

Somatische signalen van traumatisering

W.S. de Loos*

De nomenclatuur van psychotraumatische stoornissen

De gevolgen van traumatische levenservaringen zijn in de loop der jaren op nogal verschillende manieren en onder zeer verschillende benamingen beschreven. De meest bekende diagnose-categorie die op dit ogenblik in zwang is, is de *posttraumatische stress-stoornis* volgens de classificatie van de DSM-IV¹. Deze benaming heeft zijn intrede gedaan in 1980 met de DSM-III. Er zijn er echter vele aan voorafgegaan, die ieder op hun eigen wijze de medische en psychiatrische denkmodellen van hun tijd vertegenwoordigen. Daarnaast erkennen velen dat ook de moderne categorie van de posttraumatische stress-stoornis niet volledig is in het beschrijven van alle posttraumatische symptomen of syndromen. Sommigen, onder andere in Nederland, spreken van *posttraumatische persoonlijkheidsveranderingen*. Men erkent in toenemende mate dat *dissociatieve stoornissen* een gevolg kunnen zijn van traumatische levenservaring²⁺³, wat volgens sommigen ook geldt voor de *borderline-stoornis* (B.A. van der Kolk, persoonlijke mededeling). Bovendien ziet men bij veel traumaslachtoffers depressies optreden. In een aantal gevallen lijken de symptomen zich te beperken tot het sociale vlak, zoals een knik in de arbeidsloopbaan of het verlies van sociale contacten. De invloed van traumatische levenservaring is in psychiatrisch opzicht dus rijk geschakeerd. De leeftijd waarop traumatisering heeft plaatsgevonden en de duur van de symptomen spelen daarbij een belangrijke rol.⁴ Zo lijkt het erop dat dissociatieve en borderline-stoornissen worden gevonden na traumatisering op zeer jonge leeftijd. De posttraumatische persoonlijkheidsverandering komt men vooral tegen bij personen die al vele tientallen jaren daarvoor zijn getraumatiseerd.

Wanneer men de aard van psychotraumatische ervaringen onderzoekt, is het begrijpelijk dat de gebeurtenissen zélf de thematiek van de herinneringen bepalen en dus ook van het vermijdingsgedrag. Voor het overige kan men geen specifieke relatie vaststellen tussen de vorm van

* Internist Polikliniek Psychotraumatologie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht en het Centraal Militair Hospitaal.

traumatisering en de aard van de traumarespons. Dit heeft Van der Kolk aanleiding gegeven te spreken van het traumaspectrum⁵: het gehele spectrum van psychotraumata kan leiden tot een breed spectrum van traumatische responsen. Enerzijds rijst nu de vraag wat er gemeenschappelijk is in de verschillende vormen van traumatisering. Dit is sterk afhankelijk van de ontwikkeling van de individuele persoon, namelijk van de ervaringen waarmee het individu heeft leren omgaan. De DSM-criteria spreken van de ervaring of getuigenis van dood, doodsdreiging, ernstig letsel of bedreiging van de lichamelijke integriteit van de eigen persoon of anderen; er is daarbij een reactie van hevige angst, hulpeloosheid of afgrijzen. Men neemt dus aan dat het moet gaan om ervaringen die voor ieder mens - van die leeftijd - ernstig bedreigend zouden zijn. Anderzijds kan men zich afvragen of er wellicht toch gemeenschappelijke kenmerken zijn te vinden in de verscheidenheid van posttraumatische syndromen. Er is in het bovenstaande voornamelijk een psychosociaal beschrijvingsmodel gehanteerd. Voor het beantwoorden van deze vraag lijkt het mij van belang om hier de biologische dimensie aan toe te voegen.

Er bestaat een aanzienlijk aantal oude syndroombenamingen welke zijn ontleend aan populaties patiënten van wie men mag aannemen dat zij in belangrijke mate psychisch zijn getraumatiseerd. Zo beschreef Jacob Mendes da Costa in 1871 het syndroom van het *prikkelbare hart* (irritable heart) aan de hand van honderden veteranen van de Amerikaanse Burgeroorlog. Beard had in 1869 al geschreven over *neurasthenie* of *zenuwuitputting* en Hartshorne in 1863 over *hartspieruitputting* in het leger. Andere vergelijkbare benamingen waren het *soldatenhart*, '*disordered action of the heart*' en '*valvular disease of the heart*'. Ook spreekt men wel van het *effort syndrome* en van *hyperdynamische bèta-adrenerge circulatie*, *bijnieruitputting*, *hartneurose* en *hyperkinetisch hartsyndroom*.⁶ Daarnaast zijn er benamingen in omloop als *neurocirculatoire asthenie* en *autonoom dysfunctiesyndroom*. In 1941 koos Abraham Kardiner de kwalificatie '*physioneurosis*' als beschrijving voor zijn observatie van traumatische oorlogsneurosen bij veteranen van de Eerste Wereldoorlog. Hij wilde hiermee uitdrukken dat dit soort neurose op opvallende wijze wordt begeleid door fysiologische verschijnselen. In de laatste decennia is er een overvloed aan fysiologische gegevens beschikbaar gekomen die wijzen op een belangrijke biologische ondergrond voor de psychosociale manifestaties van psychische traumatisering.⁷

