



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Verklaringsmodellen voor psychogene amnesie bij posttraumatische stress–stoornis: een illustratie aan de hand van een gevalbeschrijving

Ineke Wessel, Mirjam van Rijsoort, Harald Merckelbach en Arnoud Arntz*

Samenvatting

Volgens de DSM–III–R is psychogene amnesie één van de symptomen van de posttraumatische stress–stoornis (PTSS). De prevalentiecijfers voor psychogene amnesie bij PTSS lopen sterk uiteen. Wellicht is dit een gevolg van moeilijkheden bij het diagnostiseren van psychogene amnesie. Er bestaan aanwijzingen dat slachtoffers zich sommige aspecten van het trauma goed weten te herinneren, terwijl voor andere aspecten amnesie bestaat. In dit artikel wordt allereerst de casus geschetst van een PTSS–;cliënte, waarbij in eerste instantie geen sprake leek van amnesie. Tijdens de therapie kwam echter eerder vergeten informatie naar boven. Dit resulteerde in een verergering van cliënte's klachten. De casus wordt aan de hand van drie mogelijke verklaringsmodellen voor psychogene amnesie geïnterpreteerd. Ten eerste wordt de repressiehypothese besproken. Ten tweede wordt de casus geformuleerd in termen van aandachtsprocessen en fysiologische arousal. Als derde wordt het idee nader uitgewerkt dat herinneringen het resultaat zijn van reconstructieve processen. Tot slot passeren aan de hand van de casus en de besproken literatuur een aantal suggesties en aanbevelingen de revue.

Inleiding

Eén van de symptomen van de posttraumatische stress–stoornis (PTSS) is psychogene amnesie. In de DSM–III–R (APA, 1987) wordt psychogene amnesie omschreven als het onvermogen een belangrijk aspect van het trauma te herinneren. Systematisch onderzoek naar de aard en prevalentie van psychogene amnesie als symptoom van PTSS is teleurstellend schaars. Voorzover de huidige auteurs bekend is, bestaat er tot op heden geen enkel onderzoek waarin *specifiek* is gekeken in hoeverre psychogene amnesie bij PTSS–patiënten voorkomt. Het gebrek aan cijfermateriaal is wellicht te wijten aan het feit dat psychogene amnesie pas in 1987, bij het verschijnen van de DSM–III–R, aan de diagnostische categorie PTSS werd toegevoegd.

* DRS. I. WESSEL is als assistent in opleiding verbonden aan de vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie van de Rijksuniversiteit Limburg. Correspondentieadres: Drs. I. Wessel, Vakgroep DEP, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.
DRS. M. VAN RIJSOORT is als toegevoegd docent verbonden aan de vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie van de Rijksuniversiteit Limburg. Ze is tevens werkzaam bij de afdeling Psychotherapie van de RIAGG/Vijverdal Combinatie te Maastricht
DR. H. MERCKELBACH is als universitair hoofddocent verbonden aan de vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie van de Rijksuniversiteit Limburg.
DR. A. ARNTZ en
DR. A. ARNTZ en Drs. M. van Rijsoort zijn als respectievelijk universitair docent en toegevoegd onderzoeker werkzaam bij de vakgroep Medische Psychologie van dezelfde universiteit. Hij is tevens werkzaam bij de afdeling Psychotherapie van de RIAGG/Vijverdal Combinatie te Maastricht.

De resultaten van een aantal studies, waarin psychogene amnesie vaak terloops als een gevolg van het meemaken van een trauma vermeld wordt, lopen nogal uiteen. Zo vonden Kuch en Cox (1992) in een onderzoek naar PTSS–symptomen bij joodse overlevenden van nazi–concentratiekampen, dat slechts 3,8 procent van deze groep aan amnesie leed. In groot contrast met deze bevinding staan de resultaten van Carlson en Rosser–Hogan (1993). Deze onderzoeksters rapporteerden dat maar liefst 90 procent van de onderzochte Cambodjaanse vluchtelingen aangaf last te hebben van psychogene amnesie voor traumatische gebeurtenissen. De resultaten van andere studies variëren van 11 tot 59 procent (Albach, 1993; Green, 1993; Kilpatrick & Resnick, 1993; North et al., 1994; Roszell et al., 1991; Southwick et al., 1993).

Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor deze sterk uiteenlopende cijfers. Enerzijds maakten de onderzoekers gebruik van verschillende methoden, zoals statusonderzoek (Kuch & Cox, 1992), vragenlijsten (Carlson & Rosser–Hogan, 1993; Southwick et al., 1993) en gestructureerde klinische interviews (Green, 1993; North et al., 1994; Roszell et al., 1991). Anderzijds lijkt het waarschijnlijk dat psychogene amnesie moeilijk te achterhalen is. In gevallen waarbij het gehele trauma vergeten is en er tevens een uitgebreide amnesie voor episodisch materiaal bestaat (psychogene amnesie als dissociatieve stoornis; zie bijv. Christianson & Nilsson, 1989), merkt de clinicus direct dat er iets aan de hand moet zijn. Maar bij mensen die in staat zijn een traumatische gebeurtenis gedetailleerd te beschrijven, springen eventuele gaten in het geheugen niet direct in het oog. Zo laten resultaten van veldstudies (Christianson & Hübnette, 1993; Wagenaar & Groeneweg, 1990) zien dat sommige aspecten van een traumatische gebeurtenis goed worden onthouden, terwijl een slecht geheugen bestaat voor andere aspecten van die gebeurtenissen. Christianson en Hübnette (1993) benadrukken dan ook dat uitspraken over een goed danwel slecht geheugen afhangen van de aspecten die worden nagevraagd.

