

HARALD MERCKELBACH, MARKO JELICIC, INGRID CANDEL &
ROBERT HORSELENBERG

923

Sleutelen aan geheugenverlies

*Iatrogene elaboratie van een retrograde amnesie*¹

Wij weten niet wie we vijf weken geleden zoal gesproken hebben en waarover dan wel. Evenmin kunnen we precies zeggen waar we ons toen van minuut tot minuut ophielden. Als het om ons autobiografisch geheugen gaat, lijkt vergeten de regel en onthouden de uitzondering (Crombag & Merckelbach, 1996). Iemand die een gesprek dat weken geleden plaatsvond letterlijk kan reproduceren, is om die reden zeer bijzonder en komt in aanmerking voor een uitvoerige casusbeschrijving zoals de Russische neuropsycholoog Luria (1968) die wijdde aan het geheugenwonder Shereshevskii.

Dat neemt niet weg dat ook het vergeten van autobiografische informatie zo'n allure kan aannemen dat er sprake is van een uitzonderlijk fenomeen. Zodra iemand grote moeite heeft met het zich herinneren van cruciale, autobiografische informatie van vóór een bepaald tijdstip, spreekt men wel van retrograde amnesie². De uitgestrektheid van zo'n retrograde amnesie kan variëren: soms gaat het om een gebeurtenis van enkele uren (zie bijv. Kopelman e.a., 1992), in andere gevallen om complete dagen die kwijt zijn (zie bijv. Kapur, 1991) en in weer andere gevallen lijkt de gehele autobiografie uit het geheugen verdwenen (zie bijv. Christianson & Nilsson, 1989). Ook de intensiteit van de geheugenstoornis verschilt van geval tot geval: soms zijn zelfs elementaire autobiografische feiten (als naam en geboorteplaats; zie bijv. Kaszniak e.a., 1988) ontoegankelijk, waardoor verwarring over de eigen identiteit ontstaat. In andere gevallen weet de patiënt heel goed wie hij is, maar kan hij zich niets herinneren van een afgebakende periode in het verleden (zie bijv. Manning, 2002). Het verloop is al even variabel: er zijn in de literatuur patiënten beschreven met een uitgestrekte retrograde amnesie die binnen enkele dagen opklaarde (Schacter e.a., 1982). Er zijn echter ook gevallen

MERCHELBAACH, JELICIC, CANDEL & HORSELENBERG

bekend waarin het jaren duurde voordat de retrograde amnesie verdween (De Renzi e.a., 1995). En dan zijn er nog allerlei begeleidingsverschijnselen die soms wel, maar soms ook niet optreden: sommige patiënten gaan zwerven, andere niet. Sommige patiënten confabuleren³; andere doen dat nooit. Sommige patiënten maakten vlak voordat zij een retrograde amnesie ontwikkelden een zeer ingrijpende gebeurtenis mee; bij anderen is dat niet aan orde (zie voor overzichten: Weinstein, 1996; Kihlstrom & Schacter, 2000).

Retrograde amnesie bestaat dus in soorten en maten. Om een zekere ordening aan te brengen in deze wisselende verschijningsvorm, wordt in de literatuur wel een onderscheid gemaakt tussen drie varianten (Markowitsch, 1996; Kopelman, 2000). Om te beginnen is er de zogenaamde organische amnesie, die geacht wordt het gevolg te zijn van een neurologische beschadiging (bijvoorbeeld hersenletsel, epilepsie, overmatig alcohol- of drugsgebruik). Een tweede variant is de functionele (ook wel: psychogene of dissociatieve) retrograde amnesie. Daarvan wordt verondersteld dat zij een reactie is op een zeer ingrijpende levensgebeurtenis (bijvoorbeeld verkrachting of de dood van een familielid). Een derde variant is de gesimuleerde retrograde amnesie, waarbij iemand willens en wetens een amnesie voorwendt om daarmee een zeker voordeel te behalen. Die variant treft men nogal eens aan bij delinquenten die claimen dat zij zich de misdaad waaraan zij zich schuldig maakten niet kunnen herinneren (Cima e.a., 2002).

Van alle varianten is de organische amnesie het best bestudeerd, en dat heeft de volgende vijf inzichten opgeleverd (Weinstein, 1996; Kopelman, 1999; 2000; Haber & Haber, 1998). Ten eerste kenmerkt de organische variant zich vaak door wat in vaktermen een temporele gradiënt heet: de oudste en best geconsolideerde herinneringen blijven gespaard en zijn vrij goed toegankelijk. Ten tweede geldt dat de organische amnesie in de loop van de tijd opklaart, en wel zo dat oudere herinneringen eerder terugkeren dan recente herinneringen – een fenomeen dat ook wel te boek staat als Ribots wet, naar de negentiende-eeuwse geheugenspecialist Theodule Ribot. Ten derde lijken vooral beschadigingen van de frontale en diëncefale hersenen de potentie te hebben om retrograde amnesie voor autobiografische informatie uit te lokken. Ten vierde kan de amnesie gepaard gaan met confabulatie, vooral als er sprake is van rechts frontale schade. Ten vijfde is het verlies van persoonlijke identiteit – door sommige auteurs aangeduid met de term *fugue* (maar zie hieronder) – betrekkelijk zeldzaam bij de organische variant van retrograde amnesie. Op grond van de literatuur terzake laat zich nog iets met enig gezag beweren over retrograde amnesie: pure gevallen van organische, functionele of gesimuleerde amnesie zijn zeldzaam. Mengvormen domineren de literatuur. Zo bestaan er nogal wat anekdotische beschrijvingen van patiënten bij wie organische en gesimuleerde amnesie hopeloos door elkaar lopen (zie bijv.



