

Het causale verband na meer dan zestig jaar

Een beschouwing over de mogelijkheid het causale verband tussen traumatische oorlogservaringen en huidige gezondheidstoestand meer dan zestig jaar later vast te stellen

Prof. Dr. B. J. N. Schreuder

Harderwijk
1 augustus 2004

Inhoud

- 1. Kader van de opdracht en de vraagstelling**
- 2. Welke personen en welke traumatische oorlogservaringen (de wetten)**
- 3. De huidige gezondheidstoestand**
- 4. De causaliteit / het causale verband**
- 5. Factoren die invloed kunnen hebben op de beoordeling en vaststelling van het causale verband**
- 6. Effect van de leeftijd op de kwaliteit van persoonlijke herinneringen**
- 7. Beantwoording van de vraagstelling**
- 8. Geraadpleegde literatuur**

1. Kader van de opdracht en de vraagstelling

De Tweede Kamer heeft de Staatssecretaris verzocht om te rapporteren over de toekomst van de wetten voor oorlogsgetroffenen en om hierbij specifiek aandacht te schenken aan de uitvoerbaarheid van deze wetten. Bij deze rapportage staat centraal hoe in de eindfase van de wetten op een verantwoorde wijze blijvende inhoud kan worden gegeven aan de kerndoelstelling van het wettelijk stelsel voor oorlogsgetroffenen: het op grond van de beginselen van bijzondere solidariteit en ereschuld bieden van compensatie aan oorlogsgetroffenen en hun nabestaanden voor de financiële gevolgen van door de oorlog veroorzaakte invaliditeit, ziekte of gebreken. De factor tijd bemoeilijkt steeds meer een goede wetstoepassing ten aanzien van *eerste aanvragen*, met name de wettelijk vereiste verificatie en de causaliteitsbeoordeling.

In deze beschouwing wordt getracht een antwoord te geven op de vraag (brief mevrouw drs. P. Huitsing d.d. 28 april 2004)

Is het mogelijk, en zo ja in welke mate, om bijna 60 jaar na het einde van WO II, tot een verantwoorde vaststelling te komen van de samenhang tussen de gezondheidssituatie (van een steeds ouder wordend persoon) van nu en hetgeen men in WO II heeft meegemaakt?

Het gaat in de eerste plaats om oorlogsgetroffenen die traumatische ervaringen meemaakten (in deze notitie verder kortweg de “doelgroep” genoemd), in de tweede plaats om hun huidige gezondheidstoestand en in de derde plaats om de samenhang tussen de doorstane ervaringen en de huidige gezondheidstoestand (hier verder het “causale verband” genoemd).

Uitgaande van deze drie elementen moet de beantwoording van de vraagstelling een uitspraak behelzen over:

- de (on)mogelijkheden van het (psychiatrische) onderzoek om een causaal verband vast te stellen;
- de invloed van de leeftijd van de doelgroep op de mogelijkheid om een causaal verband vast te stellen meer dan 60 jaar nadat de gebeurtenis(sen) heeft (hebben) plaatsgevonden; in het bijzonder wordt hierbij gedacht aan de kwaliteit van het geheugen van de onderzochte persoon.

Eerst wordt ingegaan op de doelgroep, de huidige gezondheidstoestand en het causale verband.

Daarna zullen, voorafgaande aan de beantwoording van de vraagstelling, de factoren worden besproken die invloed hebben op de beoordeling van het causale verband: de (on)mogelijkheden van het psychiatrische onderzoek en de kwaliteit van de persoonlijke herinneringen.

Er werd hier vanwege de beschikbare tijd afgezien van een samenvatting over de voorgeschiedenis van wat er over het causale verband tbv de wetten voor oorlogsgetroffenen is geschreven en gedaan. Hiervoor zij verwezen naar de betreffende rapporten.

2. Welke personen en welke traumatische oorlogservaringen (de wetten)

De hier van belang zijnde wetten hebben betrekking op (ex)Nederlanders, die lichamelijk of psychisch letsel hebben opgelopen als gevolg van de gebeurtenissen in Nederland of het voormalig Nederlands-Indië tijdens de Tweede Wereldoorlog en de Bersiap-periode (ongeregeldheden in het voormalig Nederlands-Indië van 15 augustus 1945 tot 27 december 1949).

Het betreft dan de volgende personen en wetten:

- Slachtoffers van vervolging door de Duitse en Japanse bezettende machten (Wuv);

- Burgeroorlogsslachtoffers (waaronder slachtoffers van bombardementen en beschietingen, personen die in Duitsland tewerkgesteld werden, etc.) en slachtoffers van de Bersiap-periode in Nederlands-Indië (Wubo);
- Deelnemers aan het verzet in Nederland (Wbp);
- Zeelieden die arbeidsongeschikt zijn geworden door de oorlog of vaarplicht (Wbpzo);
- Deelnemers aan het verzet in Nederlands-Indië (Wiv);
- Personen in Nederland die na de oorlog zijn geboren en kosten voor psychotherapie maken (Tvp).

De vraagstelling heeft geen betrekking op personen die na de oorlog geboren zijn. De leeftijd van de doelgroep is van belang voor de beoordeling van het causale verband. De kwaliteit van persoonlijke herinneringen (die voor het vaststellen van een causaal verband onontbeerlijk zijn) hangt samen met de leeftijd. Hierop wordt ingegaan in paragraaf 6.