Hieronder volgt eerst de casusbeschrijving van een 32–jarige vrouw met PTSS, waarbij pas tijdens de therapie bleek dat er eerder sprake was geweest van psychogene amnesie. Vervolgens worden aan de hand van deze casus een drietal verklaringsmodellen voor psychogene amnesie besproken.

De casus van mevrouw G.

Klachten en diagnose

Mevrouw G. meldde zich aan bij de RIAGG met de volgende klachten. Gedurende de twee maanden voorafgaand aan de intake sliep zij erg slecht vanwege nachtmerries. Overdag voelde zij zich opgejaagd en had voortdurend het gevoel dat haar moeder achter haar stond. Haar moeder was echter enkele jaren voordien overleden, hetgeen cliënte zich terdege realiseerde. Niettemin voelde zij zich erg angstig en op haar hoede, omdat ze het idee had dat moeder haar iets aan wilde doen. Tevens trok ze zich steeds meer terug in haar huis, omdat ook het zien of spreken van familie haar angstig maakte en de nachtmerries intensiverden. Zij leed verder aan concentratievermindering, vergeetachtigheid, verhoogde irritatie, verminderd toekomstperspectief, somberheid en angst voor controleverlies. Naast deze klachten bleek cliënte zich op een dwangmatige manier met het huishouden bezig te houden.

Wat betreft de voorgeschiedenis van mevrouw G. is het volgende van belang. Cliënte stamt uit een gezin waarin ze het oudste kind was. Binnen het stamgezin was er veel geweld. Cliënte's moeder was alcoholiste; vader was vaak afwezig. Cliënte ving het grootste deel van de agressie binnen het gezin op, hetgeen ze tot haar verantwoordelijkheden rekende. Cliënte werd in haar jeugd ernstig affectief verwaarloosd en (fysiek) mishandeld. In eerste instantie leek derhalve sprake van multiple traumata in de jeugd. Bij nadere screening werd duidelijk dat cliënte's klachten gerelateerd waren aan één enkel voorval, dat plaatsvond toen cliënte dertien jaar oud was (zie onder). Op basis van deze informatie werd de DSM-III-R diagnose 'PTSS met een verlaat begin' gesteld.

Behandeling

De behandeling die mevrouw G. werd aangeboden was een exposure-therapie. Het achterliggende idee bij deze therapie is dat door herhaalde blootstelling aan traumatische herinneringen en de daarbij behorende gedachten en gevoelens gewenning optreedt. Uiteindelijk kan het slachtoffer zich het trauma herinneren zonder dat dit intense angstreacties oproept en nemen de PTSS-klachten af (zie voor een uitgebreide bespreking van de onderliggende theorie bij deze behandeling: Foa et al., 1989; Olasov Rothbaum & Foa, 1992).

De exposure-therapie van cliënte was gericht op het incident waarvan zij de meeste last had. Ze leek andere traumatische ervaringen uit haar jeugd redelijk goed verwerkt te hebben. Mocht dit tijdens de behandeling niet het geval blijken te zijn, dan zou de therapie aangepast worden. De behandeling bestond uit tien intensieve imaginaire-exposure-sessies, die wekelijks plaatsvonden. Tijdens een zitting werd cliënte gevraagd de ogen te sluiten en het trauma in de eerste persoon te beschrijven alsof het in het 'hier en nu' plaatsvond. De interventies van de therapeut waren erop gericht de beleving te intensiveren. Deze interventies waren onder andere het vertelde herformuleren in de tegenwoordige tijd, de gebeurtenis laten plaatsvinden in 'slow motion' of het vragen naar details, zoals kleur, geur, smaak, voorwerpen in de ruimte, kleding van betrokkene en omstanders, enzovoort. De therapeut zorgde ervoor *geen* suggestieve vragen te stellen of hypothesen te formuleren. Ook de interpretatie van het gebeurde was aan de cliënt. Binnen een enkele zitting werd de exposure meerdere malen herhaald. Elke exposure-sessie werd opgenomen op cassetteband. Bij wijze van huiswerk kreeg cliënte de instructie om in de week tussen de sessies de band thuis vijfmaal te beluisteren.