SLEUTELN AAN GEHEUGENVERLIES

Barbarotto e.a., 1996; Mackenzie Ross, 2000). Even vaak treft men gevallen aan waarin functionele en gesimuleerde amnesie vloeiend in elkaar over lijken te gaan (zie bijv. Kopelman e.a., 1994). Zelfs casuïstiek die als schoolvoorbeeld geldt van een pure variant, blijkt bij nadere beschouwing minder zuiver te zijn. Een aardige illustratie hiervan is het door Schacter en collega's (1982) beschreven geval van de man die een totale retrograde amnesie ontwikkelde nadat hij de begrafenis van zijn grootvader had bijgewoond. De amnesie strekte zich zover uit dat de man ook niet meer wist wie hij was en waar hij woonde. Zo'n beschrijving doet sterk denken aan functionele retrograde amnesie en in die hoedanigheid figureert de casus ook in allerlei handboeken. Een CT-scan liet evenwel zien dat de patiënt een rechtszijdige hersenbeschadiging had. Een ander voorbeeld in deze categorie biedt de man die een totale amnesie ontwikkelde nadat hij door twee andere mannen was verkracht (Kaszniak e.a., 1988). Ook deze beschrijving suggereert een functionele variant, maar de patiënt bleek een verleden van alcoholmisbruik te hebben en tijdens de verkrachting verkeerde hij onder invloed van drugs. Dat zijn weer elementen die doen vermoeden dat organische factoren bijdroegen aan zijn retrograde amnesie.

925

Op grond van de vaak geconstateerde overlap tussen organische, functionele en gesimuleerde varianten stelt Kopelman (2000) dat dit hele onderzoeksgebied wordt geplaagd door haastige diagnostische attributies: als er op de CT-scan van een patiënt met retrograde amnesie een afwijking wordt gevonden, luidt de conclusie al snel dat er sprake moet zijn van een organische variant. Als de retrograde amnesie daarentegen wordt voorafgegaan door een ingrijpende gebeurtenis, is de toon gezet voor een functionele interpretatie. Kopelman merkt terecht op dat de aanwezigheid van een hersenbeschadiging nog niet betekent dat deze in de causale keten ook *voorafgaat* aan de retrograde amnesie. Een vergelijkbare redenering geldt voor de aanwezigheid van traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis. Per slot van rekening ontwikkelen de meeste mensen geen retrograde amnesie nadat zij de begrafenis van hun grootvader hebben bezocht.

Volgens Kopelman (2000) zijn de organische, functionele en gesimuleerde varianten van retrograde amnesie de zeldzame eindpunten van een continuüm. De meeste punten op dat continuüm staan voor gevallen waarin hersenletsel, ingrijpende levensgebeurtenissen en simulatie in wisselende combinaties retrograde amnesie veroorzaken. Zo beschrijft Kopelman patiënten bij wie een op zichzelf milde geheugenstoornis met een neurologische achtergrond overgaat in een gesimuleerde vorm van amnesie, waarin de patiënt vervolgens zelf gaat geloven. Een dergelijke ontwikkeling kan van retrograde amnesie een buitengewoon omvangrijk en hardnekkig fenomeen maken. Ook goed bedoelde, maar verkeerd uitpakkende behandel-

MERCHELBAACH, JELICIC, CANDEL & HORSELENBERG

interventies kunnen bijdragen aan die ontwikkeling. Dan is sprake van wat wij een iatrogene elaboratie van de retrograde amnesie noemen. Met de hierna te presenteren casus beogen we een voorbeeld te geven van zo'n iatrogene elaboratie.

Op 19 februari 1985, om drie uur 's ochtends, treft de politie op de Amsterdamse Wallen een ernstig verwarde man aan. Hij heeft geen identiteitspapieren bij zich, maar een button met de Canadese 'maple leaf' wekt vermoedens over zijn herkomst. Hij reageert niet op vragen en opmerkingen van de agenten, en wordt overgebracht naar een eerstehulp post. De daar dienstdoende psychiater stelt een mutistisch toestandbeeld vast, en laat de patiënt opnemen in een crisiscentrum. De patiënt maakt een angstige indruk. Hij is gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon, maar bij neurologisch onderzoek met CT-scan en lumbaalpunctie worden geen afwijkingen gevonden.

