

Lichamelijke klachten na georganiseerd geweld – een psychosomatische benadering

W.S. de Loos

De hulpvraag van oorlogs- en geweldsslachtoffers is vaak weinig gedifferentieerd. Het verduidelijken van die hulpvraag en de verdere analyse ervan vragen in het algemeen een breed georiënteerde geneeskundige benadering. Nu blijkt uit de gepresenteerde psychische en/of somatische pathologie lang niet altijd dat er sprake is van een geweldservaring in het verleden. Bovendien wordt dit ook vaak verzwegen. Het opsporen van deze relatie vergt daarom nogal eens vasthoudendheid en inventiviteit naast steeds noodzakelijke voorwaarden als empathie, sensitiviteit en een goede gesprekstechniek. De gepresenteerde problemen kunnen in causale relatie staan tot oorlog, marteling of ander geweld en kenmerken zich door specifieke thema's of symbolische betekenisgeving. Maar ook als het oorzakelijke verband niet duidelijk aanwezig is, kan de presentatie en beleving van aandoeningen toch sterk door het traumatische verleden beïnvloed worden. De ervaring leert, dat dit de diagnostiek en behandeling kan bemoeilijken.

De meer specifieke late gevolgen van traumatische stress (in engere zin: de uitgestelde chronische posttraumatische stress-stoornissen) worden bijna altijd voorafgegaan door een scala van stoornissen, waarvan de diepere oorzaak op dat tijdstip nog niet duidelijk is. Zulke stoornissen worden specifiek genoemd, omdat verschijnselen als overspannenheid en functionele klachten kunnen samenhangen met verschillende psycho-sociale stressoren. Het is dan ook voor alle hulpverleners van belang te weten, dat zich in alle fasen na de traumatisering velerlei lichamelijke klachten en symptomen plegen voor te doen. Vanuit een integraal geneeskundige of psychosomatische invalshoek kan men het complex van klachten en verschijnselen in vijf hoofdgroepen indelen.

1. Psychosociale klachten en verschijnselen

In wezen gaat het bij geweldsslachtoffers om het herbeleven en afweren van doodsangst, de bijbehorende waakzaamheid en vele vormen van conditionering hierop. Dit is begrijpelijk wanneer men het existentiële psychotrauma opvat als een gebeurtenis, die zijn oorsprong heeft in de wereld buiten de eigen persoon, een wezenlijke levensbedreiging inhoudt en gepaard gaat met heftige angst en machteloosheid. Angst en waakzaamheid kunnen op zeer verschillende manieren beleefd en verwoord worden, bijvoorbeeld:

Er staat iets te gebeuren; ik moet er op uit; ik sta op tilt; verstijving; ik kan razendsnel handelen als het moet, maar als ik niets kan doen voel ik mij ellendig; vlaag van moeheid; heel erg onzeker; heel erg onrustig; ik ben

zo ongerust!; echt helemaal niet op mijn gemak; ik ben zo benauwd; ik ben bang dat ik zal stikken; ik ben mijzelf niet (tijdelijke depersonalisatie); een plotselinge duizeling; knikkende knieën; alles lijkt plotseling zo vreemd (derealisatie); enzovoort.

Verschijselen die zich in de praktijk vaak voordoen staan genoemd in Tabel 1.

Tabel 1: Psychische functiestoornissen bij oorlogs- en geweldsgetroffenen

Slaapstoornissen	Zwerfdrang
Schreeuwen, trappen in de slaap	Treinfobie
Nachtmerries	Mensenvrees
Flashbacks / dagdromen	Vrees voor dichte deuren
Paniek aanvallen	Niet kunnen wachten
Heftige schrikreacties (b.v. door stampen, autoportieren, bel etc.)	Niet in de rij kunnen staan
Driftbuien	Schuld- en schaamtegevoelens, vaak "overlevingsschuld"
Huilbuien	Geheugen-/concentratiestoornissen
Achterdocht	Apathie
Autoriteitsconflicten	Anhedonie
Neergaande carrièrelijn	Gevoelsverdooving
Sociale isolatie	Alexithymie
Workaholic syndrome	Dissimuleren van ziekte
Vermijden van confrontaties	Vrees voor artsen/ziekenhuizen
Traumatofilia	Verslaving aan alcohol, tabak, tranquillizers, e.a.
Dwanggedrag	