De biologie van overleving en uitputting

Een tweede bron van argumenten die wijzen op een algemene biologische noemer voor het traumaspectrum, ontleen ik aan de vergelijkende biologie. Het spectrum van psychotraumatische stoornissen heeft chronisch verhoogde waakzaamheid als gemeenschappelijk kenmerk en op de lange termijn ook tekenen van uitputting. Chronisch verhoogde waakzaamheid is bij de mens goed vergelijkbaar met de fundamentele alarmreactie bij zoogdieren, die in de psychobiologische literatuur veelvuldig is beschreven als de *defence reaction*.⁸⁻¹¹ De eerste aanzet hiervoor is gegeven door Cannon, die in de eerste decennia van deze eeuw veel onderzoek heeft verricht naar de fysiologie van omstandigheden als pijn, honger, angst en woede.¹² De *defence reaction* is de wijze waarop een individueel organisme zich in gedrag en fysiologie voorbereidt op maximale levensreddende inspanning na het waarnemen van signalen die op levensbedreiging wijzen. Deze responsen zijn bij verschillende diersoorten goed onderzocht, met inbegrip van de structuren in het centraal zenuwstelsel die deze psychobiologische responsen tot stand brengen.¹³⁻¹⁸ De belangrijkste kenmerken zijn: soort-specifiek waakzaamheidsgedrag, activering van ademhaling en bloedsomloop, toename van de spierspanning, darm- en blaasontlediging, pupilverwijding en piloerectie. Deze aanpassingsreacties van zoogdieren in het algemeen hebben duidelijke parallellen bij de mens, daar het om een reactiepatroon gaat dat wordt gegenereerd door de fylogenetisch zeer oude hersendelen van verlengde merg, hersenstam en limbische systeem, de paleocortex.¹⁹ Wat bij dieren de fysiologie van aanpassingsgedrag is, heet bij de mens psychofysiologie. Tabel 1 geeft een overzicht van de symptomen, gerangschikt volgens orgaansystemen (zie p. 27). Lang bestaande verschijnselen van verhoogde waakzaamheid, alarm of angst leiden vaak tot een vorm van uitputting. Uit de etiologie en fysiologie van dieren is dit bekend in de vorm van elkaar complementerende beschrijvingsmodellen zoals *conservation-withdrawal*²⁰ en *learned (drawal) helplessness*²¹. De parallel bij de mens is de *depressie* met belangrijke biologische kenmerken, ook vitale depressie genoemd, of andere presentatievormen van vitale uitputting.²² De belangrijkste verschijnselen zijn slaapstoornissen, moeheid, dagschommelingen, initiatiefverlies en motorische remming, eetstoornissen, het koud hebben, een droge huid door verminderde zweet- en talgsecretie, obstipatie, libidoverlies en impotentie, lage bloeddruk met orthostase en verhoogde pijngevoeligheid.

Tabel 1: *De psychofysiologie van verhoogde waakzaamheid of angst*

Centraal zenuwstelsel:	Ademhaling:
duizeligheid	benauwdheid
oorsuizen	stokkende adem
wazig zien	zuchten
wijde pupillen	hyperventilatie
uitpuilende/angstogen	
bewustzijnsstoornissen	Maag-darmstelsel:
	prop in de keel
Spier-zenuwstelsel:	slokdarmkrampen
tremor	opgeblazen gevoel
tetanie	boeren/aërofagie
paraesthesieën	misselijkheid, braken
tandenknarsen (bruxisme)	heftige peristaltiek
kaakpijn (syndroom van Costen)	buikkrampen
spanningshoofdpijn	snelle darmontleding en
spierpijnen, myogelosen	periodieke obstipatie
knikkende knieën	
uitputting, zwakte	Urogenitaal:
	urgent/frequent urineren
Bloedsomloop:	paradoxe erectie/ejaculatie
hartbonzen	vaginisme
overslaan van het hart	
snelle hartslag	Diversen:
pijn/druk op de borst	urticaria (cholinerg/adrenerg)
bleek/grauw zien	(nachtelijk) transpireren
plotselinge bloeddrukstijgingen	kippenvel
	koortsaanval