Van 1 maart tot 20 juni 1985 verblijft de patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis. Hij praat nog steeds niet, maar communiceert schriftelijk met zijn hulpverleners en medepatiënten, en dan nog uitsluitend in het Frans. De man noemt zichzelf inmiddels Rob Shunter. Hij klaagt over veel hoofdpijn, maar neurologisch onderzoek levert opnieuw alleen negatieve bevindingen op. Zijn EEG is normaal, ofschoon in testpsychologisch onderzoek wel sterke aanwijzingen voor restverschijnselen van een recent hersenletsel worden gevonden. Rob Shunter, zoals ook de hulpverleners hem gaan noemen, schrijft dat hij in de VS een auto-ongeluk heeft gehad, in coma heeft gelegen, zijn spraakvermogen verloor en naar Nederland is gekomen. Voor de rest kan hij zich niets herinneren. Spraakoefeningen zetten geen zoden aan de dijk, en derhalve wordt Shunter uit het ziekenhuis ontslagen met de diagnose 'amnesie en mutisme, mogelijk veroorzaakt door een neurotische stoornis, vrijwel zeker versterkt door ziekte winst'.

Ondertussen hebben agenten van de vreemdelingenpolitie zich het lot van Rob Shunter aangetrokken. Zij proberen vooral via Canadese kanalen zijn identiteit vast te stellen, maar die pogingen lopen op niets uit. Op advies van zijn behandelend psychiater ondergaat Shunter vanaf 1986 een serie van hypnose-sessies. Die leveren een stortvloed aan schriftelijk gecommuniceerde beelden op, maar geen coherent verhaal, want ze gaan over Canada, het Amerikaanse leger, geheime missies, Indonesië, Rusland, Vietnam, de KGB en een auto-ongeluk in de Verenigde Staten. De onderzochte, die zich door de hulpverleners nog steeds laat aanspreken als Rob, meldt dat hij werd geboren in 1955 in Noranda, Canada. Uit de onder

SLEUTELN AAN GEHEUGENVERLIES

hypnose verkregen informatie komen weinig bruikbare aanknopingspunten voor de speurtocht van de vreemdelingenpolitie naar zijn ware identiteit. Rob Shunter zelf koestert nogal wat twijfels over de betrouwbaarheid van zijn onder hypnose verkregen beelden. Aan zijn psychiater schrijft hij bijvoorbeeld: 'Ik heb lang nagedacht over onze sessie van 4-3-86 en ik weet niet of het allemaal waar is. Ik herinner me helemaal niets van al die gebeurtenissen waarover u me verteld heeft.'

927

De hulpverleners zien echter nog onbenutte kansen, want vanaf begin 1987 ondergaat Rob Shunter een serie van penthobarbital-sessies⁴. De interviewmethode die de met deze procedure zeer ervaren psychiater daarbij hanteert, is vrij directief te noemen. Om zulks te illustreren geven wij hieronder een typerend fragment (I = interviewer; P = patiënt):

I Kent u de naam van de CIA?

P (geen reactie)

I Kent u de betekenis van die naam?

P Ja⁵.

I De geheime dienst van Amerika?

P Ja, ja.

I Bent u erbij geweest?

P Ja.

I Hebben ze daar experimenten met u uitgevoerd?

P (geen reactie).

I Gemarteld?

P Nee.

I Geïndocctrineerd?

P Ja.

I Hebben ze u gezegd dat het absoluut verboden is om te praten?

P Nee.

I Bent u vrij om te praten?

P (geen reactie).

I Want u bent in erg gevaarlijke situaties geweest, niet dan?

P (geen reactie).

De interviews onder penthobarbital kapitaliseren op het idee dat Rob een gehersenspoelde geheimagent is, die op straffe van de dood zijn ware identiteit niet mag prijsgeven. Rob van zijn kant schrijft verhalen die dat beeld complementeren. De penthobarbital-sessies leveren geen informatie waarmee de identiteit van Rob Shunter zich laat vast stellen. Rob blijft klagen over totale retrograde amnesie en de emotionele leegte die dat met zich meebrengt. In de maanden na de penthobarbital-sessies

MERCKELBACH, JELICIC, CANDEL & HORSELENBERG

komt Rob op eigen kracht met een straatnaam in Parijs. De vreemdelingenpolitie rechercheert op basis van die informatie en kan dan eindelijk de identiteit van Rob Shunter vaststellen: hij werd in 1956 in Parijs geboren als Emil Mestel, in 1980 overleed zijn moeder en in 1981 werd hij voor het laatst in Parijs gezien. De Franse staat verstrekte nooit een paspoort aan Emil/Rob. Een ambtenaar van de vreemdelingenpolitie neemt Rob mee naar de straat waar hij ooit woonde, en confronteert hem met oude kennissen. Dat lokt bij Rob geen enkel blijk van herkenning uit. Tot op de dag van vandaag houdt hij vol dat zijn complete autobiografie tot aan 1985 verdwenen is en dat hij zich meer Rob Shunter dan Emil Mestel voelt. Sinds zijn ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis woont Shunter zelfstandig. Hij werkte in de horeca en momenteel houdt hij zich bezig met het bouwen van websites.