2. Somatoforme stoornissen

Somatoforme stoornissen zijn lichamelijke klachten die niet verklaard kunnen worden door aantoonbare lichamelijke bevindingen of bekende fysiologische mechanismen. Ze hebben vaak een betekenis, die ontleend is aan het ondergane geweld. Men ziet herhaaldelijk conversieverschijnselen, hypochondrie en psychogene pijn, ook wel somatoforme pijnstoornissen genoemd. Ook kunnen somatoforme stoornissen zich uiten als een onevenredig versterkte beleving van gelijktijdig aanwezige lichamelijke aandoeningen. Anderzijds kunnen zelfs ernstige organische ziektes wel eens schuil gaan achter een rookgordijn van somatoforme en "functionele" klachten (zie paragraaf 3). De medische interpretatie van de ernst van de lichamelijke toestand kan door zulke interacties soms bijzonder moeilijk zijn.

3. Functionele klachten

Psychofysiologische (dus: vegetatieve, neurohumorale en neuromusculaire) uitingen van verhoogde waakzaamheid, angst en/of depressie, worden ook wel "functionele klachten" genoemd. Een belangrijke groep van zulke functionele klachten staat bekend als het syndroom van Da Costa, die deze klachten in 1871 als een van de eersten uitvoerig en duidelijk beschreef. Freud sprak in 1895 over hetzelfde complex van verschijnselen als angstneurose. Er zijn vele synoniemen in omloop, zoals: irritable heart, hartneurose, neurocirculatoire asthenie, autonome dysfunctie, hyperkinetische hartsyndroom, hyperventilatiesyndroom, atypische thoracale klachten, enz. Als varianten hiervan kan men zulke beelden beschouwen als: fibrositis, de prikkelbare darm, aërophagie, benigne myalgische encephalomyelitis (ME), post-virale moeheid, het "effort syndrome", "allergisch voor alles"-syndroom, "suikerintolerantie", of juist "reactieve hypoglycaemieën" bij mensen die overigens in kennelijke gezondheid verkeren. De wel eens genoemde associatie met het "click-murmur-syndroom" (mitraalklepprolaps) heeft vrijwel zeker geen nosologische betekenis. Daarentegen is het mysterieuze "syndroom X" er echter mogelijk wèl een variant van.

Men benoemt het psychofysiologische angstsyndroom tegenwoordig meestal met de term paniekaanvallen. In algemeen biologische zin is het waarschijnlijk het beste om te spreken van "defence reactions", zoals beschreven in de dierexperimentele literatuur. Cannon sprak in het begin van deze eeuw reeds van "fight-or-flight reactions". De kenmerken ervan zijn onder meer: verdiepte, versnelde ademhaling; pupilverwijding; overeind gaan staan van de haren; hartfrequentieversnelling; bloeddrukstijging met herverdeling van de bloedstroom naar de skeletspieren ten koste van het maagdarmstelsel, nieren en huid; toename van de spanning in de houdingsspieren en tekenen van waakzaamheid, c.q. vlucht- of vechtgedrag.

Het is mogelijk gebleken om dit complex van vegetatieve verschijnselen zowel door conditionering op te wekken, als door elektrische stimulatie in bepaalde hersencentra, die tegelijkertijd een functie hebben in de regulatie van het emotionele gedrag. Deze experimentele gegevens wijzen erop, dat het syndroom van Da Costa zijn oorsprong vindt in de "defence reaction" als elementaire anticipatiereactie bij dreigend gevaar. Deze reacties kunnen optreden onder invloed van symbolische, dus conditionele stimuli, specifieke verstoringen van in- of uitwendig milieu, moeilijk te achterhalen stimuli zoals geuren, of ogenschijnlijk "vanzelf" als een soort epileptisch fenomeen. Dit gebeurt dan later in het leven, lang na de oorspronkelijk bedreigende gebeurtenis, onder omstandigheden, waaronder de fysiologische voorbereiding van het organisme zich niet kan ontladen in de vorm van een enorme, levensreddende inspanning zoals een echt gevecht op leven of dood of rennen voor het leven. De voorbereiding lijkt daardoor zinloos, zodat zij wordt ervaren als stoornis. Veelal presenteert het syndroom van Da Costa zich bij slachtoffers van existentiële psychotraumata op hevige wijze in ernst, duur en frequentie van de aanvallen. De aanvallen kunnen optreden onder invloed van goed herkenbare conditionele stimuli, maar deze zijn niet altijd te achterhalen.