Tijdens de eerste zitting beschreef mevrouw G. de traumatische gebeurtenis als volgt:

Ik lig in bed in mijn slaapkamer en merk dat mijn vader beneden heen en weer aan het lopen is. Ik voel dat er iets niet in orde is. Ik ga kijken en merk dat vader uit zijn doen is; hij is boos en opgewonden en ik snap niet waardoor dat veroorzaakt wordt. Ik word terug naar bed gestuurd. Even later hoor ik moeder thuis komen en mijn ouders beneden ruzie maken. Ik hoor ze schelden en er wordt met deuren gegooid. Moeder loopt de trap op naar de ouderlijke slaapkamer en vader komt moeder achterna. Ik hoor vanuit mijn bed dat mijn ouders tegen elkaar schelden in hun slaapkamer. Ik hoor glasgerinkel en hoor van alles vallen. Ik hoor moeder gillen en om hulp roepen. Ik denk dat mijn vader mijn moeder mishandelt. Ik ben erg bang. Ik besluit in bed te blijven.

Als het stil wordt ga ik kijken. Moeder ligt achter de deur in een vreemde houding op de grond. Moeders been ligt onder haar lichaam en het lijkt alsof een deel van haar gezicht weggeslagen is. Alles zit onder het bloed. Ik denk dat moeder dood is. Na de eerste schrik voel ik mij vooral opgelucht: ik ben eindelijk van moeder verlost.

Ik ga naar beneden en vind vader aan de keukentafel. Hij ziet er verward uit en ook hij heeft bloed op zijn hemd. Ik vraag hem wat er gebeurd is. Hij vertelt dat hij denkt dat hij moeder heeft doodgeslagen. We zitten een tijdje stil bij elkaar.

Ik besluit dan alles schoon te gaan maken. Ik vul een emmer en ga terug naar de ouderlijke slaapkamer. Daar zie ik dat moeder verdwenen is. Het raam van de slaapkamer staat open. Ik raak in paniek en ren naar beneden. Vader gelooft mij in eerste instantie niet en gaat zelf naar boven om te kijken. Vervolgens gaat hij bellen om te achterhalen waar moeder heen is. Ik ga terug naar boven om de slaapkamer te poetsen en al het bloed te verwijderen. Ik word dan weer rustiger. Later ga ik naar bed en val in slaap.

Tijdens de eerste zitting werd deze traumatische gebeurtenis in totaal twee keer beschreven. Gedurende de tweede beschrijving werd cliënte uitgenodigd meer details te geven. Naar aanleiding hiervan noemde ze meer geluiden, zoals het horen van een harde slag tegen het bed of de muur. Bij het beschrijven van het vinden van haar moeder, zei cliënte dat deze een kapotte jurk aanhad.

In de tweede zitting vertelde cliënte geen last meer te hebben van nachtmerries. Ze zei de hele nacht door te slapen en zich uitgerust te voelen. Dit motiveerde haar tot het beluisteren van de cassetteband. Bij de nabespreking van het huiswerk vertelde cliënte dat het haar dwars zat dat ze er maar niet achter kon komen welke kleren moeder droeg. Ze zei wel goed te 'zien' welke details er allemaal om moeder heen waren. Er leek geen sprake meer te zijn van de tijdens de eerste zitting vermelde kapotte jurk.

Bij een eerste beschrijving van het gebeurde tijdens deze tweede zitting zei cliënte dat ze het bed van haar ouders tegen de muur hoorde bonken. Dit herhaalde ze bij een tweede beschrijving. Tijdens het voor de derde maal beschrijven van de gebeurtenis noemde ze glaserinkel, bonken van het ouderlijk bed en viel vervolgens stil. Ze opende haar ogen en was volkomen overstuur. Ze zei plotseling te weten wat het bonken betekende, namelijk dat vader moeder had verkracht. Ze 'zag' toen dat moeder niets aanhad en bloot was op het moment dat cliënte haar vond. Dit veroorzaakte zeer tegenstrijdige gevoelens ten opzichte van haar vader: enerzijds was deze voor haar de enige 'veilige' persoon in haar jeugd, anderzijds bleek nu dat hij in staat was tot verkrachting.

Gedurende de derde zitting vertelde cliënte weer last te hebben gehad van nachtmerries; ook andere PTSS-klachten bleken fors verergerd. De exposure werd vervolgd; de nadruk verschoof van plotselinge verdwijning van moeder naar de verkrachting van moeder. In de vierde sessie bleek de angst gedaald en waren de nachtmerries opnieuw verdwenen. Gedurende de vijfde zitting gaf cliënte aan het beluisteren van het bandje saai te gaan vinden. Aan het eind van de therapie was cliënte vrij van klachten. Daarnaast was de poetsdwang verdwenen. Opvallend was dat cliënte zich veel assertiever gedroeg dan voorheen.

Commentaar

Tijdens de intake leek bij mevrouw G. geen sprake van psychogene amnesie. Bijna twintig jaar na dato was zij in staat de traumatische gebeurtenis zeer gedetailleerd te beschrijven. De aspecten die haar het meest had aangegrepen waren de aanwezigheid van veel bloed, het schijnbaar levenloze lichaam van haar moeder en vervolgens de plotselinge ontdekking dat moeder verdwenen was. De imaginaire–exposure–behandeling verliep in eerste instantie voorspoedig; al bij de tweede sessie waren cliënte's klachten verminderd. Hoewel zij tijdens de eerste zitting beschreef dat moeder een kapotte jurk aan had, vertelde cliënte bij de tweede zitting dat zij zich met geen mogelijkheid kon herinneren welke kleding moeder had gedragen. Kort nadat zij het bonken van het ouderlijk bed interpreteerde als een teken van verkrachting, herinnerde zij zich dat moeder naakt was. Uit het plotseling opduiken van deze herinnering zou men kunnen afleiden dat er eerder sprake was van psychogene amnesie. Hoe kan een dergelijke amnesie verklaard worden?