3. De huidige gezondheidstoestand

Bij de beoordeling van de huidige gezondheidstoestand wordt hier uitgegaan van psychiatrische symptomen en ziektebeelden. Somatische symptomen en ziekten worden buiten beschouwing gelaten. Afwijkingen in de status psychicus kunnen leiden tot de vaststelling van een psychiatrische ziekte. Het psychiatrische onderzoek gebeurt in de regel aan de hand van diagnostische criteria. Er zijn twee handboeken die voor deze criteria worden gebruikt:

- het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (het DSM; laatste herziene versie DSM-IV-r; APA, 2003); en
- de International Classification of Diseases (ICD; WHO 1992/1994).

Het voordeel van het DSM is standaardisering van de diagnostiek waardoor het meten met gelijke maten mogelijk is. Deze standaardisering wordt nagestreefd door symptomen zoveel mogelijk te beschrijven in termen van zichtbaar gedrag en stoornissen daarmee te definiëren. Dit betekent dat er van uit gegaan mag worden dat er bij het vaststellen van een bepaalde ziekte aan een omschreven aantal criteria is voldaan. Bovendien lenen de DSM-criteria zich redelijk goed voor gebruik bij wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor is het mogelijk een empirische basis op te bouwen voor de psychiatrische praktijk.

Nadeel van het DSM is dat het niets of heel weinig zegt over de oorzaken die aan een ziekte ten grondslag liggen. Het DSM is een fenomenologisch systeem, zoveel mogelijk gebaseerd op zichtbare of gerapporteerde symptomen en waarneembaar gedrag. De criteria zijn opgesteld aan de hand van consensusbesprekingen tussen deskundigen en zijn dus arbitrair. Op enkele uitzonderingen na kan op grond van het DSM geen conclusie worden getrokken over de oorzaken van een vastgestelde ziekte. De ICD is gebaseerd op klinische observatie en ervaring. Op grond van beide handboeken kunnen in principe dus geen uitspraken worden gedaan over een causaal verband.

In wetenschappelijk onderzoek (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Chilcoat & Breslau, 1998; Neria & Bromet, 2000) is vastgesteld dat na het blootstaan aan schokkende gebeurtenissen verschillende psychiatrische ziektes kunnen worden vastgesteld. Meestal worden deze verdeeld in specifieke en niet-specifieke. De meest specifieke diagnoses zijn de acute stressstoornis (ASS) en de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Beide worden gerekend tot de angststoornissen. Op de langere termijn kan een "PTSS met een verlaat begin" ontstaan. Deze PTSS met verlaat begin kan tot vele jaren na de schokkende ervaring optreden zelfs als er in de tussenliggende periode niet of nauwelijks symptomen zijn geweest.

In dit laatste geval wordt wel gesproken van het “latente interval” dat wel tot op hoge leeftijd kan duren.

Tot de gemeenschappelijke criteria van deze stoornissen behoren de drie symptoomcategorieën herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid, alsmede het criterium dat

“de betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:

- (1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen;
- (2) tot reacties van betrokkene behoorden intense angst, hulpeloosheid of afschuw. N.B.: Bij kinderen kan dit zich in plaats hiervan uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag”.

Opvallend in deze formulering en voor het psychiatrisch onderzoek van bijzonder belang is de vermelding van *de directe reactie van de betrokkene op de gebeurtenis*. Tijdens het onderzoek moet dus een indruk worden verkregen van de directe reactie waarvoor ook het verslag van de betrokkene zelf noodzakelijk is. In het algemeen zal echter bij het vaststellen van de diagnose geen grote waarde worden gehecht aan wat iemand zegt over zijn directe reactie op een gebeurtenis als die gebeurtenis vijftig jaar of langer geleden heeft plaatsgevonden.

Verder geldt als criterium voor de stoornissen dat ze in significante mate lijden of beperkingen moeten veroorzaken in sociaal of beroepsmatig functioneren, dan wel in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Over de validiteit van deze diagnoses bestaat een redelijke overeenstemming. De fenomenologie en aard van de gevolgen op de zeer lange termijn levert meer stof voor discussie. Het gaat dan vooral om de vraag of er persoonlijkheidsveranderingen kunnen optreden ten gevolge van schokkende ervaringen. In de International Classification of Diseases (ICD) worden de late, chronische gevolgen van overweldigende stress, dat wil zeggen gevolgen die tientallen jaren na de stressvolle ervaring tot uitdrukking komen, geclassificeerd als “duurzame persoonlijkheidsverandering na een catastrofale ervaring bij personen zonder premorbide persoonlijkheidsstoornis (F62.0).” Als overweldigende stress worden in de ICD genoemd: concentratiekampervaringen, marteling, langdurige blootstelling aan levensbedreigende situaties. Teneinde de diagnose te kunnen stellen is het in de ICD-10 (WHO, 1992) essentieel om *de aanwezigheid vast te stellen van eigenschappen die daarvoor niet gezien werden*, zoals: (a) een vijandige of wantrouwende houding tegenover de wereld; (b) sociale teruggetrokkenheid; (c) gevoelens van leegte of hopeloosheid; (d) een chronisch gevoel van ‘op scherp staan’ als bij voortdurende dreiging; en (e) vervreemding. De persoonlijkheidscategorieën van de ICD-10 zijn (nog) niet empirisch getoetst. De PTSS kan aan deze persoonlijkheidsverandering voorafgaan. De laatste kan dan gezien worden als een chronische irreversibele voortzetting van de PTSS. Dit is echter niet noodzakelijk. De ICD-beschrijving omvat persoonlijkheidseigenschappen, geen symptomen.