Voorts spelen individuele verschillen een grote rol in de presentatie. Waarschijnlijk zijn constitutionele factoren hierbij ook van belang. Een groot aantal lichamelijke verschijnselen, zoals de patiënt respectievelijk de arts die kunnen waarnemen, staat opgesomd in tabel 2.

Tabel 2: Lichamelijke verschijnselen van de "defence reaction" c.q. het psychofysiologische angstsyndroom

<p>Centraal zenuwstelsel duizeligheid wazig zien wijde pupillen angstogen</p>	<p>Ademhaling benauwdheid stokkende adem zuchten hyperventilatie</p>
<p>Spier/zenuwstelsel tremor e.c.i. tetanie paraesthesieën tandenknarsen (bruxisme) kaakpijn (syndroom van Costen) spanningshoofdpijn spierpijnen, myogelosen knikkende knieën uitputting, zwakte</p>	<p>Maag-darmstelsel prop in de keel slokdarmkrampen opgeblazen gevoel boeren/aërofagie misselijkheid/braken heftige peristaltiek buikkrampen snelle darmontleding</p>
<p>Bloedsomloop hartbonzen overslaan van het hart snelle hartslag pijn/druk op de borst ischaemische ECG-veranderingen bleek/grauw zien verhoogde bloeddruk</p>	<p>Urogenitaal urgent/frequent urineren paradoxale erectie/ejaculatie</p>
	<p>Diversen kippevel urticaria (cholinerg/adrenerg) koorts(aanval) hypokaliaemie hyperglycaemie</p>

Er is tot op zekere hoogte onderscheid mogelijk tussen het syndroom van paniekaanvallen c.q. "defence reactions" en de biologische verschijnselen van uitputting c.q. depressie, die eveneens frequent voorkomen bij slachtoffers van georganiseerd geweld. Een aantal van deze "vitale kenmerken", zoals zij in de psychiatrie veelal genoemd worden, staat opgesomd in tabel 3. Een verschijnsel, dat voor zover mij bekend in de literatuur niet vermeld wordt, maar dat sommige internisten wel kennen uit anecdotische ervaring, is lage bloeddruk en orthostatische hypotensie als begeleidend verschijnsel bij depressie, soms ook wel na vroegere hypertensie. Als een dergelijke patiënt zich van de depressie herstelt, herstellen ook de lage bloeddruk en orthostase zich.

Tabel 3: Verschijnselen van uitputting c.q. vitale depressie

Slaapstoornissen met vroeg ontwaken	Het koud hebben
Moeheid, vooral 's morgens	Droge mond
Opknappen 's avonds	Droge huid:
Initiatiefverlies	asteatosis/anhydrosis
Motorische remming	Bij vlagen wèl transpireren
Eetstoornissen	Obstipatie
Gewichtsschommelingen	Libidoverlies en impotentie
(Orthostatische) hypotensie	c.q. anorgasmie
	Onevenredig sterke pijnbeleving

4. Ziekten met lichamelijke afwijkingen

Allereerst kunnen zich natuurlijk gelijktijdig met de bovengenoemde categorieën alle ziekten voordoen, die ieder mens kunnen overkomen. Het onderscheiden van de bijbehorende symptomen ten opzichte van de bovenbeschreven verschijnselen kan soms moeilijk zijn, doordat deze als het ware als rookgordijn fungeren. Het blijkt dan ook wel eens dat een lichamelijke ziekte gedurende lange tijd niet wordt herkend.

In de tweede plaats zijn er groepen orgaanaandoeningen, die bij nu nog levende oorlogsgetroffenen tamelijk frequent voorkomen. Hiertoe behoren een aantal "klassieke" psychosomatosen, "degeneratieve" aandoeningen, infectieziekten, en kwaadaardige gezwelsziekten. Daaraan moet men ook de schadelijke gevolgen van de onder paragraaf 5. te bespreken problematiek toevoegen. Hoewel dit niet de plaats is om uitvoerig op de epidemiologische bevindingen bij de verschillende categorieën oorlogsgetroffenen in te gaan, is het nuttig om enkele opvallend veel voorkomende ziekten met name te noemen. Tabel 4 geeft hiervan een overzicht, dat is samengesteld uit literatuurgegevens met steun van eigen klinische ervaring, zonder dat dit uitputtende volledigheid pretendeert.