Onderzoek

Via de documentairemakers Oomens en Bannenberg kwamen wij in contact met Shunter. In het voorjaar van 2002 nodigden wij hem uit om naar ons laboratorium te komen. Shunter stemde in en verstrekte ons ook zijn dossier, dat overigens niet volledig is. We hadden zodoende inzage in ontslagbrieven, correspondentie tussen Rob en zijn hulpverleners en beschrijvingen van de hypnose- en penthobarbital-sessies. De relevante informatie daaruit hebben we hierboven samengevat.

We gaven Rob een aantal neuropsychologische tests, verrichtten psychofysiologische metingen bij hem, en schreven uitvoerig met hem. Een gedetailleerde psychodiagnostische beschouwing valt buiten het bestek van dit artikel. We volstaan met de constatering dat Rob een bovengemiddelde intelligentie heeft (IQ = 110), excellent presteert op een verbaal lange termijn geheugentaak (vijftien woordentest), het slecht doet op een korte termijn geheugentaak (*digit span test*) en onder de maat presteert op een taak die executieve (frontale) functies meet (*trailmaking test*). Het geheugen voor publieke gebeurtenissen (*famous events test*) van voor 1985 is gestoord. Zijn geheugen voor nieuwsfeiten vanaf 1985 is intact. Op een test die het simuleren van klachten meet (SIMS; Merckelbach e.a., 2001), scoort Rob ver boven het criterium, wat betekent dat hij de neiging heeft om bizarre en uiterst zeldzame symptomen te rapporteren.

De psychofysiologische metingen leveren het volgende beeld op: Rob reageert niet met autonome responsen (hartslag, huidgeleiding) op woorden die verwijzen naar zijn nieuwe identiteit (Rob Shunter, Noranda etc.), maar evenmin op woorden die verwijzen naar zijn ware identiteit (Emil Mestel,



SLEUTELN AAN GEHEUGENVERLIES

Parijs etc.). Er is dan ook sprake van een totaal gebrek aan autonome reactiviteit.⁶

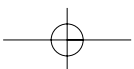
Tijdens het gesprek met Rob vallen ons vooral drie dingen op. Om te beginnen blijkt dat hij een lichte verlamming aan de linkerkant van zijn lichaam heeft. Voorts maakt hij een laconieke indruk. Zo schrijft hij dat hij zich nooit zorgen maakt om de toekomst en dat hij zich niet kan herinneren dat hij in de afgelopen jaren verdrietig of bang was. Tot slot valt op dat Rob confabuleert: hij reageert met grote stelligheid op fictieve namen die hem worden voorgehouden.

929

- . I Wie is Sven Howard?
 . P Hij is een van de CIA-directeuren.
 . I En wie is Luce Whittaker?
 . P o.k., hij is alleen gelieerd aan de CIA. Hij deed onder andere onderzoek naar biologische wapens. Mijn herinneringen hierover zijn vaag.
 . I Wie is Louis Loggins?
 . P Hij is soldaat tweede klasse. Hij werd gemarteld en toen heeft hij gezegd wat hij wist.


Discussie
De aard van de amnesie

Rob Shunter heeft naar eigen zeggen een totale amnesie voor alles wat hij meemaakte voor 1985. Het is verleidelijk om de vraag op te werpen of deze amnesie een organische, een functionele (psychogene) of een gesimuleerde achtergrond heeft. Met Kopelman (2000) menen wij dat zo'n vraag misleidend is. Beter is de vraag in welke mate organische, functionele en intentionele factoren hebben bijgedragen tot zijn geheugenklachten. Nadat neurologisch onderzoek met CT-scan en EEG niets had opgeleverd, meenden Robs artsen dat zijn amnesie wel een neurotische (functionele) basis moest hebben. Daarbij stelden ze ook vast dat ziekte winst (simulatie) van invloed was op de wijze waarop hij zijn geheugenklachten presenteerde. Deze visie op het geval is om een aantal redenen zwak. Om te beginnen waren er wel degelijk aanwijzingen dat Robs amnesie in elk geval een organisch beginpunt had. De politieambtenaren die hem vonden, sloten niet uit dat hij betrokken was geweest bij een vechtpartij. Het testpsychologisch onderzoek uit die tijd vond aanwijzingen voor een hersenletsel. En de vakliteratuur terzake biedt mooie voorbeelden van patiënten bij wie een normale CT-scan gepaard gaat met abnormaliteiten die pas met andere beeldvormende technieken zichtbaar worden (zie bijv. Kopelman e.a., 1994).



MERCKELBACH, JELICIC, CANDEL & HORSELENBERG

Ons onderzoek levert eveneens aanwijzingen op voor een forse organische component in Robs geheugenklachten. Vooral het ontwrichte kortetermijngeheugen, de gestoorde executieve functies, alsook de neiging om te confabuleren, wijzen in de richting van een rechtsfrontale beschadiging (Weinstein, 1996; Kopelman, 1999). Niet alleen de linkszijdige parese (onvollledige verlamming), maar ook het totale gebrek aan autonome responsiviteit ondersteunen zo'n interpretatie. Zo'n gebrek – in de literatuur spreekt men wel van *non-responding* – is door diverse auteurs in verband gebracht met beschadigingen van het rechter dorsolaterale prefrontale gebied (Tranel & Damasio, 1994).