De menselijke vertaling - medische subculturen

Wanneer men de verschijnselen van alarm en uitputting bij dieren onderzoekt, observeert men het gedrag en de fysiologische veranderingen. Wanneer men zich bij de mens ook zou beperken tot het observeren van gedrag en fysiologie, blijkt dat men veel vaker de diagnoses alarmrespons of vitale uitputting kan stellen dan men op grond van psychiatrische diagnostiek in engere zin zou kunnen doen. Voor dit

laatste is het namelijk noodzakelijk, dat de patiënt bijpassende gevoelens op een herkenbare wijze onder woorden brengt, opdat er een psychiatrische diagnose tot stand kan komen. Wanneer men psychofysiologische en ethologische reacties vanuit een fylogenetisch en ontogenetisch perspectief beschouwt, is een dergelijke discrepantie tussen functionele somatische syndromen en psychiatrische diagnoses voorspelbaar en begrijpelijk. Als men de psychofysiologie van waakzaamheid en uitputting bij de mens beschrijft als de fysiologie van aanpassingsgedrag, vermijdt men de moeilijkheid van het toepassen van inzichten uit de menselijke psychologie op dieren. Zowel dieren als jonge mensen die nog niet tot het verbaliseren van hun gevoelens - van het eigen lichaam geabstraheerde verbale begrippen - in staat zijn, vertonen al de fysiologie van aanpassingsgedrag. Ook wanneer mensen eenmaal wel in staat zijn emoties te benoemen los van hun lichamelijke belevingen, zullen zij toch altijd kunnen herkennen dat emoties gepaard gaan met lichamelijke sensaties; die behoren tot de fysiologie van het aanpassingsgedrag.

Dit betekent kortom, dat mensen hun emoties in de loop van hun leven leren kennen van hun lichaam. De taal bevat vele metaforen die emoties uitdrukken in termen van lichamelijke gewaarwordingen. Het is daarom fundamenteel onjuist om te veronderstellen dat mensen hun emoties projecteren in hun lichaam. Het omgekeerde is juist het geval. Het begrip somatiseren heeft om die redenen dan ook geen verhelderende waarde. Ieder mens beleeft zijn adaptatiereacties altijd in de eerste plaats lichamelijk en leert als het goed is om deze reacties te psychologiseren als emoties die in woorden kunnen worden uitgedrukt. Wat men in de wandeling somatiseren noemt, houdt verband met het verschijnsel dat niet alle mensen even goed blijken te leren om hun psychofysiologie te vertalen in geabstraheerde, dat wil zeggen verbaliseerbare emoties. Ook kan men in voorkomende gevallen veronderstellen dat individuen dit eerder misschien wel hebben gekund, maar dat zij het onder bepaalde omstandigheden niet willen of durven, bijvoorbeeld wanneer het om emoties gaat die het ik te sterk overspoelen. Bij het ontbreken van geverbaliseerde emoties voor psychofysiologische verschijnselen, worden deze vaak gepresenteerd als klacht over het functioneren van het lichaam. Men kan dan spreken van *alexithymie*: het niet kunnen lezen van het eigen gevoel.²³⁺²⁴ Het betekent dat de patiënt de taal van het gevoel niet goed kan spreken.