Een vergelijkbare categorie posttraumatische persoonlijkheidsveranderingen ontbreekt in het DSM. Een poging om de diagnose ‘Complexe PTSS’ of ‘DESNOS’ (‘Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified’; Jongedijk R.A., Carlier I.V.E., Schreuder B.J.N., Gersons B.P.R., 1996) – later ‘Disorders of Extreme Stress’ (‘DES’) genoemd – in het DSM-IV op te nemen mislukte, omdat de symptoomcategorieën als te weinig specifiek werden beoordeeld. In het algemeen zullen veel symptomen of kenmerken zoals ze in de DES(NOS)-diagnose beschreven staan, kunnen worden gevonden bij mensen die lijden onder de gevolgen van schokkende ervaringen. Een probleem met de DES(NOS)-diagnose is de onevenwichtigheid

tussen categorieën van symptomen en categorieën van kenmerken. De vijf voorgestelde categorieën omvatten (a) veranderingen in regulering van affectieve arousal, (b) veranderingen in aandacht en bewustzijn, (c) somatisatie, (d) chronische karakterologische veranderingen en (e) veranderingen in betekenissystemen.

Veelal gaat specifieke psychopathologie zoals de PTSS vergezeld van niet-specifieke psychopathologie. In dat geval kan worden gesproken van co-morbiditeit, het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer diagnoses bij één patiënt. Drie diagnosegroepen worden vaak in samenhang met een PTSS gezien: depressies, aan een middel gebonden stoornissen en andere angststoornissen. Co-morbiditeit zou erop kunnen wijzen dat de stoornissen berusten op gemeenschappelijke onderliggende processen, maar dit hoeft niet het geval te zijn. De PTSS wordt zeer frequent – vaker dan op basis van toeval mag worden aangenomen – samen met andere ziektebeelden aangetroffen. De co-morbiditeit met depressie en aan een middel gebonden stoornissen is het hoogst. Daarna volgen andere angststoornissen (Kessler et al, 1995; Chilcoat en Breslau, 1998). Bij mannen is de co-morbiditeit van PTSS met alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid het hoogst, gevolgd door depressie. Bij vrouwen is het andersom: de co-morbiditeit van PTSS met depressie is het hoogst, daarna volgen de aan een middel gebonden stoornissen.

Hoewel in de beschrijving van de dissociatieve stoornissen niet het verband wordt gelegd met schokkende ervaringen, moeten deze stoornissen zeker in dit verband worden genoemd. De dissociatieve stoornissen worden namelijk gekenmerkt door “verlies van de normale integratie van persoonlijke herinneringen, van het besef van identiteit en van de directe zintuiglijke gewaarwordingen en van de controle over de motoriek” (ICD-10, WHO 1992/1994, p. 173). Hieruit blijkt het belang van de dissociatieve fenomenen voor de gevolgen van schokkende ervaringen. Tijdens het blootstaan aan een schokkende ervaring kan sprake zijn van dissociatie. Veel slachtoffers van seksueel misbruik en mishandeling vertonen dissociatieve stoornissen (Cole en Putnam, 1992; Van der Hart en Nijenhuis, 1998). In vergelijking met patiënten met andere psychiatrische diagnoses rapporteren patiënten met dissociatieve stoornissen significant meer en ernstiger schokkende ervaringen (Nijenhuis, 1991). Vooral seksueel misbruik en mishandeling in combinatie met affectieve verwaarlozing worden gerapporteerd. Dissociatieve stoornissen worden het best voorspeld door een vroeg in het leven begonnen ernstige, chronische en multiële traumatisering (Nijenhuis, 1999).

Samenvattend kan gezegd worden dat bij de beoordeling van de huidige gezondheidstoestand de stoornissen die specifiek samenhangen met het blootstaan aan schokkende ervaringen en die bij de hier van belang zijnde groep van oorlogsslachtoffers zouden kunnen worden vastgesteld, zijn:

- PTSS (met verlaat begin),
- posttraumatische persoonlijkheidsveranderingen, en
- dissociatieve stoornissen.

De specificiteit berust op min of meer directe verwijzing van symptomen of de inhoud van symptomen (zoals nachtmerries) naar de traumatische ervaring.

Minder specifiek en vaak in samenhang met de eerst genoemde groep komen voor

- depressie,
- aan een middel gebonden stoornissen, en
- andere angststoornissen.

Als de symptomen niet op enigerlei wijze verwijzen naar de traumatische ervaring dan is eigenlijk van deze groep stoornissen niet vast te stellen dat ze ermee samenhangen.

Een probleem bij de beoordeling vormt de directe reactie van de betrokkene op de gebeurtenis. Gegevens hierover zijn afhankelijk van de kwaliteit van de persoonlijke herinneringen (zie paragraaf 6).