Hypnose en penthobarbital

Op geleide van het idee dat Robs geheugenklachten een functionele oorzaak hadden, onderging hij eerst hypnose- en daarna penthobarbital-sessies. De oogst daarvan was een stortvloed aan mededelingen die cirkelden rondom militaire thema's. Uit alles blijkt dat zowel de hulpverleners als de vreemdelingenpolitie die mededelingen serieus namen. De eersten gebruikten het bij voortduring als opstapje naar vervolgvragen; de laatste stemde er haar identificatiepogingen op af. De mededelingen bleken uiteindelijk echter pseudoherinneringen. Dat is niet uitzonderlijk: de literatuur laat zien dat zo'n uitkomst vaker optreedt als men amnestische patiënten onderwerpt aan zulke sessies (zie bijv. Kopelman e.a., 1994). Wie zou menen dat we pas sinds kort weten dat hypnose en penthobarbital-interviews pseudoherinneringen uitlokken, heeft het mis. Dat patiënten onder hypnose gemakkelijk hun kritische zin verliezen voor wat een herinnering en wat een fantasie is, mag bekend worden verondersteld sinds het vaak geciteerde overzichtsartikel van Smith (1978). Dat penthobarbital patiënten uiterst suggestibel maakt, in verwarring brengt en eerder een geheugenondermijnd dan een geheugenverbeterend effect heeft, weten we op grond van onderzoek dat goeddeels in de jaren veertig en vijftig werd verricht (zie voor een overzicht: Piper, 1993).

Robs onder hypnose en penthobarbital verkregen beelden getuigen van een zekere grandeur: ze gaan over Rob als commando die geheime missies vulde in Indonesië, Vietnam en Rusland, en doen denken aan fragmenten uit een James Bondfilm. Daarmee illustreren ze Gomperts' (1996) stelling dat zulke pseudoherinneringen gedijen op algemeen bekende verhalen en stereotiepen.

De casus van Rob is tekenend voor het grote vertrouwen dat een aantal Nederlandse psychiaters tot voor kort stelde in het geheugenverbeterend effect van penthobarbital (bijv. Koerselman, 1996). Dat vertrouwen was zo sterk dat penthobarbital ook voor forensische doeleinden werd aangewend. Nog in 1988



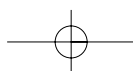
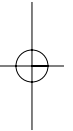
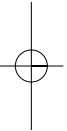
SLEUTELN AAN GEHEUGENVERLIES

speelde in ons land het geval van een verdachte die ten laste werd gelegd dat hij een andere man na een avondje stappen om het leven had gebracht. De verdachte beweerde zich niets van het delict te kunnen herinneren en de psychiatrisch rapporteur zag hierin een massieve verdringing van de gebeurtenissen. Met instemming van de verdachte werd besloten hem in een penthobarbital-roes te brengen en, warempel, in die toestand herinnerde de verdachte zich weer dat hij het slachtoffer de keel had dichtgeknepen. De rapporteur meldde dat met deze bekentenis de hele zaak rond was. De rechtbank vond dat kennelijk ook, want die oordeelde op grond van de via penthobarbital opgediepte 'herinneringen' dat de verdachte bewust het slachtoffer had gewurgd en veroordeelde hem wegens doodslag tot twee jaar gevangenisstraf. In hoger beroep kwam het gerechtshof op grond van hetzelfde materiaal tot een iets andere taxatie: doodslag en ontslag van alle rechtsvervolging. Hoe dit ook zij, zowel deze forensische casus als het geval van Rob zijn recent en verontrustend genoeg om het volgende nog eens te benadrukken: als geheugenverbeterend middel schiet penthobarbital hopeloos tekort (zie voor een uitvoerige analyse: Horselenberg e.a., 2002).

931

Mutisme en simulatie

Mutisme als op zichzelfstaand symptoom komt zelden voor (Lishman, 1998). Het wordt soms wel gezien als begeleidingsverschijnsel van beschadigingen van de frontaalkwab, maar het kan ook een gesimuleerd symptoom zijn. Lishman (1998) geeft het hilarische voorbeeld van een mutistische patiënt die werd gewantrouwd door zijn arts. Deze vond een collega bereid om de patiënt te schaduwen. Zodra de patiënt het spreekuur had verlaten en in de trein was gestapt, bleek hij zo geanimeerd te kunnen praten dat hij zijn medepassagiers tot lachsalvo's bracht. Wij sluiten niet uit dat ook Robs mutisme tot op zekere hoogte een vorm van simulatie is. Zijn hoge scores op een simulatietest laten in elk geval zien dat hij de neiging heeft om atypische en zeldzame symptomen te rapporteren. Aan de andere kant rijst de vraag welk voordeel Rob zou hebben bij een al meer dan vijftien jaar aanhoudende onwil om te praten. Vast staat dat hij grote angst koesterde om ook zijn herinneringen van na 1985 te verliezen en dat schriftelijke communicatie hem hielp om deze vast te leggen. Vast staat voorts dat hij aan de hypnose- en penthobarbital-sessies gemakkelijk het idee kon overhouden dat praten voor hem als ex-geheim agent gevaarlijk was. En vaststaat ten slotte ook dat voor een intelligente patiënt die confabuleert zelfverkozen zwijgzaamheid een handige strategie is om zichzelf in toom te houden. Welk aandeel elk van deze factoren in Robs huidige toestand heeft weten wij niet. Maar dat ze ooit hebben bijgedragen aan wat nu zijn normale habitus is geworden, vinden we aannemelijk. Daarmee is zijn mutisme meer dan een simpele poging om een of ander voordeel te behalen.



