optredende neerslachtigheid. Bij de paranoïde syndromen in het senium, die niet gepaard gaan met cognitieve stoornissen, zien wij meestal een combinatie van sterke vereenzaming en een gebrek aan zintuiglijke stimuli. Traumatische oorlogservaringen kunnen dan het ziektebeeld kleuren. Men heeft angstige gedachten over dreigende martelingen of acoustische hallucinaties.

De begeleiding van de psychogeriatrische patiënt met traumatische oorlogservaringen

Het zal op grond van bovenstaande wel duidelijk zijn geworden, dat de begeleiding van patiënten met organische psychosyndromen en traumatische oorlogservaringen een geheel andere is dan van de patiënten die niet cognitief gestoord zijn. Algemene regels zijn niet te geven. Essentieel is de voorafgaande analyse van het proces van evenwichtsverstoring. Alle eerder genoemde factoren zoals erfelijkheid, persoonlijkheidsstructuur en andere traumatische ervaringen alsmede lichamelijke factoren samen met de hersenafwijkingen zullen het ziektebeeld bepalen. In de meeste gevallen is het niet juist expliciet in te gaan op de oorlogservaringen. Dit kan soms zelfs zeer contraproductief zijn, omdat de betrokken patiënt het integratieve vermogen mist. We zien dit ook als we ingaan op andere traumatische levensgebeurtenissen. Dikwijls zien wij dan bij de patiënt de onrust toenemen. Zeker als het praten over de oorlogservaringen een sterk stereotiep karakter heeft bij de patiënt en betrekkelijk weinig emotioneel beladen is, moet men hier niet op ingaan. Daarbij komt dat als het mentale afbreekproces verder voortschrijdt, de ervaringen uit het verleden vaak geen rol van betekenis meer spelen. De leef- en denkwereld is klein en regressief geworden. De ervaringen zijn mogelijk niet

verdwenen, maar spelen geen storende rol meer. Hoewel bij de niet cognitief gestoorde psychogeriatrische patiënten de betekenis van psychotraumatische ervaringen aanzienlijk anders kan liggen, moet men zeker bij de hoogbejaarde patiënt voorzichtig zijn met het te nadrukkelijk aandacht schenken aan de traumatische ervaringen. Het aanbieden van voldoende contacten en sociale en zintuiglijke stimuli in het algemeen, naast eventuele medicamenteuze ondersteuning, is in eerste instantie voldoende. Indien bijvoorbeeld de depressie of de paranoia is verbleekt, kan er een nieuwe situatie ontstaan als blijkt dat de verwerkingsproblematiek als een evenwichtsbedreigende conditie is blijven bestaan.

#### Eindconclusie

Aan psychotraumatische oorlogservaringen bij psychogeriatrische patiënten moet alleen dan expliciet aandacht worden geschonken wanneer ze bij het ontstaan en de verschijningswijze van het ziektebeeld een dominante rol spelen. Altijd moet worden nagegaan welke plaats deze ervaringen innemen, naast een groot aantal andere ongunstige condities die uiteindelijk hebben geleid tot het psychogeriatrische ziektebeeld.

Dit artikel is een bewerking van een voordracht.