4. Causaliteit/causaal verband

Om na te gaan of iemand erkend kan worden als vervolgingsslachtoffer, burgeroorlogsslachtoffer of verzetsdeelnemer verricht de Pensioen- en UitkeringsRaad historisch en medisch onderzoek. Het medisch onderzoek dient om vast te stellen wat de (huidige) gezondheidstoestand is en of er een samenhang is met de meegemaakte oorlogservaringen. Deze samenhang wordt causaal verband of causaliteit genoemd. Het is beter om de term “medische causaliteit” zoals te doen gebruikelijk te reserveren voor causaliteit ten gevolge van medisch handelen. Daarvan is hier dus geen sprake. Bij het vaststellen van het causale verband geldt de omgekeerde bewijslast.

Een causaal verband kan binnen een natuurwetenschappelijk perspectief en een geesteswetenschappelijk (hermeneutisch) perspectief worden opgevat. Natuurwetenschappelijk betekent een causaal verband het wetmatige verband tussen oorzaak en gevolg. Geesteswetenschappelijk betekent een causaal verband dat de gevolgen van een gebeurtenis kunnen worden begrepen uit een context en een betekenis. Geconstateerd moet worden dat de huidige praktijk van de beoordeling van de causaliteit in het kader van de wetten voor oorlogsgetroffenen meer in de geesteswetenschappelijke als in de natuurwetenschappelijke zin moet worden begrepen. Dit heeft er mee te maken dat het in de psychiatrie nog nauwelijks mogelijk is gebleken om op empirische wijze causale verbanden vast te stellen. Er zijn dus op dit gebied nog maar nauwelijks onderzoeken die een direct causaal verband ondersteunen. Voor het aantonen van een causale samenhang tussen bepaalde gebeurtenissen en een latere ziekte moet de psychiater dan ook zoveel mogelijk informatie verzamelen om een mogelijke samenhang tussen de schokkende ervaring en de huidige ziekte aannemelijk te maken. Het geesteswetenschappelijke (hermeneutische) perspectief is hierbij noodzakelijk.

Hierbij komt dat men thans aanneemt dat het ontstaan van een psychiatrische ziekte multicausaal of multiconditioneel bepaald is. Dit wil zeggen dat een ziekte berust op een wederkerige invloed van aanleg en omgeving. Zo kunnen kwetsbaarheid en veerkracht, naast latere invloeden op de verwerking, de psychologische en psychiatrische gevolgen van een schokkende ervaring beïnvloeden.

Samenvattend kan gesteld worden dat bij de beoordeling van een causaal verband tussen een schokkende gebeurtenis en de huidige ziekte noodzakelijkerwijs een geesteswetenschappelijke methode wordt gevolgd. Een uitspraak over een causale samenhang kan dan ook niet verder gaan dan kwalificaties als “aannemelijk” of “waarschijnlijk.”

Belangrijk is dus het oordeel van de arts en de kracht van argumenten waarop deze een al of niet veronderstelde causale samenhang baseert.

Dit laat onverlet dat bij de beoordeling wel van wetenschappelijk onderzoek gebruikt gemaakt kan worden. Immers bij de beschouwing over de veronderstelde causale samenhang kan wetenschappelijk onderzoek de kracht van de argumenten versterken, al kunnen er geen wetmatigheden uit worden geconcludeerd die herleid kunnen worden tot het individuele geval.

5. De beoordeling en vaststelling van het causale verband

Voor de beoordeling van een causale samenhang wordt, naast het historisch onderzoek, een medisch onderzoek verricht. Tijdens dit laatste worden gegevens verkregen uit directe observatie, en uit het gericht onderzoeken en navragen van huidige symptomen met name van die symptomen die wijzen op specifieke stoornissen in de huidige gezondheidstoestand. Tevens wordt – zeker bij eerste aanvragen – uitgebreide informatie van de behandelende sector opgevraagd. Indien deze gegevens er zijn, kunnen ze soms decennia teruggaan. Ze vormen een belangrijke bron van informatie.

Op de betrouwbaarheid van bovenstaande gegevens heeft het vorderen van de leeftijd weinig invloed.

Daarnaast zijn voor het vaststellen van een causaal verband gegevens van belang die gebaseerd zijn op het levensverhaal van de betrokkene, “autobiografische” gegevens. Deze “autobiografische” gegevens hebben betrekking op:

- context en betekenis van de schokkende ervaring voor de betrokkene;
- de directe reactie van de betrokkene op de schokkende ervaring (criterium van de PTSS);
- of de aanwezigheid van symptomen en persoonlijkheidstrekken voorafgaande aan de traumatische ervaring afwezig of in mindere mate aanwezig waren (criterium van de duurzame persoonlijkheidsverandering na een catastrofale ervaring bij personen zonder premorbide persoonlijkheidsstoornis);
- het beloop van de klachten gedurende het leven na de oorlog;
- andere traumatische ervaringen;
- de verwerking.

Op deze gegevens heeft de kwaliteit van het langetermijngeheugen van de betrokkene wel invloed. Hierop wordt nu ingegaan.