Verklaringsmodellen voor psychogene amnesie

Repressiehypothese

Een populaire verklaring voor het ontstaan van psychogene amnesie is op psychodynamische leest geschoeid. Volgens deze verklaring ontstaat amnesie als resultaat van het afweermecanisme repressie: de traumatische gebeurtenis wordt uit het geheugen gebannen om psychologische pijn te vermijden (Brett & Ostroff, 1985; Van der Kolk & Kadish, 1987). In tegenstelling tot een bewust vermijden van de traumatische herinnering (suppressie) gaat het bij repressie om een onbewuste activiteit. Betrokkene weet niet dat hij of zij de herinnering verdringt.

Kan de repressiehypothese een verklaring bieden voor de amnesie van mevrouw G.? Het ligt voor de hand te veronderstellen dat het feit dat vader moeder verkrachtte moeilijk te accepteren was voor cliënte. Vader was immers de 'veilige' figuur thuis. Erkennen dat hij een verkrachter was paste niet bij het beeld dat cliënte van hem had. Mevrouw G. maakte tijdens de therapie een opmerking die in deze richting wees. Zij zei het begrijpelijk te vinden dat vader agressief werd om moeder te straffen, maar een verkrachting verwerpelijk te vinden.

Op grond van de repressiehypothese kan verondersteld worden dat mevrouw G. de verkrachting bij wijze van zelfbescherming uit haar geheugen heeft gebannen. Tegelijkertijd roept deze interpretatie echter de vraag op waarom dan *alleen* deze episode ten prooi viel aan amnesie. Mevrouw G. was als kind erg geschrokken van de plotselinge verdwijning van haar dood gewaande moeder. Deze ervaring bleek bij aanmelding bij de RIAGG het thema van de herbelevingen en nachtmerries; juist dat waren de symptomen waar cliënte erg onder leed.

De vraag rijst waarom zij uit zelfbescherming niet de *hele* traumatische gebeurtenis uit haar geheugen heeft gebannen. Men zou kunnen tegenwerpen dat zulks in een eerder stadium wellicht het geval was. Immers, sommige auteurs stellen dat een trauma gedurende langere tijd *compleet* verdrongen kan worden (zie bijv. Albach, 1993; Van der Kolk & Kadish, 1987). Volgens Albach (1993) kan de verdrongen traumatische

herinnering plotseling in het bewustzijn terugkeren na confrontatie met situaties die een (sterke) gelijkenis met het oorspronkelijke trauma vertonen ('triggers'). Mevrouw G. kreeg last van PTSS-klachten nadat zij nare ervaringen had gehad met een tante die sterk op moeder leek. Misschien bracht de confrontatie met deze specifieke 'triggers' een gedeelte van de eerder succesvol verdrongen herinneringen aan de traumatische gebeurtenis in het bewustzijn terug. Bij navraag bleek echter dat mevrouw G. zich het incident *altijd* heeft herinnerd, maar nooit de mogelijkheid heeft overwogen dat moeder verkracht zou zijn.

Aandachtsvernaauwing

Een andere verklaring voor het verschijnsel psychogene amnesie komt uit de hoek van de rechtspsychologie. Daar is veelvuldig onderzoek gedaan naar het geheugen van ooggetuigen die een schokkende gebeurtenis (bijv. een overval of een ongeluk) meemaakten (zie voor een overzicht Christianson, 1992). Kern van de rechtspsychologische benadering is de hypothese dat fysiologische arousal een vernaauwing van de aandacht veroorzaakt (Easterbrook, 1959). Christianson (1992) stelt dat iemand die een traumatische situatie meemaakt, de aandacht zal richten op die aspecten die van belang zijn voor de gebeurtenis (centrale details). Dit gaat ten koste van de aandacht voor aspecten die niet van direct belang zijn voor de traumatische gebeurtenis (perifere details). Christianson (1992) suggereert verder dat het richten van de aandacht op centrale details gepaard gaat met een grotere elaboratie van deze details in het geheugen. Als resultaat van deze processen zullen centrale details van een traumatische gebeurtenis beter onthouden worden dan perifere aspecten. Resultaten van experimenteel onderzoek (Christianson & Loftus, 1991) en veldstudies (Christianson & Hübinette, 1993; Christianson & Loftus, 1990; Wessel & Merckelbach, 1994) ondersteunen het idee dat er een superieur geheugen bestaat voor centrale informatie van een traumatische gebeurtenis. Voortbordurend op het onderscheid tussen centrale en perifere details van een traumatische situatie formuleerden Merckelbach en Van den Hout (1993) een model voor het ontstaan van de specifieke intrusie- en amnesiesymptomen van PTSS. Volgens dit model zouden herbelevingen betrekking hebben op de centrale informatie van de traumatische gebeurtenis; psychogene amnesie zou vooral bestaan voor perifere aspecten.