Tabel 4: Veel voorkomende lichamelijke ziekten bij oorlogsoverlevenden

Polyneuropathie	Longafwijkingen na:
N. opticus neuropathie (kampogen)	tuberculose
	longontstekingen
	Chronische bronchitis
Hypertensie	Emfyseem
Arteriosclerose	Bronchuscarcinoom
Aneurysma aortae abdominalis	
Perifeer obstructief vaatlijden	Arthrose
Cerebrovasculair accident	Osteoporose
Decompensatio cordis	
Cardiomyopathie	
Ulcus pepticum	Psychosomatische huidziekten:
Diverticulosis	pruritus
Diverticulitis	dyshydrotisch eczeem
Colonpoliepen	urticaria
Coloncarcinoom	neurodermitis
Alcoholische levercirrhose	psoriasis
Pancreatitis	lichen planus
	alopecia
Parasitaire infecties, met name strongyloidiasis	

In de derde plaats verdienen somatische problemen bij vluchtelingen, die recent aan georganiseerd geweld en ontberingen zijn blootgesteld geweest, speciale aandacht. De chirurgische, orthopaedische en neurologische gevolgen van mishandelingen zijn van groot emotioneel gewicht voor de slachtoffers en vertegenwoordigen nog duidelijker de onvoltooid verleden tijd dan dat het geval is bij de oorlogsoverlevenden. Daarnaast nemen de parasitaire infecties een voorname plaats in en ook hepatitis B en tuberculose mogen niet worden vergeten. De immunocompetentie past soms niet op het Nederlandse infectiepatroon, zoals bijvoorbeeld ook in 1945-1946 gebleken is bij 'repatrianten' uit Nederlands-Indië toen deze aan boord door een mazelenepidemie werden getroffen. Ook moet men rekening houden met genetisch bepaalde aandoeningen, zoals bijvoorbeeld haemoglobinopathieën en mediterrane koorts, die bij Nederlanders doorgaans niet voorkomen.

5. Interferentie van psychosociale en organische problematiek

Vele ziekten vergen bij de behandeling een verandering van levenswijze of het volgen van een dieet. Dat vraagt van vrijwel iedere patiënt een duidelijke inspan-

ning en het is begrijpelijk dat bij reeds bestaande psycho-sociale problemen een dergelijke inspanning extra moeilijkheden met zich meebrengt. Voor het regelmatig innemen van geneesmiddelen geldt soms hetzelfde. Daarnaast blijken sommigen ook sterk gehecht te zijn aan overbodige of zelfs ondoelmatige medicamenten. Placebo-effecten lijken nogal eens een rol van betekenis te spelen, hetgeen op de langere duur niet altijd een voordeel is bij de behandeling. Dit leidt soms ook duidelijk tot somatische fixatie. Voor vluchtelingen geldt in dit verband, dat in sommige culturen het voorschrijven van medicamenten min of meer obligaat is: het is een teken dat men serieus genomen wordt als patiënt. Een streng rationeel voorschrijfpatroon van de dokter kan soms tegen die achtergrond als afwijzing worden ervaren. Overigens bieden de huidige inzichten in de werking van de endorfinen en aanverwante peptide neuromodulators in het centraal zenuwstelsel een belangwekkende mogelijkheid om te begrijpen, waarom de hang naar placebo-effecten soms zo sterk kan zijn. Placebo's kunnen waarschijnlijk – evenals andere conditionele stimuli – endorfines activeren, die euforiserende en analgetische effecten hebben. Er zijn bovendien aanwijzingen, dat deze 'hersehormonen' bij de traumatische herinneringen, flashbacks en dissociatieve ervaringen van mensen met posttraumatische stress-stoornissen een belangrijke rol spelen. Mogelijk zijn zij daardoor ook gevoeliger voor placebo's.