6. Effect van de leeftijd op de kwaliteit van persoonlijke herinneringen

Voor de vraagstelling is de kwaliteit van het autobiografisch geheugen van belang. Immers, vanuit een hermeneutisch perspectief is het noodzakelijk om te weten welke persoonlijke betekenis aan een gebeurtenis wordt toegekend. Dit komt ook tot uitdrukking in het criterium van de PTSS waarin staat omschreven hoe de directe reactie op de gebeurtenis moet zijn geweest. Bij de beoordeling van het causale verband maakt de arts dan ook gebruik van informatie over de betekenis die een gebeurtenis heeft gehad voor de persoon zelf. Omdat de belangrijkste bron van deze informatie de persoon zelf is, moet op de kwaliteit van de persoonlijke herinneringen kunnen worden vertrouwd. Tevens geldt dit natuurlijk ook voor de feitelijke informatie over de gebeurtenis(sen).

Infantiele amnesie

Het levensverhaal zoals wij ons dit herinneren is opgebouwd uit persoonlijke herinneringen die heel specifiek zijn voor de persoon zelf. Deze persoonlijke herinneringen, en de onderliggende mechanismen waardoor ze tot stand komen, worden wel samengevat in de term het autobiografisch geheugen. Thans wordt aangenomen dat het autobiografisch geheugen vanaf de leeftijd van ongeveer vier jaar begint te functioneren (Pillemer & White, 1989; Pillemer, 1998). Dit hangt samen met de rijping van de hersenen en van de psychische functies en tevens met het op gang komen van de taal. Dit wil zeggen dat persoonlijke herinneringen vanaf die leeftijd structuur en context beginnen te krijgen, ze krijgen een verhaalvorm. Dit betekent overigens niet dat er vóór de leeftijd van vier jaar geen herinneringen kunnen zijn. Deze herinneringen zijn echter weinig tot niet gestructureerd en

missen context. Ze zijn daarom gefragmenteerd en associatief. Aan de betrouwbaarheid van herinneringen die betrekking hebben op de leeftijd van vóór vier jaar moet dan ook worden getwijfeld. Dit wordt infantiele amnesie genoemd.

Kinderen jonger dan vier jaar kunnen wel zogenaamde lichaamsherinneringen (impliciet geheugen) hebben. Dit zijn geen cognitieve herinneringen, maar geconditioneerde gedragingen die door bepaalde prikkels kunnen worden geactiveerd. Dit uit zich bijvoorbeeld bij getraumatiseerde volwassenen in heftige onbegrepen schrikreacties waarvan de aanleiding aanvankelijk niet wordt begrepen, maar die bij nader onderzoek blijkt terug te gaan naar vroege traumatische ervaringen. Hoewel dus een traumatische ervaring niet kan worden verteld, kunnen er toch klachten zijn die met zo'n vroege traumatisering samenhangen. Per definitie kunnen impliciete herinneringen niet bewust worden opgeroepen. Voor het onderzoeken van persoonlijke herinneringen speelt het impliciet geheugen dan ook geen rol.

Achteruitgang van cognitieve functies op oudere leeftijd

De leeftijd speelt ook nog op een andere manier mee in de kwaliteit van de persoonlijke herinneringen. Vanaf ongeveer zestig jaar begint bij veel gezonde mensen een geleidelijke achteruitgang van de cognitieve executieve functies zoals het leren en herinneren van nieuwe informatie (Ardila & Rosselli, 1989; Albert, 1994). Dit is echter niet bij iedereen zo. Er is een grote individuele variatie. De cognitieve achteruitgang heeft in de eerste plaats betrekking op het vasthouden van nieuwe informatie (leren) en in de tweede plaats op het vergeten van informatie die wel al was vastgelegd (Ardila & Rosselli, 1989; Munro Cullum et al, 1990; Mejia et al, 1998; Zelinski & Stewart, 1998). De achteruitgang in deze functies werd door De Luca en medewerkers ook gevonden in een groep van 50 tot 64 jaar (De Luca et al, 2003). In een vergelijking van de leeftijdsgroep van 50-70 met die van 75-95, scoorde de oudste groep significant slechter op verschillende cognitieve taken (Munro Cullum et al, 1990).

Herinneringen aan gebeurtenissen van langer geleden blijven overigens redelijk stabiel, ook nog op hoge leeftijd (Huppert, 1991). Verder blijkt dat herinneringen aan de essentie van een gebeurtenis tot op hoge leeftijd redelijk betrouwbaar zijn en dat herinneringen aan feitelijke details juist veel slechter worden met het vorderen van de leeftijd (Denburg et al, 2003).

Op grond van het beschikbare wetenschappelijke onderzoek kan worden aangenomen dat er, met in achtname van een grote individuele spreiding, bij gezonde mensen ouder dan zestig jaar een cognitieve achteruitgang begint op te treden die overigens het geheugen voor gebeurtenissen van lang geleden (en in het bijzonder de strekking van die gebeurtenissen) het minst treft. Tussen de leeftijden van zeventig en de tachtig jaar neemt deze cognitieve achteruitgang sneller toe en betreft dan ook in enige mate herinneringen van langer geleden.

In een overzicht van het experimentele onderzoek op dit gebied concludeert Christiansen (1992) dat zeer negatieve emotionele gebeurtenissen relatief goed worden onthouden, zowel wat betreft de emotionele ervaring zelf als ook wat betreft de centrale details van de gebeurtenis die de emotie teweegbracht. Emotionele herinneringen zijn in vergelijking met neutrale herinneringen zeker niet slechter, soms zelfs gedetailleerder en nauwkeuriger.