De vraag is of een dergelijk model de psychogene amnesie van mevrouw G. kan verklaren. Om deze vraag te beantwoorden, moet men zich verplaatsen in de positie van een dertienjarig kind. Op het moment dat mevrouw G. haar moeder vond, is het waarschijnlijk dat de aanwezigheid van veel bloed en het gezicht van moeder (dat half weggeslagen leek) de meer in het oog springende aspecten van de situatie waren. Mevrouw G. trok hieruit destijds de conclusie dat moeder dood was. Hoewel dit besef opluchting veroorzaakte, beschreef cliënte dat zij in eerste instantie vooral schrok van de hele aanblik. Het is niet onwaarschijnlijk dat deze schrik en de daarmee gepaard gaande toename in fysiologische arousal een aandachtsvernaauwing veroorzaakte. Mevrouw G. zou dan vooral haar aandacht hebben gericht op de verwonding van moeder (centraal detail). Als gevolg van deze aandachtsvernaauwing zou cliënte minder aandacht hebben besteed aan het al dan niet gekleed zijn van moeder (perifeer detail).

Op het eerste gezicht lijkt deze amnesie voor perifere details echter in tegenspraak met de definitie van psychogene amnesie bij PTSS. Immers, volgens de DSM-III-R

(APA, 1987) zou amnesie betrekking hebben op *een belangrijk gedeelte* van het trauma. Perifere informatie is per definitie informatie die niet van direct belang is voor de gebeurtenis (Christianson, 1992). In het geval van mevrouw G. mag aangenomen worden dat moeders naaktheid en vermoedelijke verkrachting juist van groot belang was. Cliënte's PTSS-klachten verergerden na ontdekking van de verkrachting. Vervolgens verschoof ook het accent tijdens de exposure-therapie: niet langer de plotselinge verdwijning, maar de verkrachting van moeder stond centraal in de behandeling. Het is echter maar de vraag of mevrouw G. als dertienjarige de implicatie van het bonkende bed en moeders naaktheid heeft begrepen. Cliënte zei in haar jeugd nauwelijks seksuele voorlichting te hebben ontvangen. Wellicht kwam het plotselinge besef dat moeder verkracht was voort uit een herinterpretatie van feiten die cliënte als kind had waargenomen.

Pseudo-herinneringen

Tot nu toe is in deze beschouwing impliciet uitgegaan van de veronderstelling dat het geheugen de objectieve werkelijkheid correct weergeeft. Een bekende metafoor voor traumatische herinnering is de foto, die door het brein in tijden van stress gemaakt wordt en precies – al of niet compleet – laat zien wat plaatsvond (zgn. 'flashbulb memories'; zie Brown & Kulik, 1977). De vraag is echter of deze metafoor een goede weergave van geheugenprocessen biedt. In de experimentele psychologie bestaat overtuigende evidentie voor de veronderstelling dat herinneren een in hoge mate reconstructief proces is (zie Loftus, 1993; Merckelbach & Wessel, 1994).

De laatste tijd speelt zich in de Verenigde Staten een felle discussie af rond de vraag hoe betrouwbaar traumatische herinneringen zijn (Lindsay & Read, 1994; Loftus, 1993; Wakefield & Underwager, 1992). Inzet van deze discussie is de observatie dat mensen zich plotseling traumatische gebeurtenissen herinneren die ze als kind zouden hebben meegemaakt, maar blijkbaar jarenlang compleet vergeten zijn (zie Loftus, 1993). Opvallend is echter, dat veel van dit soort 'recovered memories' opduiken op het moment dat deze mensen in therapie zijn of hun toevlucht hebben gezocht in zelfhulpboeken, om zo hun vaak vage klachten (relatieproblemen, vastgelopen carrière) te verhelpen (Wakefield & Underwager, 1992). Sceptici stellen dat deze constellatie juist een voedingsbodem kan zijn voor het ontstaan van voor betrokkene uiterst geloofwaardige herinneringen aan traumatische gebeurtenissen, die de facto nooit hebben plaatsgevonden (Lindsay & Read, 1994). Cliënten zijn op zoek naar verklaringen voor hun klachten, terwijl therapeuten weinig inzicht lijken te hebben in de mate waarin zij het denken en handelen van hun cliënten (onopzettelijk) kunnen beïnvloeden (Yapko, 1994).