Verstaving aan of afhankelijkheid van slaap- en kalmerende middelen komt regelmatig voor. Het gebruik van alcohol en tabak is onder invloed van de grote psychische spanning vaak overmatig groot. Dit induceert rechtstreeks orgaan-schade en beïnvloedt ook het beloop en de behandeling van vele ziekten nadelig. Er doen zich ook vormen van zelfdestructief gedrag voor, onder andere in de vorm van 'accident-proneness' en suicide. Tenslotte mag men de ogen niet sluiten voor de iatrogene schade, die soms wordt toegebracht, wanneer onjuiste diagnoses worden gesteld als gevolg van een gebrek aan inzicht in het geheel van de problemen bij een patiënt, of wanneer onjuiste behandelingen worden ingesteld onder invloed van de grote druk, die hypochondrische en andere patiënten soms op hun artsen kunnen uitoefenen.

Gevolgen voor hulpvraag en hulpverlening

De ervaring met oorlogsgetroffenen heeft geleerd, dat zij zelf lang niet altijd of pas na verloop van lange tijd een verband leggen tussen hun aktuele klachten en het oorlogsverleden. Bovendien komt het ook nu nog herhaaldelijk voor, dat zij hun oorlogservaringen geheel of gedeeltelijk verzwijgen uit schaamte of verlegenheid. Ook bij andere geweldsgetroffenen kan dit zich voordoen. Om hulp te kunnen verlenen zijn factoren zoals gesprekstechniek en sensitiviteit, empathie en voldoende culturele en historische kennis van groot belang, vooral wanneer een patiënt zich presenteert met zogenaamd specifieke klachten. Soms kan men de sleutel van het probleem verkrijgen door te vragen naar de kwaliteit van de slaap en in dat verband naar dromen, c.q. nachtmerries, en de inhoud ervan. Juist wanneer er geen aanwijzingen of vermoedens zijn over de diepere achtergrond van de klachten, kan het zeer waardevol zijn om systematisch een biogra-

fische anamnese op te nemen. Ook bij verdere diagnostiek en behandeling blijven deze factoren van groot belang, omdat de hulpvrager zich daardoor beter begrepen voelt en zich gesterkt voelt in zijn of haar identiteit. Empathie – het oprecht trachten zich in te voelen, wat de omvang, intensiteit en betekenis van de traumatische ervaringen is, vanuit aanvaarding van de patiënt zoals hij is – is een onmisbare voorwaarde.

De omgang met slachtoffers van oorlog en geweld en zeker het zich verdiepen in hun lotgevallen roepen bij de hulpverlener als regel afweer op tegen de gevoelens van angst en machteloosheid, die worden aangesproken bij het luisteren naar de verschrikkingen, die zij hebben ondergaan. Iedere hulpverlener moet dan ook leren hiermee op een zinvolle wijze om te gaan. Zo nu en dan leidt deze overdracht van gevoelens van hulpvrager op hulpverlener ook tot tegenoverdracht van de bij de laatste gewekte gevoelens op de hulpvrager. Dit is vooral het geval als deze zich dwingend of irriterend opstelt, of als hij de hulpverlener machteloos maakt. Sterke afweer en tegenoverdracht leiden altijd tot beperking van de hulp en maken deze minder doeltreffend, soms geheel onmogelijk. Eigenlijk treedt zulke beperking ook op als de hulpverlener zich laat leiden door sympathie, ofwel medelijden, zoals dit kan voortkomen uit sterke betrokkenheid zoals lotgenootschap, of uit overdekking als afweerstrategie. Het gevolg ervan is dat men minder distantie bewaart dan voor een hulpverlener wenselijk is, en dat men aldus belangrijke aspecten van de hulpverlening uit het oog kan verliezen.

Bij de medische behandeling van oorlogs- en geweldsgetroffenen moet men begrip opbrengen voor de grote achterdocht, die door de vervolging en levensbedreiging is ontstaan. Gevoelens van machteloosheid kunnen gemakkelijk opnieuw tot leven worden gebracht, zoals bijvoorbeeld in wachtkamersituaties en bij het ondergaan van medische onderzoeken en behandelingen. Bepaalde stimuli uit het medische repertoire kunnen bijzonder angstwekkend zijn, zoals ECG-electroden, injecties, lumbaalpuncties, sommige vormen van röntgenonderzoek zoals de CT-scan en tandheelkundige ingrepen. De oorzaak ligt vaak in de gelijkenis met ondergane martelingen met elektriciteit of met de toenmalige Nazi-experimenten op mensen c.q. de Nazi-praktijk van het doden door middel van injecties. Het komt ook nu nog steeds voor, dat artsen direkt betrokken zijn bij martelingen of dat zij de gevolgen ervan trachten te verdoezelen en er valse verklaringen over afgeven. Het gebeurt dan ook niet zelden, dat patiënten ondanks manifeste lichamelijke klachten en verschijnselen veel te lang wachten met het raadplegen van een arts.