Het bovenstaande houdt in dat er een grote groep van als stoornis beleefde functionele syndromen bestaat, waarvan bepaalde psychiatrische stoornissen een bijzonder geval, een deelgebied zijn. Functionele syndromen blijken dus op psychofysiologische responsen te berusten. Zij zijn een groep van stoornissen in zichzelf en mogen als fundamenteel en algemeen worden beschouwd, terwijl sommige psychiatrische syndromen hiervan meer bijzondere uitingen zijn. Dit is het makkelijkst in te zien voor de angst- en stemmingsstoornissen, waarvoor het noodzakelijk is dat de patiënt herkenbare connotaties voor angst of wanhoop gebruikt. Tabel 2 poogt een opsomming te geven van namen waaronder zulke psychologische syndromen met weinig of geen geverbaliseerde emotie bekend staan en die hebben geleid tot de ontwikkeling van allerlei medische subculturen (zie p. 30). Ten gevolge van het primaat van de psychofysiologische verschijnselen boven de vertaling ervan in psychiatrische stoornissen is het onvruchtbaar om deze functionele syndromen op te vatten als gemaskeerde psychiatrische stoornissen. Er wordt namelijk niets gemaskeerd. Men moet echter begrijpen dat in de gevallen waarin zich de psychofysiologie van alarm of uitputting manifesteert, er een oorzaak in het verleden kan hebben bestaan die daartoe aanleiding is blijven geven. Dit inzicht verschilt op zich niet van het inzicht dat een oorzaak in het verleden na zelfs vijftig jaar nog steeds aanleiding kan geven tot nachtmerries en een goed herkenbare posttraumatische stress-stoornis. Men mag dan ook concluderen dat functionele syndromen zoals opgesomd in Tabel 2 rechtstreekse uitingen kunnen zijn van psychische traumatisering.

Somatoforme stoornissen

Binnen het kader van de lichamelijke klachten is er een tweede groep stoornissen die van belang is in het kader van psychische traumatisering. Het is een groep die in de medische praktijk in de regel nogal weerbarstig en ontoegankelijk is. Ik bedoel hiermee de somatoforme stoornissen. De gebruikelijke definitie ervan is dat het lichamelijke klachten betreft die niet verklaard kunnen worden door fysiologische of pathofysiologische verschijnselen. De reeds eerder genoemde DSM-IV geeft van deze groep een op het eerste gezicht uitstekend bruikbaar overzicht, zeker vanuit fenomenologisch oogpunt.

1. *Hypochondrie*: de vaste overtuiging of angst een ernstige ziekte te hebben op grond van lichamelijke klachten die niet op zo'n ziekte berusten, terwijl de patiënt zich niet op redelijke gronden laat geruststellen.
2. De *somatisatiestoornis*: een ingewikkeld complex van zeer vele elkaar opvolgende lichamelijke klachten zonder organische ziekte, beurtelings gelokaliseerd in vele verschillende orgaansystemen van het lichaam; de reeks begint meestal al op jonge of jong-volwassen leeftijd en houdt in de regel tientallen jaren aan.
3. De *somatoforme pijnstoornis*: als zeer storend gepresenteerde pijn die niet in verband kan worden gebracht met een fysiologisch patroon noch met een pathofysiologisch substraat, of die hiervan een buitensporige overdrijving lijkt te zijn.
4. De *conversiestoornis*: het verlies van of een verandering in een lichamelijke functie, die een lichamelijke ziekte doet vermoeden; de patiënt bootst niet bewust of bedoeld een symptoom na.
5. De *stoornis van het dysmorphe lichaamsbeleven*: de patiënt presenteert een ogenschijnlijk normaal of onbetekenend verschijnsel of aspect van het lichaam als sterk afwijkend.
6. De *ongedifferentieerde somatoforme stoornis*: deze bestaat uit enkele lichamelijke klachten zonder, of met een naar verhouding zeer onbetekenend pathofysiologisch substraat.
7. De *somatoforme stoornis zonder nadere specificatie*: dit zijn onvolledige of tussenvormen die aan geen van bovenstaande criteria voldoen.

Tabel 2: *Functionele syndromen*

Hartspieruitputting	Adrenal exhaustion
Aërofagie-syndroom	Hartneurose
Soldatenhart	Hyperkinetisch hartsyndroom
Irritable bowel syndrome	Overtraining
Irritable heart	Aspecifieke thoracale klachten
Syndroom van Da Costa	Mitralisklepprolapssyndroom *
Disordered action of the heart *#	Hyperventilatie
Valvular disease of the heart *#	Autonome dysfunctiesyndroom
Effort syndrome	Neurasthenie
Effort phobia	Fat folder syndrome
Hyperdynamische bèta-adrenerge circulatie	Multiple doctor syndrome
	Fibromyalgie-syndroom

Fibrositis	IJsland-ziekte
Spanningsreuma	Cholesterolosis
Psychogeen reuma	Chronisch postviraal syndroom
Spastisch colon	Postvirale asthenie
Spastisch bekkenbodemsyndroom	Post-Pfeiffersyndroom
Proctalgia Fugax	Chronisch moeheidssyndroom
Instabiele blaas	Chronic fatigue & immune deficiency syndrome (CFIDS)*
Urethritis spastica	Yuppie Flu
Chronische brucellose	Chronische candidiasis *
Epidemische neuromyasthenie	Allergisch voor alles *
Benigne myalgische encephalomyelitis (ME)	Suikerintolerantie *
Royal Free Hospital disease	Reactieve hypoglycaemieën

* De aangeduide pathologie kan onafhankelijk van de angstfysiologie voorkomen met geheel op zichzelf staande oorzaken.