Is het bovenstaande nu van toepassing op de herinnering van mevrouw G.? Tijdens de verschillende herhalingen van de exposure viel op dat cliënte's verhaal op subtiele wijze veranderde. Zo leek het in de therapie soms alsof zij het commentaar dat zij in eerste instantie gaf op het gebeurde (mijn vader pakt waar hij recht op heeft), in tweede instantie toeschreef aan de gebeurtenis zelf (mijn vader zei: 'Ik pak waar ik recht op heb'). Wat betreft het ontdekken van moeders verkrachting, valt het volgende op. Cliënte vertelde in de eerste zitting, dat zij 'zag' dat moeder een kapotte jurk aan had. Tijdens de tweede zitting was echter geen sprake meer van een jurk. Cliënte wist niet meer welke kleding moeder had gedragen, totdat zij plotseling tot de ontdekking kwam

dat moeder naakt was geweest. Het is mogelijk dat deze ontdekking in de hand werd gewerkt door de therapeutische situatie. Karakteristiek voor deze exposure-therapie is immers dat de therapeut expliciet naar details vraagt om de beleving te intensiveren. Cliënte zei het 'gat' in haar geheugen moeilijk te kunnen verkroppen, omdat zij de rest van de situatie gedetailleerd wist na te vertellen. Thuis had zij zonder succes al veel moeite gedaan om deze leemte in haar geheugen op te vullen. De therapeut reageerde door te zeggen dat het niet belangrijk was en dat 'het wel zou komen'. Men zou kunnen beargumenteren dat cliënte door het opvullen van het gat aan een impliciete eis van de therapeut heeft willen voldoen. Hierbij zij opgemerkt dat dit niet impliceert dat cliënte het een en ander willens en wetens heeft gefantaseerd.

Een interpretatie in termen van reconstructie leidt echter tot de vraag, waarom cliënte's nieuwe herinnering nu juist de inhoud van een verkrachting kreeg.

Conclusie en aanbevelingen

In het voorafgaande werd getracht de amnesie van mevrouw G. vanuit verschillende invalshoeken te verklaren. Deze beschouwing werpt de volgende vragen op. Was cliënte's 'ontdekking' van moeders verkrachting het gevolg van het in het bewustzijn terugkeren van feitelijke informatie die zij jarenlang had vergeten? Een functionele verklaring als de repressiehypothese biedt op het eerste gezicht een aannemelijke verklaring voor cliënte's psychogene amnesie. In tweede instantie lijkt deze hypothese echter ontoereikend, omdat sprake was van een selectieve amnesie. Ook de bevinding dat uit experimenteel onderzoek weinig onderbouwing blijkt voor het concept verdringing (Holmes, 1990), pleit niet voor de repressiehypothese.

Heeft mevrouw G. als kind weinig aandacht besteed aan moeders naaktheid, omdat het in haar beleving een perifeer detail was, dat zij als volwassene op andere wijze interpreteerde? De formulering van cliënte's amnesie in termen van aandachtsvernaauwing levert een plausibele verklaring op. Deze verklaring brengt echter tevens een tweetal problemen met zich mee. Ten eerste is de hypothese, dat psychogene amnesie vooral betrekking zou hebben op perifere details van een traumatische situatie, in strijd met de definitie van psychogene amnesie zoals omschreven in de DSM-III-R. Ten tweede kan het idee dat moeders naaktheid een perifeer detail was, makkelijk een circulair argument worden (zie ook Christianson & Loftus, 1990). Omdat mevrouw G. vergeten was dat moeder naakt was, ligt het voor de hand te veronderstellen dat dit feit in de beleving van het kind niet belangrijker en dus een perifeer detail was.

Heeft mevrouw G. moeders naaktheid nooit waargenomen en heeft zij in de context van de therapeutische situatie een reconstructie gemaakt van de gebeurtenis die zij als kind beleefde? In het licht van overtuigende beschrijvingen betreffende pseudoherinneringen (zie bijv. Loftus, 1993; Merckelbach & Wessel, 1994), lijkt ook deze interpretatie aannemelijk. Het probleem is echter dat deze pseudoherinneringen voor de betrokkenen uiterst geloofwaardig zijn. Achteraf is moeilijk vast te stellen of dergelijke herinneringen berusten op de objectieve of slechts op een subjectieve werkelijkheid. Bovendien geeft een interpretatie in termen van reconstructie geen antwoord op de vraag waarom de herinnering nu juist de inhoud van een verkrachting kreeg.

Resumerend kan gesteld worden dat op geen van bovenstaande vragen een eenduidig antwoord te geven is. Het betreft in alle gevallen een *post hoc*-verklaring. De 'waarheid' is ten principale niet te achterhalen, doordat de traumatische situatie zich twintig jaar geleden afspeelde en beide ouders inmiddels overleden zijn. Merk op dat het er voor cliënte niet toe doet welke verklaring de juiste is. Hoewel de plotselinge ontdekking intense emoties oproept, heeft zij de ervaring inmiddels een plaats in haar leven weten te geven. Aan het eind van de behandeling had zij geen klachten meer.