Dit in combinatie met het gegeven dat de strekking van een gebeurtenis tot op hoge leeftijd goed wordt onthouden, wetigt de conclusie dat persoonlijke herinneringen aan schokkende gebeurtenissen tot op hoge leeftijd redelijk betrouwbaar moeten worden geacht.

Herbelevingen

Juist bij oudere mensen kunnen herbelevingen van de schokkende ervaring optreden. Soms krijgt men deze herbelevingen voor het eerst, soms zijn ze al langer aanwezig maar in minder heftige vorm. Het meemaken van een herbeleving is een ervaring die veel angst teweegbrengt vooral vanwege het levensechte en heldere karakter ervan. Soms gaat een herbeleving gepaard

met gedrag dat bij de situatie van de herbeleving past. Meestal treedt een herbeleving in de slaap op. De herbeleving kan worden opgevat als een zeer heldere herinnering. Als een herbeleving nauwkeurig kan worden beschreven, moet men in het algemeen ervan uitgaan dat deze accuraat verwijst naar de schokkende ervaring. Herbelevingen vormen een symptoomcategorie van de posttraumatische stressstoornis.

Informatie met een hoog subjectief gehalte

Er is wel informatie van lang geleden die vermoedelijk minder betrouwbaar is. Zo is het onwaarschijnlijk dat de reactie op een gebeurtenis die zich zestig jaar geleden voltrok nog in de juiste nuances wordt herinnerd. Ook is het onwaarschijnlijk dat iemand informatie kan verstrekken over of bepaalde persoonlijkheidstrekken al aanwezig waren voorafgaande aan de schokkende gebeurtenis die zestig jaar of langer geleden plaatsvond. Het betreft hier in beide gevallen niet-feitelijke gegevens met een hoog subjectief gehalte. De genoemde gegevens worden gebruikt bij het vaststellen van de diagnose PTSS, resp. persoonlijkheidsverandering. Dit bemoeilijkt het stellen van de diagnose. Hierbij moet wel de kanttekening worden geplaatst dat deze geringe betrouwbaarheid niet samenhangt met een oudere leeftijd op zich.

Ziektes, geheugenverlies en geheugenbias

Ziektes kunnen een storende invloed hebben op de kwaliteit van de persoonlijke herinneringen. Uiteraard geldt dit voor de verschillende vormen van dementie waarbij het geheugen juist specifiek wordt aangetast.

Ook kan van kwaliteitsverlies van het geheugen sprake zijn in de vorm van wat genoemd wordt geheugenbias die meestal het gevolg is van ziekte. Voorbeelden zijn stemmingscongruente vertekening en veralgemenisering. Stemmingscongruente vertekening treedt op onder invloed van de stemming ten tijde van het zich herinneren. Vooral bij mensen met een depressieve stemmingsstoornis kunnen herinneringen aan gebeurtenissen een veel negatievere lading krijgen. Veralgemenisering treedt op bij patiënten met een depressie of een posttraumatische stressstoornis en duidt op het onvermogen zich details van gebeurtenissen te herinneren. Dit staat het herinneren van gebeurtenissen in principe niet in de weg. Deze vormen van geheugenbias gelden onveranderlijk en in dezelfde mate voor alle leeftijdscategorieën. Het toenemen van de termijn vanaf de oorlog heeft hier dus geen invloed op.

Psychologische rijping

Tenslotte is er, als het om context en betekenis gaat, ook nog de psychologische rijping van het individu. Deze heeft invloed op de verwerking van een schokkende gebeurtenis. Personen die ten tijde van de traumatische oorlogservaringen (jong) volwassen waren, konden zich in principe ten volle bewust zijn van wat er gebeurde. Zij waren in principe in staat de ervaringen te plaatsen in een bredere context en de betekenis ervan te begrijpen. Dit laatste geldt in veel mindere mate of niet voor personen die oorlogservaringen meemaakten als kind (van ongeveer vier jaar tot de jonge volwassenheid). Zij waren zich weliswaar bewust van wat er gebeurde, maar zij konden daaraan nog geen volwassen context en betekenis geven. In principe kunnen zij zich de schokkende oorlogservaringen wel herinneren. Uiteraard is er wel een met de leeftijd toenemend begrip van wat er gebeurde.

Het nut van leeftijdscategorieën

Afgezien van specifieke stoornissen is er dus een leeftijdeffect op het geheugen als het gaat om zeer vroege herinneringen van voor het vierde jaar en als het gaat om het ophalen van herinneringen op een leeftijd ergens boven de zeventig jaar. Verder speelt psychologische rijping een rol. Voor de beantwoording van de vraagstelling werd daarom een onderverdeling

in drie leeftijdscategorieën gemaakt (tabellen 1 en 2). De grenzen van deze categorieën zijn arbitrair en moeten worden gezien in het licht van een aanzienlijke individuele variatie.