Negentiende-eeuwse diagnoses zonder aangetoonde organische afwijkingen.

Psychobiologische grondslagen

Hoewel deze indeling de classificatie van gepresenteerde klachten goed toelaat, draagt zij weinig bij tot het ziektekundig begrip van de beelden zelf. De *hypochondrie* en de *somatisatiestoornis* worden, wat de lichamelijke klachten in engere zin betreft, beide onveranderlijk gekenmerkt door de psychofysiologische symptomen van verhoogde waakzaamheid en uitputting. Steeds kan men de symptomen opgesomd in Tabel 1 hierin terugvinden. Het bijzondere kenmerk van de *hypochondrie* is dat de patiënt in zijn angstige en wanhopige beleving van de realiteit aan deze symptomen de interpretatie toekent dat het wel zeer ernstig, zelfs fataal met hem gesteld moet zijn. Zulke patiënten dringen vanuit hun angst sterk aan op telkens meer medisch onderzoek, terwijl geruststellende resultaten niet leiden tot vermindering van hun angst. Men komt deze beelden veelvuldig tegen bij patiënten van wie het bekend is dat zij een traumatische levenservaring hebben ondergaan, vaak van catastrofale intensiteit, zoals concentratiekamp-gevangenschap en langdurige marteling. De *somatisatiestoornis* is eigenlijk betrekkelijk zeldzaam; men vindt deze frequenter bij vrouwen dan bij mannen. Het kenmerkende patroon ervan is dat er telkens weer een andere lichamelijke klacht wordt gepresenteerd, en dat de patiënt de arts machteloos maakt met de

onoplosbaarheid ervan en hem niet zelden verleidt tot het uitvoeren van beschadigende vormen van onderzoek en behandeling. De lijst van symptomen die in de DSM-IV als kenmerkend worden genoemd, omvat vele van de symptomen uit Tabel 1 en voorts een aantal conversievervalselen. Niet zelden blijkt het dat vrouwen met dit syndroom onderhevig zijn geweest aan psychotraumata zoals incest of verkrachting.

De *somatoforme pijnstoornis* is traditioneel in de gezondheidszorg een van de moeilijkste problemen die zich kunnen voordoen. Het is mij echter gebleken dat het vruchtbaar kan zijn om aan de lijder hieraan te vragen, hoe hij of zij de pijn nu precies voelt en om dit zo gedetailleerd mogelijk te beschrijven. Telkens bleek ik bij zulke gelegenheden beschrijvingen voorgeschoteld te krijgen in de vorm van herinneringen aan gebeurtenissen die bij deze patiënten zulke pijn hadden veroorzaakt. Het zal geen verbazing wekken dat dit in de regel traumatische ervaringen waren of pijnlijke ervaringen onder zeer bedreigende omstandigheden. Bij zorgvuldige beschouwing gaat het overigens lang niet altijd alleen om pijn, maar ook om allerlei vormen van dysaesthesie, dus als onaangenaam ervaren sensaties van tastzin, reuk en smaak. In dit perspectief bezien passen deze sensaties goed in het concept van onvolledige herinnering of reminiscentie zoals beschreven door Pierre Janet in het begin van deze eeuw.²⁵ Janet onderscheidde twee vormen van herinnering. Hij sprak pas van een echte, volledige herinnering, wanneer deze gepaard ging met bewuste gevoelens, die in een sociaal contact konden worden overgebracht aan de deelgenoot. Zulke herinneringen beleeft men als geïntegreerd in het bestaan en zij evolueren mee in de levensloop. Janet sprak echter van reminiscenties, als bij een herinnering de normaal te verwachten, begeleidende emotie ontbrak. Hij had geobserveerd dat zulke reminiscenties in de loop van het leven nauwelijks aan verandering onderhevig zijn en dat zij pas evolueren, als de bijbehorende emotie terugkomt. Men kan zulks ook goed beschrijven volgens het tegenwoordig gebruikte model van intrusieve herinnering. In het geval van pijn en dysaesthesie zijn deze herinneringen van lichamelijk sensorische aard.