Deze casus illustreert een aantal kwesties die van belang zijn voor onderzoekers en hulpverleners die zich met psychotrauma bezighouden. Ten eerste maakt het geval van mevrouw G. duidelijk dat het niet eenvoudig is uitspraken te doen over de aanwezigheid van het symptoom psychogene amnesie bij PTSS. Al eerder werd signaleerd dat de prevalentiecijfers van psychogene amnesie fors uiteenlopen. Verschillende onderzoekers (Carlson & Rosser-Hogan, 1993; Southwick et al., 1993) vroegen de onderzochte patiënten eenvoudigweg of het zo was dat zij zich gedeelten van de traumatische gebeurtenis niet wisten te herinneren. Het voorafgaande doet vermoeden dat deze manier van onderzoeken niet toereikend is. Op één uitzondering na (Carlson & Rosser-Hogan, 1993), duiden de meeste bevindingen erop dat psychogene amnesie één van de minder frequente symptomen van PTSS is (Kilpatrick & Resnick, 1993; Kuch & Cox, 1992; North et al., 1994; Roszell et al., 1991). Toch is het idee dat traumatische herinneringen ten prooi kunnen vallen aan amnesie prominent aanwezig onder klinici (Loftus, 1993; Loftus & Kaufman, 1992). Meer onderzoek naar de prevalentie van psychogene amnesie lijkt dus dringend gewenst. Onderzoek waarin door middel van niet-suggestieve vragen op zoveel mogelijk aspecten van de traumatische gebeurtenis wordt ingegaan, zou beter gefundeerde uitspraken kunnen opleveren over de prevalentie en aard van psychogene amnesie.

Ten tweede illustreert de casus hoe eenvoudig het is om amnestische fenomenen in termen van repressie te verklaren. Het kost betrekkelijk weinig moeite om op het eerste gezicht plausible repressiescenario's voor dit soort gevallen te bedenken. Blijkens onderzoek van Crombag en Van Koppen (1994), maar ook blijkens eigen onderzoek (Wessel & Merckelbach, 1995), oefenen interpretaties van psychogene amnesie in termen van verdringing een sterke aantrekkingskracht uit op psychologen en psychotherapeuten. Gezien de bovenbeschreven tekortkomingen van de repressiehypothese verdient het echter aanbeveling om uiterst terughoudend te zijn met het verklaren van amnesie vanuit een repressiescenario. De assumpties van een behandelaar over geheugenfenomenen hebben implicaties voor de therapie (Yapko, 1994). De therapeut die uitgaat van 'verdrongen herinneringen' en aanneemt dat dergelijke herinneringen te reactiveren zijn, zal bij een amnestische cliënt actief op zoek gaan naar zulke herinneringen. Een voorbeeld van een dergelijke houding is te vinden in Herman (1993). Volgens deze auteur verdient het in geval van selectieve amnesie aanbeveling om de 'barrières van het geheugenverlies' (pag. 238) te doorbreken, teneinde de integratie van de traumatische ervaring in het levensverhaal van een cliënt te bevorderen. Ook worden in sommige gevallen cliënten die zich presenteren met vage klachten door hun therapeuten expliciet uitgenodigd om op zoek te gaan naar traumatische ervaringen (Lindsay & Read, 1994; Loftus, 1993). Het gebruik van 'memory recovery'-technieken, zoals geleide imaginatie en hypnose, kan volgens Lindsay en Read (1994) echter leiden tot het ontstaan van pseudo-herinneringen.

Een andere factor die een rol kan spelen bij het tot stand komen van pseudo–herinneringen is het feit dat hulpverleners zich slecht bewust zijn van mate waarin zij cliënten onopzettelijk kunnen beïnvloeden (Lindsay & Read, 1994; Yapko, 1994). In de therapie van mevrouw G. werd met nadruk afgezien van het stellen van suggestieve vragen. Niettemin zou cliënte gevoelig kunnen zijn geweest voor bepaalde onuitgesproken verwachtingen van de therapeut.

Hiermee is niet gezegd dat herinneringen die in een therapie naar boven komen *per definitie* als onwaar moeten worden beschouwd. De kans op het ontstaan van pseudo–herinneringen moet echter worden geminimaliseerd. Lindsay en Read (1994) raden hulpverleners in dit verband aan open te staan voor verschillende verklaringen betreffende de etiologie van psychogene amnesie, kennis te nemen van recente ontwikkelingen in het veld van geheugenonderzoek en zo weinig mogelijk gebruik te maken van suggestieve technieken.

Abstract

According to the DSM–III–R, psychogenic amnesia is one of the symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). Prevalence rates of psychogenic amnesia are quite diverse. Possibly this is a consequence of difficulties in diagnosing amnesia. There is evidence suggesting that victims remember some aspects of the trauma well, while other aspects of the traumatic situation are forgotten. In this paper, a case vignette of a client suffering from PTSD is presented. At first sight, this client showed no indications of amnesia. During therapy, however, previously forgotten information emerged. This caused a relapse of PTSD symptoms. This case is interpreted in light of models of psychogenic amnesia. First, the repression hypothesis is reviewed. Second, the case is interpreted in terms of attentional processes and physiological arousal. Third, the idea that memory results of reconstructive processes is reviewed. In conclusion, several implications for researchers as well as therapists in the field of psychotrauma are considered.