Tabel 1. Globale leeftijdscategorieën oorlogsslachtoffers WO II

<i>Leeftijd in 1945</i>	<i>Geboortejaar</i>	<i>Leeftijd in 2004</i>	<i>Categorie WO II</i>
a. Jong volwassene (18 jaar en ouder)	1927 en eerder	77 jaar en ouder	Verzetsdeelnemers, zeelieden en een groot deel van de vervolgings- en burgeroorlogsslachtoffers
b. Van 4 t/m 17 jaar	Tussen 1927 en 1941	63 – 77 jaar	Vervolgings- en burgeroorlogsslachtoffers
c. Jonger dan 4 jaar	Tussen 1942 en 1945	59 – 63 jaar	Vervolgings- en burgeroorlogsslachtoffers

Tabel 2. Globale leeftijdscategorieën slachtoffers van de Bersiap-periode in Nederlands-Indië

<i>Leeftijd in 1949</i>	<i>Geboortejaar</i>	<i>Leeftijd in 2004</i>	<i>Categorie</i>
a. Jong volwassene (18 jaar of ouder)	1931 en eerder	73 jaar en ouder	Slachtoffers van de Bersiap-periode
b. Van 4 t/m 17 jaar	Tussen 1931 en 1945	59 - 73 jaar	idem
c. Jonger dan 4 jaar	Tussen 1946 en 1949	55 – 59 jaar	idem

De groep die aan het einde van de oorlog jong volwassene of ouder was

Voor de beide groepen van 18 jaar en ouder geldt dat gegevens over de algemene strekking van schokkende gebeurtenissen redelijk betrouwbaar moeten worden geacht en dat feitelijke autobiografische gegevens vermoedelijk minder betrouwbaar zijn.

Er zullen mensen ouder dan 77 jaar zijn die een accuraat geheugen hebben. Verder geldt dat personen die ten tijde van de traumatische oorlogservaringen (jong) volwassen(e) waren, zich in principe ten volle bewust konden zijn van wat er gebeurde. Zij waren in principe in staat de ervaringen te plaatsen in een bredere context en de betekenis ervan te begrijpen. Dit in combinatie met het gegeven dat de herinneringen aan de strekking van een gebeurtenis tot op hoge leeftijd adequaat blijft, maakt dat bij de beoordeling de informatie die de personen in deze leeftijdscategorie geven, voorzover deze betrekking heeft op de algemene strekking van de schokkende gebeurtenis, als redelijk betrouwbaar moet worden beschouwd. In algemene zin zal bij deze groep er wel rekening mee moeten worden gehouden dat *feitelijke* autobiografische gegevens minder accuraat zijn.

De groep jongeren die aan het einde van de oorlog van 4 tot 17 jaar was

Voor deze groep geldt dat feitelijke autobiografische gegevens redelijk betrouwbaar zijn en dat naarmate de leeftijd vordert boven de zeventig de betrouwbaarheid enigszins kan afnemen. Over de strekking, de context en de betekenis van de gebeurtenis moet men bij deze groep rekening houden met de grote psychologische ontwikkeling die in deze leeftijd wordt doorgemaakt. Afhankelijk van de leeftijd, de intellectuele vermogens en tal van andere factoren zal het begrip van de schokkende gebeurtenis per individu sterk verschillen. Zonder

direct uitspraken over de betrouwbaarheid hiervan te doen, moet wel rekening worden gehouden met subjectieve vertekening van informatie van zo lang geleden.

De groep die aan het eind van de oorlog jonger dan 4 jaar was

Voor deze groep geldt dat feitelijke autobiografische gegevens geheel ontbreken of onbetrouwbaar zijn. In deze groep hebben herinneringen, als die er zijn, een gefragmenteerd karakter en zeker geen context of betekenis. Op basis van autobiografische gegevens is bij deze groep dan ook geen causaal verband vast te stellen.

7. Beantwoording van de vraagstelling

Is het mogelijk, en zo ja in welke mate, om bijna 60 jaar na het einde van WO II, tot een verantwoorde vaststelling te komen van de samenhang tussen de gezondheidssituatie (van een steeds ouder wordend persoon) van nu en hetgeen men in WO II heeft meegemaakt?