Er kan grote angst bestaan voor opname in een ziekenhuis, waarbij zich soms acute psychische decompensatie voordoet als de opname zonder adequate begeleiding plaatsvindt. Operaties en narcose leiden ook vaak tot verstoring van de psychische balans met heftige trauma-herbelevingen of meer sluipende angsttoestanden. Er kan bij politieke vluchtelingen bovendien angst bestaan de controle over zichzelf te verliezen en daardoor informatie los te laten, die gevaarlijk kan zijn voor achtergebleven lotgenoten. De vaak geringe geestelijke spankracht van oorlogs- en geweldsslachtoffers en hun geïsoleerde positie kunnen ook hun

sociale vaardigheden beperken, hetgeen ambulante diagnostiek en behandeling bemoeilijkt. Voor de categorie oorlogsgetroffenen die in de jaren '40-'45 reeds volwassen was en nu op gevorderde tot hoge leeftijd is, profileren deze problemen zich nog scherper nu ook de zelfstandigheid in het dagelijks leven zienderogen afneemt.

Het is van groot belang om ruime aandacht te besteden aan geruststellende uitleg en om de benodigde onderzoeken en consultaties zorgvuldig te begeleiden en te coördineren. Het doel is deze kwetsbare patiënten zekerheid en structuur te geven in voor hen mogelijk angstverwekkende situaties. Dat vraagt van de arts een hoge frustratietolerantie en dus vaak grote mentale inspanning, waardoor zulke hulp eigenlijk altijd het routinewerk te boven gaat. Dit tijdrovende en inspannende werk vergt dus zowel van artsen als van paramedisch personeel, dat zij zich – veel meer dan zij wellicht gewend waren – aanpassen aan de hoge zekerheidsbehoefte van de patiënt. Ook moeten zij vaker aanvaarden, dat onderzoek of hulp in de aangeboden vorm wordt afgewezen. Zulke aanpassingen kunnen in het algemeen overigens ook van belang zijn voor de hulp aan patiënten met psychiatrische, somatoforme, functionele of andere psychosomatische stoornissen.

Tenslotte vindt men bij oorlogs- en geweldsgetroffenen inderdaad een hoge incidentie van ziekten met somatisch substraat. Hiervoor zijn duidelijke aanwijzingen verkregen door middel van epidemiologische onderzoeken, waarover in de internationale literatuur is gepubliceerd. Het is dan ook van belang waakzaam te zijn, wanneer patiënten met een bekend oorlogsverleden of met somatoforme en functionele klachten met een nieuwe klacht komen of met een verandering in het patroon van ogenschijnlijk al bestaande klachten. Het is eveneens van belang om bij patiënten met somatoforme en functionele klachten telkens weer goed te luisteren, of er zich een nieuw of onverwacht aspect in het al bekende patroon voordoet, of om te trachten een verschil te vinden tussen functionele en organische klachten, die op elkaar lijken. Het is duidelijk, dat dit een rol kan spelen bij somatoforme stoornissen als hypochondrie en psychogene pijn. Ook dient men zich telkens opnieuw rekenschap te geven van de differentiële diagnostiek van "aanvallen" met vegetatieve symptomen, respectievelijk van angst en depressie ten opzichte van lichamelijk ziek zijn. Het voert te ver om op deze plaats uitvoerig op de details hiervan in te gaan. Het moge echter duidelijk zijn, dat vooral de arts die een patiënt langdurig onder controle heeft – en dat is in de eerste plaats, maar niet alléén de huisarts – waakzaam moet blijven om in staat te zijn organische pathologie van functionele syndromen te onderscheiden.

Aanbevolen literatuur:

Loos, W. S. de, Functionele syndromen. In: Elte, J. W. F., Overbosch, D. Differentiële diagnostiek in de interne geneeskunde. Utrecht, Bunge (in druk, verwacht 1990).