Referenties

- Albach, F. (1993). *Freuds verleidingstheorie: incest, trauma, hysteric* (dissertatie) Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition–revised*. Washington: APA.
- Brett, E.A. & Ostroff, R. (1985). Imagery and posttraumatic stress disorder: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 142, 417–424.
- Brown, R. & Kulik, J. (1977). Flashbulb memories. *Cognition*, 5, 73–79.
- Carlson, E.B. & Rosser–Hogan, R. (1993). Mental health status of Cambodian refugees ten years after leaving their homes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 223–231.
- Christianson, S.–Å. (1992). Emotional stress and eyewitness memory: A critical review. *Psychological Bulletin*, 112, 284–309.
- Christianson, S.–Å. & HübINETTE, B. (1993). Hands up! A study of witnesses' emotional reactions and memories associated with bank robberies. *Applied Cognitive Psychology*, 7, 365–379.
- Christianson, S.–Å. & Loftus, E.F. (1990). Some characteristics of people's traumatic memories. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 28, 195–198.
- Christianson, S.–Å. & Loftus, E.F. (1991). Remembering emotional events: The fate of detailed information. *Cognition and Emotion*, 5, 81–108.

- Christianson, S.-Å. & Nilsson, L.-G. (1989). Hysterical amnesia: A case of aversively motivated isolation of memory. In: T. Archer & L.-G. Nilsson (red.), *Aversion, avoidance and anxiety: Perspectives on aversively motivated behavior* (pp. 289-310). Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Crombag, H.F.M. (1994). Verdringen als sociaal verschijnsel. *De Psycholoog*, 29, 409-415.
- Easterbrook, J.A. (1959). The effect of emotion on cue utilization and the organization of behavior. *Psychological Review*, 66, 183-201.
- Foa, E.B., Steketee, G. & Olasov Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Green, B.L. (1993). Disasters and posttraumatic stress disorders. In: J.R.T. Davidson & E.B. Foa (red.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 75-97). Washington: APA.
- Herman, J.L. (1993). *Trauma en herstel: de gevolgen van geweld - van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Holmes, D. (1990). The evidence for repression: An examination of sixty years of research. In: J.L. Singer (red.), *Repression and dissociation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kilpatrick, D.G. & Resnick, H.S. (1993). Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In: J.R.T. Davidson & E.B. Foa (red.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 113-143). Washington: APA.
- Kolk, B.A. van der & Kadish, W. (1987). Amnesia, dissociation, and the return of the repressed. In: B.A. van der Kolk (red.), *Psychological trauma* (pp. 173-190). Washington: American Psychiatric Press.
- Kuch, K. & Cox, B.J. (1992). Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. *American Journal of Psychiatry*, 149, 337-340.
- Lindsay, D.S. & Read, J.D. (1994). Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse: A cognitive perspective. *Applied Cognitive Psychology*, 8, 281-338.
- Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518-537.
- Loftus, E.F. & Kaufman, L. (1992). Why do traumatic experiences sometimes produce good memory (flashbulbs) and sometimes no memory (repression)? In: E. Winograd & U. Neisser (red.), *Affect and accuracy in recall: Studies of 'flashbulb'-memories* (pp. 212-223). Cambridge University Press.
- Merckelbach, H. & Hout, M.A. van den (1993). Trauma, herinnering en amnesie: een notitie over de experimentele analyse van psychogene amnesie. *Gedragstherapie*, 26, 3-19.
- Merckelbach, H. & Wessel, I. (1994). Recovered memories. *De Psycholoog*, 29, 85-90.
- North, C.S., Smith, E.M. & Spitznagel, E.L. (1994). Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, 151, 82-88.
- Olasov Rothbaum, B. & Foa, E.B. (1992). Cognitive-behavioral treatment of posttraumatic stress disorder. In: P.A. Saigh (red.), *Posttraumatic stress disorder: A behavioral approach to assessment and treatment* (pp. 85-110). New York: Macmillan Publishing Company.
- Roszell, D.K., McFall, M.E. & Malas, K.L. (1991). Frequency of symptoms and concurrent psychiatric disorder in Vietnam veterans with chronic PTSD. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 293-296.
- Southwick, S.M., Morgan, A., Nagy, L.M., Bremner, D., Nicolaou, A.L., Johnson, D.R., Rosenheck, R. & Charney, D.S. (1993). Trauma-related symptoms in veterans of operation Desert Storm: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1524-1528.
- Wagenaar, W.A. & Groeneweg, J. (1990). The memory of concentration camp survivors. *Applied Cognitive Psychology*, 4, 77-87.
- Wakefield, H. & Underwager, R. (1992). Recovered memories of alleged sexual abuse: Lawsuits against parents. *Behavioral Sciences and the Law*, 10, 483-507.
- Wessel, I. & Merckelbach, H. (1994). Characteristics of traumatic memories in normal subjects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 315-324.
- Wessel, I. & Merckelbach, H. (1995). Misleading metaphors: Assumptions of students and psychotherapists about memory. (Ter publikatie aangeboden.)
- Winograd, E. & Neisser, U. (1992). *Affect and accuracy in recall: Studies of 'flashbulb'-memories*. Cambridge University Press.
- Yapko, M.D. (1994). Suggestibility and repressed memories of abuse: A survey of psychotherapists' beliefs. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 163-171.