- De huidige gezondheidstoestand kan goed worden vastgesteld en de vaststelling wordt niet beïnvloed door een hogere leeftijd.
- voor de vaststelling van een causaal verband wordt noodzakelijkerwijs een geesteswetenschappelijke methode gevolgd, omdat er geen strikt empirisch wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie is dat een causaal verband bewijst. Uitgegaan wordt van multicausale en multicondionele bepaaldheid van psychiatrische ziektes. Een uitspraak over een causale samenhang kan dan ook niet verder gaan dan kwalificaties als “aannemelijk” of “waarschijnlijk.” De beoordeling wordt beargumenteerd met informatie uit verschillende bronnen: directe observatie, historisch onderzoek, psychiatrisch onderzoek, en het persoonlijke relaas van de betrokkene. Voor dit laatste in het bijzonder is de accuraatheid van de persoonlijke herinneringen belangrijk.
- Als er voldoende informatie kan worden verkregen, dan is er geen reden om aan te nemen dat de hogere leeftijd van gezonde personen van invloed is op de accuraatheid van de herinneringen aan de meegemaakte schokkende ervaring(en). Personen die aan het einde van de oorlog jong volwassen waren (en nu dus ouder dan 73, resp. 77 jaar zijn) zullen zich de gebeurtenissen nog accuraat kunnen herinneren. Dit geldt zeker voor de strekking van de gebeurtenis. Rekening moet worden gehouden met een grote individuele variatie. Feitelijke gegevens kunnen misschien niet exact meer worden herinnerd. Herbelevingen zijn in het algemeen redelijk betrouwbaar. Ziektes als PTSS en depressie kunnen enige vertekening geven, maar dit hoeft geen reden te zijn om aan de betrouwbaarheid te twijfelen. Bij ziektes die specifiek geheugenverlies geven zoals de dementieën, neemt de betrouwbaarheid van de persoonlijke herinneringen af, hoewel dan ook nog herinneringen van langer geleden relatief het beste kunnen worden opgehaald.
- Bij personen die aan het einde van de oorlog tussen de 4 en 18 jaar waren moet rekening worden gehouden met de fase van hun psychologische ontwikkeling tijdens welke ze onderhevig waren aan de schokkende gebeurtenis(sen). De herinnering aan de strekking, de context en de betekenis van de gebeurtenis zal aanzienlijk variëren tussen personen en mogelijk leiden tot subjectieve vertekening. Op zich hoeft overigens niet te worden getwijfeld aan de accuraatheid van de persoonlijke herinneringen. De accuraatheid neemt wel toe naarmate de leeftijd vordert in deze leeftijdsgroep.
- Van personen die aan het einde van de oorlog jonger dan vier jaar waren, zijn de persoonlijke herinneringen niet betrouwbaar en op grond van het eigen verhaal alleen kan bij deze personen geen causaal verband worden vastgesteld.

10. Literatuur

- Albert, M. S. (1994) Age-related changes in cognitive function. In: Albert, M. L. & Knoefel, J. E. (Eds.). *Clinical neurology of aging*. New York: Oxford University Press, 2nd edition, pp. 314-328.
- American Psychiatric Association (2004) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. New York: APA, edition IV-r.
- Ardila, A. & Rosselli, M. (1989) Neuropsychological characteristics of normal aging. *Developmental Neuropsychology*, 5, 307-320.
- Ayst, S. & Das, J. P. (1993) Cognitive and neuropsychological profiles of the elderly. *Developmental Neuropsychology*, 9, 283-303.
- Chilcoat, H.D., Breslau, N. (1998) PTSD and drug disorders. Testing causal pathways. *Archives of General Psychiatry*, 55, 913-917.
- Christianson, S.A. (1992) Emotional stress and eyewitness memory: a critical review. *Psychological Bulletin*, 112, 284-309.
- Cole, P.M., Putnam, F.W. (1992) Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 174-184.
- Craik, F.I.M. (1984) Age differences in remembering. In: L.R. Squire and N. Butters, Editors, *Neuropsychology of memory*. New York: Guilford Press, pp. 3-12.
- De Luca, C.R., Wood, S.J., Anderson, V., Buchanan, J.A., Proffitt, T.M., Mahony, K., Pantelis, C. (2003) Normative data from the CANTAB. I: development of executive function over the lifespan. *Journal Clinical and Experimental Neuropsychology* 25(2):242-54.
- Denburg, N.L., Buchanan, T.W., Tranel, D., Adolphs, R. (2003) Evidence for preserved emotional memory in normal older persons. *Emotion*, 3(3), 239-53.
- Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S. (1998) Recovered memories of sexual abuse and dissociative identity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 537-538.
- Huppert, F. A. (1991) Age-related changes in memory: Learning and remembering new information. In: Boller, F. and Grafman, J. (Eds.), *Handbook of neuropsychology*, Vol. 5. Amsterdam: Elsevier, pp. 123-147.
- Jongedijk, R.A., Carlier, I.V.E., Schreuder, B.J.N., Gersons, B.P.R. (1996) Complex PTSD: An Exploratory Investigation of PTSD and DESNOS Among Dutch War Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 577-586.
- Kausler, D. (1982) *Experimental psychology and human aging*. New York: John Wiley.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995) PTSD in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Mejia, S., Pineda, D., Alvarez, L.M., Ardila, A. (1998) Individual differences in memory and executive function abilities during normal aging. *International Journal of Neuroscience*, 95(3-4), 271-84.

Munro Cullum, C., Butters, N., Troster, A.I., Salmon, D.P. (1990) Normal aging and forgetting rates on the Wechsler Memory Scale-Revised. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 5(1):23-30.

Neria, Y., Bromet, E.J. (2000) Comorbidity of PTSD and Depression: Linked or Separate Incidence. *Biological Psychiatry*, 48, 878-880.

Nijenhuis, E.R.S. (1999) Somatoform dissociation. Phenomena, measurement, and theoretical issues. *Academisch Proefschrift Vrije Universiteit van Amsterdam*.

Pillemer, D.B., White, S.H. (1989) Childhood events recalled by children and adults. *Advances in Child Development and Behavior*, 21, 297-340.

Pillemer, D.B. (1998) What is remembered about early childhood events? *Clinical Psychology Review*, 18, 895-913.

World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. WHO. Nederlandse vertaling: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, M.W. Hengeveld (eindredactie) (1994) Lisse: Swets en Zeitlinger.

Zelinski, E.M., Stewart, S.T. (1998) Individual differences in 16-year memory changes. *Psychology and Aging* 13(4):622-30.