Fugue

Sinds de Franse arts Philippe Tissié aan het einde van de negentiende eeuw de term *fugue* in het psychiatrisch vocabulaire introduceerde, wordt zij vooral gebruikt ter aanduiding van gedesoriënteerde patiënten die op reis gaan (Hacking, 1999). Tot op de dag van vandaag wordt vaak impliciet verondersteld dat aan de geografische verplaatsingen van *fugues* een psychotrauma en vervolgens verlies van autobiografische kennis voorafgaat (zie bijvoorbeeld APA, 1995). Er bestaat een lange traditie om de *fugue* te zien als een ultieme poging van slachtoffers om het hoofd te bieden aan uiterst belastende gebeurtenissen (Stengel, 1941; Kaszniak e.a., 1988). De logische implicatie daarvan is dat de therapeut de patiënt moet helpen zijn herinneringen te hervinden. Het verhaal van Rob Shunter lijkt op het eerste gezicht een schoolvoorbeeld van een *fugue*: een man maakt oorlogscalamiteiten mee, verliest zijn geheugen, gaat zwerven en belandt zo op de Amsterdamse Wallen. De casuïstiek over *fugues* staat echter nog een andere, maar nooit onderzochte interpretatie toe. Wie een klap op zijn hoofd krijgt in een vreemde omgeving is dubbel gehandicapt, want de geheugenstoornis laat zich niet remediëren door vertrouwde *ophaalcues* (de eigen straat, familieleden). Anders gezegd: het verblijven in een vreemde omgeving zou de oorzaak van een slechts traag opklarende amnesie kunnen zijn in plaats van omgekeerd. Recente studies over uit de hand gelopen geheugenstoornissen met een organisch startpunt leveren indirecte aanwijzingen voor zo'n soort interpretatie. Zo beschreven Barbarotto e.a. (1996) een Siciliaanse vrouw die op haar werk viel, vervolgens in een kortdurend coma geraakte, en daarna een hardnekkige retrograde amnesie kreeg. Het een en ander speelde zich af nadat de vrouw kort daarvoor naar Noord-Italië was verhuisd. Iets vergelijkbaars was aan de orde in het door Mackenzie Ross (2000) gerapporteerde geval. Daarin ging het om een vrouw die een zeer hardnekkige retrograde amnesie ontwikkelde nadat zij op haar werk een openslaande deur tegen haar hoofd had gekregen. Ze was pas sinds kort in Engeland en had het grootste deel van haar leven doorgebracht op het continent.

Zulke gevalsbeschrijvingen doen vermoeden dat een vreemde omgeving ontwrichtend kan werken op het herstel van een organische amnesie. Dat een nieuwe omgeving psychiatrische complicaties met zich mee kan brengen, weten we ook op grond van wat wel het Stendhal-syndroom wordt genoemd, naar de Franse schrijver die in 1817 decompenseerde tijdens zijn bezoek aan Florence (Fried, 1988).

Iatrogene elaboratie

Voorzover wij het kunnen overzien is de casus van Rob Shunter uniek. Nergens in de literatuur treft men een retrograde amnesie aan die zo omvangrijk en

SLEUTELN AAN GEHEUGENVERLIES

tegelijkertijd zo hardnekkig is als die van Rob Shunter. In de meest extreme gevallen die werden gerapporteerd hield de retrograde amnesie 21 maanden (De Renzi e.a., 1995) en drie jaar (Mackenzie Ross, 2000) aan. De vraag rijst waarom Shunters geheugenverlies permanent werd. Onze stelling luidt dat deze permanentie althans voor een deel het product van iatrogenese is. Preciezer gezegd is onze reconstructie van zijn geval als volgt. Shunter liep hersenletsel op in een omgeving die voor hem vreemd was. Terwijl in het algemeen al geldt dat 'in de eerste fase na het hersenletsel de patiënt kwetsbaar en vaak zeer suggestibel is – hij is zeer bevattelijk voor wat hij hoort van andere patiënten en tijdens de behandeling' (Lishman, 1998; p. 37), zal Shunter nog eens extra risico hebben gelopen. Hij kreeg last van een retrograde amnesie die vanwege de contextuele isolatie waarin hij zich bevond aanvankelijk nauwelijks herstelde. Ribots wet trad niet in werking. Tegen die achtergrond werd hij blootgesteld aan hypnose- en penthobarbital-sessies die hem nog verder in verwarring brachten. Uiteindelijk kon hij zich beter vinden in het vooral onder penthobarbital tot stand gekomen verhaal over de geheimagent die niet mocht praten dan in zijn ware identiteit. Na jaren zijn nieuwe existentie op dat spectaculaire verhaal te hebben gebouwd, heeft hij er momenteel geen enkel belang meer bij om terug te keren naar zijn ware en waarschijnlijk meer prozaïsche biografie.