De derde belangrijke groep onder de somatoforme stoornissen is de *conversie*. Het niet kunnen beschikken over een normale lichaamsfunctie kan betekenis hebben als poging tot vermindering van waarnemingen of handelingen die betrekking hebben op vroegere belevenissen met

traumatische aspecten. Kokhalzen of braken bleek eens in verband te staan met een traumatisch ervaren fellatio. Niet kunnen schrijven bleek mij eens gerelateerd te zijn aan de dwang om voor de SS-kampbewaking de dode lotgenoten in het Duitse concentratiekamp te registreren; later moest dezelfde persoon voor zijn psychotherapeut 's nachts zijn nachtmerries opschrijven, die gingen over als zeer traumatisch en walgelijk ervaren gebeurtenissen zoals de reeds genoemde fellatio met een Kapo. Er is nog een ander opmerkelijk verschijnsel bekend, dat men het beste zou kunnen beschrijven als een telkens herhaalde uitvoering van een stereotiep motorisch patroon, maar meer dan alleen een nerveuze tic. Janet heeft dit eveneens uitvoerig beschreven en gekwalificeerd als een reminiscentie aan een traumatische gebeurtenis.²⁶ Recent is dergelijk gedrag opnieuw beschreven onder de Engelse benaming 'reenactment'.²⁷ Het gaat hierbij duidelijk om motorische herinneringspatronen als vormen van intrusieve herinnering.

De *stoornis van de dysmorfe lichaamsbeleving* komt men in de regel niet geïsoleerd tegen. Het is een heel gewone begeleidende klacht bij de hypochondrie en in sommige gevallen zal men niet gemakkelijk onderscheid kunnen maken met de dysaesthesie zoals ik die in het kader van de somatoforme pijnstoornis heb genoemd. De laatste twee somatoforme stoornissen⁶⁺⁷ zijn minder uitgebreide vormen van de reeds genoemde.

De hoofdzaken van de psychotraumatische reactie

Uit de bovenstaande beschouwing blijkt, dat de somatoforme stoornissen bestaan uit een samenstelsel van:

1. psychofysiologische responsen van verhoogde waakzaamheid en/of uitputting;
2. intrusieve herinnering van bedreigende pijnervaringen;
3. pogingen tot vermijding van traumatische herinneringen.

Als groep bevatten zij zodoende dezelfde componenten als de posttraumatische stress-stoornis zoals gedefinieerd in DSM-IV. Na het eerste criterium, dat de aard van het trauma beschrijft, volgen er namelijk drie groepen van criteria die in de volgorde van de DSM-handleiding betrekking hebben op:

- herbelevingssymptomen (herinnering);
- aanhoudende vermijding van aan het trauma geassocieerde stimuli of sterke afvlakking van de algemene reactiviteit;

- aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (de psychofysiologie van verhoogde waakzaamheid).

Het ziet ernaar uit dat de drie elementen herinnering, vermijding en verhoogde waakzaamheid de kern vormen van iedere reactiewijze op psychotraumatische ervaring. De diagnostische handleiding voor de eenheid 'PTSS' omvat vele details, waaraan psychiatrische syndromen met een vermoede psychotraumatische etiologie niet altijd voldoen, en het zal geen verbazing wekken dat ook de posttraumatische stressstoornis naar de letter van de DSM-handleiding nogal eens in onvolledige vorm voorkomt. Somatoforme stoornissen kunnen zodoende goed worden begrepen als posttraumatische syndromen en het kan dus van belang zijn bij patiënten met een dergelijke stoornis een onderzoek te doen naar de biografie.

Zowel de groep van functionele psychofysiologische syndromen als de somatoforme stoornissen kunnen dus uitingen zijn van existentiële traumatisering. Meer in het algemeen betekent dit, dat patronen van lichamelijke klachten die specifiek zijn ten aanzien van de diagnostiek van organische aandoeningen, een *specifieke betekenis* hebben voor wat er gaande is in het centrale zenuwstelsel. De psychofysiologie verraadt zonder mankeren dat het centrale zenuwstelsel in een toestand van alarm of uitputting is. Voor het overige spreken de somatoforme stoornissen voor de goede verstaander in duidelijk herkenbare taal over herinneringen aan existentiële bedreiging en pogingen tot vermijding daarvan.

Het verlies van de analyse en de winst van de reïntegratie

Bij diagnostische twijfel over de aanwezigheid en betekenis van een functioneel syndroom leidt verwijzing door huisarts, verzekeringsgeneeskundige of bedrijfsarts naar een psychiater voor expertise of hulpverlening vaak tot teleurstelling. Een psychiatrische stoornis is namelijk lang niet altijd definieerbaar aanwezig. Is er sprake van een somatoforme stoornis, dan voelt de patiënt zich bij de psychiater vaak niet op zijn plaats. Ook zijn de bovengeschetste denkbeelden over de traumatische achtergronden van zulke toestandsbeelden in de psychiatrie zeker nog geen gemeengoed. Verwijzing naar somatische specialisten levert complementaire moeilijkheden op. Zij plegen uitsluitend de afwezigheid van onherstelbare organische beschadigingen vast te stellen. Dit geldt zowel voor de functionele psychofysiologische syndromen als voor de

somatoforme stoornissen. Voorts is het in de psychotraumatologie een goed bekend probleem dat slachtoffers van existentiële traumatisering een geringe neiging hebben om uit eigen beweging over hun traumatische ervaringen te spreken. Vooral bij expertises zijn zij nogal eens geneigd zich groot te houden of om de traumatiserende betekenis van gebeurtenissen bij de onderzoeker bekend te veronderstellen. Vaak, of eigenlijk bijna altijd, vormen aan de traumatische situatie gekoppelde schuldgevoelens een extra belemmering erover te spreken. Alleen een maximaal empathische instelling van de onderzoeker kan deze problemen ondervangen. Daarvoor is het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de onderzochte van groot belang. Juist bij keuringen en expertises is dit niet zo eenvoudig. De uitvoeringspraktijk van de Wet Buitengewoon Pensioen 1940-1945 (WBP) heeft geleerd dat voorbereiding en begeleiding van de betrokkenen door een vertrouwensarts hierbij van groot nut kan zijn. Dit kan de diagnostiek sterk verbeteren, de formele procedure bekorten met inbegrip van de juridische complicaties van miskennis en procesvoering, en ten slotte ook het hertraumatiserend effect van de onderzoeksprocedure verminderen. Door het vergelijken van verschillende begeleidingsmodellen van aanvragers van een buitengewoon pensioen bleek dat dit systeem tot zeer belangrijke winst had geleid (W. Op den Velde, persoonlijke mededeling).

Samenvatting

Chronisch verhoogde waakzaamheid bij de mens is goed vergelijkbaar met de fundamentele alarmreactie bij zoogdieren. Bij de mens vindt men chronische en aanvalsgewijze psychofysiologische verschijnselen, die niet specifiek zijn voor lichamelijke ziekten. Het langdurig bestaan van zulke alarmverschijnselen leidt vaak tot uitputting. Een belangrijk probleem bij deze reactiewijzen van de mens is dat zij niet vergezeld hoeven te gaan van een obligate psychiatrische diagnose. Dit komt doordat mensen hun emoties van hun lichaam leren. Het is niet zo dat mensen hun emoties op hun lichaam projecteren. Niet alle mensen lijken echter goed in staat om hun psychofysiologische zelfwaarneming te vertalen naar geabstraheerde emoties. Vanuit deze inzichten moet men de functionele syndromen die op psychofysiologische responsen berusten, dan ook onderkennen als een groep van stoornissen op zichzelf. Deze zijn fundamenteel en algemeen, terwijl psychiatrische syndromen zoals de angst- en stemmingsstoornissen hiervan meer bijzondere uitingen zijn.

Somatoforme stoornissen blijken bij zorgvuldige analyse van de lichamelijke klachten te bestaan uit drie componenten, te weten:

- psychofysiologische responsen;
- intrusieve herinneringen aan bedreigende pijnervaringen zonder meegevoelde emotie; en
- pogingen tot vermijding van waarnemingen of handelingen die betrekking hebben op vroegere belevenissen met traumatische aspecten.

Zo beschouwd bevatten zij dezelfde componenten als de posttraumatische stress-stoornis volgens DSM-IV. Somatoforme stoornissen kunnen dus, evenals de functionele psychofysiologische syndromen, begrepen worden als uitingen van existentiële traumatisering.

De klassieke afbakening tussen de medische specialismen verhindert veelal een geïntegreerd oordeel over de betekenis van zulke syndromen. De interpretatie wordt vaak bemoeilijkt door de geringe neiging van psychisch getraumatiseerden om hun ervaringen aan anderen mede te delen. Vaak is er zelfs sprake van verdringing of amnesie. Vermoedens op grond van deskundigheid bij de onderzoekers en begeleiding bij expertises door vertrouwensartsen kunnen hierbij van groot belang zijn.