933

Na een uitgebreide inventarisatie van het onderzoek naar retrograde amnesie, kwam Markowitsch (1996; p. 359) tot de conclusie dat 'organic and functional amnesia are basically similar states.' Op goede gronden meent deze auteur dat beide varianten teruggaan op een stoornis in de rechter prefrontale hersenen. Zo'n stoornis zou ertoe leiden dat de patiënt een laconieke houding heeft, soms confabuleert, én is aangewezen op zijn linker frontale hersenen om herinneringen op te halen. Dat zet aan tot een affectloze en semantische stijl van herinneren. In die toestand kunnen pseudoherinneringen een kans krijgen om wortel te schieten 'als verschillende scenario's worden aanbevolen en bekrachtigd door medici en psychologen, maar ook de buitenwereld' (Kopelman, 1999; p. 206). Als dat het geval is heeft de patiënt nog minder dan hij had, en is er sprake van een iatrogene elaboratie van de retrograde amnesie.

❧

Noten

- 1 Wij zijn de documentairemakers Rens Oomens en André Bannenberg zeer erkentelijk dat zij ons attent maakten op het geval van Rob Shunter. Wij zijn hen eveneens dankbaar voor de vele gesprekken die zij met ons hierover voerden en voor de uitgebreide informatie waarvan zij ons voorzagen. Rob Shunter (pseudoniem) bedanken wij voor zijn medewerking aan het onderzoek. De documentaire over Shunter (werktitel: *Silence waakt*) verschijnt naar verwachting dit najaar.
- 2 Patiënten met retrograde amnesie kunnen nieuwe informatie goed opslaan en reproduceren, maar informatie van vóór een bepaalde datum (bijvoorbeeld het tijdstip van een ongeval) is voor hen ontoegankelijk.
- 3 Confabuleren is de neiging om met grote stelligheid pseudoherinneringen op te dissen.
- 4 Pentobarbital is een barbituraat dat in een lage dosering een zekere ontremming teweeg brengt. Om die reden werd het door sommige medici wel gezien als een middel waarmee zich verdrongen herinneringen naar boven laten halen.
- 5 De patiënt wordt hier en verderop sprekend opgevoerd, maar hij communiceerde zijn antwoorden schriftelijk en in het Frans. Ook de vragen werden hem in het Frans voorgelegd.
- 6 Dat wil zeggen dat Rob geen reacties vertoont die indicatief zijn voor emotionele *arousal*.

Literatuur

- APA (1995). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Barbarotto, R., M. Laiacona & G. Cocchini (1996). A case of simulated. Psychogenic or focal pure retrograde amnesia. Did an entire life become unconscious? *Neuropsychologia*, 34, 575-585.
- Christianson, S.A. & L.G. Nilsson (1989). Hysterical amnesia; A case of aversively motivated isolation of memory. In T. Archer & L.G. Nilsson (ed.). *Aversion, avoidance, and anxiety: Perspectives on aversively motivated behavior* (p. 289-310). Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Cima, M., H. Merckelbach, H. Nijman, E. Knauer & S. Hollnack (2002). I can't remember your honor: Offenders who claim amnesia. *German Journal of Psychiatry*, 5, 24-34.
- Crombag, H.F.M., & H. Merckelbach, (1996). *Hervonden herinneringen en andere misverstanden*. Amsterdam: Contact.
- De Renzi, E., F. Lucelli, S. Muggia & H. Spinnler (1995). Persistent retrograde amnesia following minor head trauma. *Cortex*, 31, 531-542.
- Domb, Y. & K. Beaman (1991). Mr X: A case of amnesia. *British Journal of Psychiatry*, 158, 423-425.
- Fried, R.I. (1988). The Stendhal syndrome: Hyperkulturemia. *Ohio Medicine Journal of the Ohio State Medical Association*, 84, 519-520.
- Gomperts, W. (1996). Herinneringen aan het hier-voormaals. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 7/8, 777-800.
- Haber, L., & R.N. Haber (1998). Judging the admissibility of eyewitness testimony of long past events. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 1135-1159.
- Hacking, I. (1999). *Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illness*. New York: Free Association Books.
- Horselenberg, R., H. Merckelbach, H. Crombag & P. van Koppen, (2002). Getuigen helpen herinneren. In P.J. Van Koppen, D.J. Hessing, H.L.G.J. Merckelbach & H.F.M. Crombag. *Het recht van binnen: Psychologie van het recht* (p. 320-334). Deventer: Kluwer.
- Kapur, N. (1991). Amnesia in relation to fugue states: Distinguishing a neurological from a psychogenic basis. *British Journal of Psychiatry*, 159, 872-877.
- Kaszniak, A.W., P.D. Nussbaum, M.R. Berren & J. Santiago (1988). Amnesia as a consequence of male rape: A case report. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 100-104.
- Koerselman, F. (1996). Ervaringen met narcoanalyse. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 7/8, 748-760.
- Kopelman, M.D. (1999). Varieties of false memory. *Cognitive neuropsychology*, 16, 197-214.
- Kopelman, M.D. (2000). Focal retrograde amnesia and the attribution of causality: An exceptionally critical review. *Cognitive neuropsychology*, 17, 585-621.
- Kopelman, M.D., H. Christensen, A. Puffett & N. Stanhope (1994). The great escape: A neuropsychological study of psychogenic amnesia. *Neuropsychologia*, 32, 675-691.
- Kopelman, M.D., R.E.A. Green, E.M. Guinan, P.D.R. Lewis & N. Stanhope (1994). The case of the amnesic intelligence officer. *Psychological medicine*, 24, 1037-1045.