Noten

1. (DSM-IV), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition.* Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
2. Hart, O. van der en R. Horst, 'The dissociation theory of Pierre Janet'. In: *Journal of Traumatic Stress* vol. 2 (1989) 4, 397-412.
3. Hart, O. van der (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose.* Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger, 1991.
4. Wolters, W.H.G. (red.), *Psychotrauma's bij jongeren.* Baarn: Ambo, 1991.
5. Kolk, B.A. van der, 'The trauma spectrum. The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response'. In: *Journal of Traumatic Stress* vol. 1 (1988) 3, 273-290.
6. Paul, O., 'Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia'. In: *British Heart Journal* vol. 58 (1987) 306-315.
7. Friedman, M.J., 'Biological approaches to the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder.' In: *Journal of Traumatic Stress* vol. 4 (1991) 4, 67-91.

8. Hess, W.R. en M. Brügger, 'Das subortikale Zentrum der affektiven Abwehrreaktion'. In: *Helv. Physiol. Pharmacol. Acta* (1943) 1, 33-52.
9. Abrahams, V.C. en S.M. Hilton, 'Active muscle vasodilatation and its relation to the "flight and fight reactions" in the conscious mind'. In: *Proc. Physiol. Soc.* (1957) en *J. Physiol.* (London) (1958) 140, 16P-17P.
10. Stebbins, W.C. en O.A. Smith, 'Cardiovascular concomitants of the conditioned emotional response in the monkey'. In: *Science* vol. 144 (1964) 881-883.
11. Federici, A., A. Rizzo en A. Cevese, 'Role of the autonomic nervous system in the control of heart rate and blood pressure in the defence reaction in conscious dogs'. In: *J. Auton. Nerv. Syst.* vol. 12 (1985) 333-345.
12. Cannon, W.B., *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: Appleton Press, 1915.
13. Hilton, S.M. en A.W. Zbrozyna, 'Amygdaloid region for defence reactions and its efferent pathway to the brain stem'. In: *J. Physiol.* (London) (1963) 165, 160-173.
14. Hunsperger, R.W., 'Postural tonus and cardiac activity during centrally elicited effective reactions in the cat'. In: *Ann. N.Y. Acad. Sci.* vol. 159 (1969) 1013-1024.
15. Smith, O.A. en J.L. DeVito, 'Central neural integration for the control of autonomic responses associated with emotion'. In: *Ann. Rev. Neurosci.* vol. 7 (1984) 46-65.
16. Hilton, S.M. en W.S. Redfern, 'A search for brain stem cell groups integrating the defence reaction in the rat'. In: *J. Physiol.* (London) (1986) 378, 213-228.
17. Yardley, C.P. en S.M. Hilton, 'The hypothalamic and brainstem areas from which the cardiovascular and behavioural components of the defence reaction are elicited in the rat'. In: *J. Auton. Nerv. Syst.* vol. 15 (1986) 227-244.
18. Iwata, J. K. Chida en J.E. LeDoux, 'Cardiovascular responses elicited by stimulation of neurons in the central amygdaloid nucleus in awake but not anesthetized rats resemble conditioned emotional responses'. In: *Brain Res.* (1987) 418, 183-188.
19. Gorman, J.M., M.R. Liebowitz, A.J. Frier en J. Stein, 'A neuroanatomical hypothesis for panic disorder.' In: *American Journal of Psychiatry* vol. 146 (1989) 148-161.
20. Henry, J.P., 'Mechanisms of psychosomatic disease in animals'. In: *Adv. Vet. Sci. Compar. Med.* vol. 20 (1976) 115-145.
21. Seligman, M.E.P., *Helplessness; on depression, development and death*. San Francisco: W.H. Freeman, 1975.
22. Appels, A., P. Mulder en P. Höppener, 'A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction'. In: *Int. J. Cardiol.* vol. 17 (1987) 15-24.
23. Sifneos, P.E., 'The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients'. In: *Psychotherapy and Psychosomatics* vol. 22 (1973) 255-262.

24. Beitman, B.D. [et al.], 'Non-fearful panic disorder; panic attacks without fear'. In: *Behav. Res. Ther.* vol. 25 (1987) 487-492.
25. Janet, P., *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps; compte-rendu intégral des conférences d'après les notes sténographiques*. Paris: A. Cahine, 1928, 205-225.
26. Janet, P., *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*.
27. Lindy, J.D., B.L. Green en M. Grace, 'Somatic reenactment in the treatment of post-traumatic stress disorder'. In: *Psychotherapy and Psychosomatics* vol. 57 (1992) 180-186.