SLEUTELN AAN GEHEUGENVERLIES

- Kopelman, M.D., C.P. Panayiotopoulos & P. Lewis (1992). Transient global amnesia differentiated from psychogenic fugue: Neuropsychological, EEG, and PET findings. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 57, 1002-1004.
- Kihlstrom, J.F. & D.L. Schacter (2000). Functional amnesia. In F. Boller & J. Grafman (eds.). *Handbook of neuropsychology: Vol. 2* (2nd Edition) (p. 409-427). Amsterdam: Elsevier.
- Lishman, W.A. (1998). *Organic psychiatry: The psychological consequences of cerebral disorder*. Oxford: Blackwell.
- Luria, A.R. (1986). *The mind of a mnemonist*. New York: Basic Books.
- Mackenzie Ross, S. (2000). Profound retrograde amnesia following mild head injury: Organic or functional? *Cortex*, 36, 521-537.
- Manning, L. (2002). Focal retrograde amnesia documented with matching anterograde and retrograde procedures. *Neuropsychologia*, 40, 28-38.
- Markowitsch, H.J. (1996). Organic and psychogenic retrograde amnesia: Two sides of the same coin? *Neurocase*, 2, 357-371.
- Markowitsch, H.J., J. Kessler, C. van der Ven, G. Weber-Luxemburger, M. Albers, & W.D. Heiss (1998). Psychic trauma causing grossly reduced brain metabolism and cognitive deterioration. *Neuropsychologia*, 36, 77-82.
- Merckelbach, H., N. Koevoets, M. Cima, & H. Nijman (2001). De Nederlandse versie van de sims. *De Psycholoog*, 36, 586-591.
- Piper, A. (1993). Truth serum and recovered memories of sexual abuse: A review of the evidence. *Journal of Psychiatry and Law*, 5, 447-471.
- Schacter, D.L., P.L. Wang, E. Tulving & M. Freedman (1982). Functional retrograde amnesia: A quantitative case study. *Neuropsychologia*, 20, 523-532.
- Smith, M.C. (1983). Hypnotic memory enhancement of witnesses: Does it work? *Psychological bulletin*, 94, 387-407.
- Stengel, E. (1941). The aetiology of fugue states. *Journal of Mental Science*, 87, 572.
- Tranel, D., & H. Damasio (1994). Neuroanatomical correlates of electrodermal skin conductance responses. *Psychophysiology*, 31, 427-438.
- Weinstein, E.A. (1996). Symbolic aspects of confabulation following brain injury: Influence of premorbid personality. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60, 331-350.

Summary

Merckelbach, H., M. Jelicic, I. Candel & R. Horselenberg
 'Tinkering with loss of memory. Iatrogenic elaboration of a case of retrograde amnesia'
 The current article describes the case of man with a massive form of retrograde amnesia that also involved loss of personal identity. Based on the idea that he suffered from neurotic or functional memory loss, the patient had been treated with hypnosis and pentobarbital and subsequently developed highly resistant pseudomemories about his own past. Neuropsychological as well as psychophysiological testing found evidence for a strong organic component in his memory difficulties. The case illustrates how hypnosis and pentobarbital might interfere with recovery from amnesia.

935

Personalia

Prof. dr H.L.G.J. Merckelbach (1959) is hoogleraar psychologie aan de Faculteit der Psychologie en de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Universiteit Maastricht (UM).
 Adres: h.merckelbach@psychology.unimaas.nl

Dr M. Jelicic (1959) is experimenteel neuropsycholoog en als universitair docent verbonden aan de Faculteit der Psychologie van de UM.

Drs I. Candel (1973) is research psycholoog en als assistent in opleiding werkzaam bij de Faculteit der Psychologie van de UM.

Drs R. Horselenberg (1973) is research psycholoog en als assistent in opleiding werkzaam bij de Faculteit der Psychologie van de UM.

Alle auteurs zijn lid van de Interfaculaire Werkgroep Rechtspsychologie van de UM. Zie: <http://www.psychology.unimaas.nl/Base/research/Psychology&law.htm>