

Lichamelijke klachten bij volwassenen in mogelijk verband met psychotraumatische belevenissen in de vroege jeugd

door dr J. J. van Bork

De titel van mijn voordracht vraagt om enige uitleg over mijn werksituatie. De lichamelijke klachten krijg ik te horen wanneer ik op verzoek van hun huisarts enkele uren spreek met volwassenen in de Utrechtse regio, die voor een consult en een behandelingsadvies bij mij komen in de polikliniek van het psychiatrisch ziekenhuis het Willem Arntsz Huis, dat mij, in samenwerking met de psychiatrisch verpleegkundige Ank Sijp, de gelegenheid geeft zoveel tijd te geven aan de mensen uit de stad en omgeving als ik zelf nodig oordeel. Ik geef u een voorbeeld van de lichamelijke klachten die ik bedoel. Een 32-jarige vrouw heeft een verwijsbrief mee gekregen, een enigszins plechtige brief van de arts-assistent uit de praktijk van een huisarts in Nieuwegein, die als volgt luidt: 'Deze jonge vrouw heeft gedurende de laatste 4 jaar in toenemende mate nerveuze klachten van wisselende aard gerepresenteerd. Dit is begonnen na een aanval van koortsstuipen van haar jongste kind. In toenemende mate ging zij zich bedreigd voelen op plaatsen waar veel mensen komen, zoals markt, winkel en wachtkamers. Deze fobieën bemoeilijken steeds meer haar sociale verkeer. Zij werd tot nu toe met tranquillizers behandeld, maar ziet zich verder in het slob geraken. Ze wil graag uit deze impasse en lijkt goed gemotiveerd zich in te spannen voor een andere behandeling.' Tot zover de brief.

Als ik dan spreek met deze moeder van 3 lagere schoolkinderen, die, zoals ik wat verder in het gesprek verneem, gelukkig getrouwd is, en waarvan de man plezierig werk heeft, dan blijkt dat haar nerveuze verschijnselen bestaan uit duizeligheid, aanvallen van transpireren en zich benauwd voelen. Dat benauwde gevoel wordt soms veel erger, waarbij zij steeds dieper gaat hijgen. Inderdaad zijn deze aanvallen 4 jaar geleden begonnen, toen haar jongste baby stuipen kreeg. Zij was doodsbang het kindje te verliezen. Eigenlijk was dat niet de eerste keer. Toen ze 18 jaar oud was, kreeg haar vader 's nachts een hartinfarct en patiënte moest om

Schrijver is zenuwarts te Utrecht, en hij hield deze voordracht op 19 maart 1977, ter gelegenheid van het 60-jarig bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse.

drie uur door de kou heen om de dokter te halen. Ze was al angstig door vaders hartaanval en ging toen steeds dieper zuchten. Patiënte kreeg wat wij noemen een hyperventilatieaanval. En daar gaat het nu verder om. Wij kennen de acute hyperventilatieaanval en de toestand van chronische hyperventilatie. In beide gevallen is er sprake van een verkeerde manier van ademen. Bij acute hyperventilatie wordt de inademing steeds dieper en het hijgen frequenter, de patiënt wordt angstig en begint te transpireren, de spieren worden slap en tenslotte kan een vergaande bewustzijnsdaling optreden. Veel vaker komt chronische hyperventilatie voor, waarbij de verkeerde manier van ademen niet meer opvalt, maar men jarenlang klaagt over zo nu en dan pijn in de borst, hoofdpijn, duizeligheid en tintelingen in de handen of in het gezicht rondom de mond. Wanneer ik met deze of gene collega-leefijdsgenoot spreek over het zoveel voorkomen van chronische hyperventilatie dan zijn zij ook, net zoals ik, verbaasd omdat we vroeger nooit zo zeer over hyperventilatie gehoord hebben. Deze lichamelijke klachten komen ook onder een geheel andere naam in de literatuur voor, waar we tot voor kort ook nauwelijks van gehoord hadden, hoewel we de verschijnselen ook wel kenden. Deze klachten zijn meer om het hart gegroepeerd. Patiënten klagen over aanvallen van hartbonzen en doodsangsten met uitstralende pijn in de linker arm. Da Costa (1871), een Amerikaanse legerarts in de Amerikaanse burgeroorlog in 1870, dacht dat deze jonge soldaten het aan hun hart hadden en sprak van neurocirculatoire asthenie. Onlangs slaagde Droogleever Fortuyn (Droogleever Fortuyn e.a., 1976; Buitenhuis e.a., 1976) in Groningen erin om de klachten bij de neurocirculatoire asthenie en de chronische hyperventilatie zodanig te groeperen en onder één noemer te brengen, dat hij waarschijnlijk maakte dat er bij beide syndromen sprake kan zijn van latente tetanie, dat wil zeggen een sluimerende neiging tot verschuiving in de kalkhuishouding in het bloed. In elk geval maakte Droogleever Fortuyn duidelijk dat er in principe geen bezwaar tegen is om neurocirculatoire asthenie en chronische hyperventilatie op één lijn te stellen.

Nu ik de lichamelijke verschijnselen, waarover deze voordracht gaat, heb aangeduid, wil ik u in het kort vertellen hoe ik mijn verhaal ga vervolgen. Heel in het algemeen gaan wij op zoek naar psychogene oorzaken van chronische hyperventilatie. Daartoe leg ik eerst een verband met angst. Na een toelichting over het begrip angst, kom ik dan op mogelijke actuele oorzaken van angst bij mijn patiënten en vervolgens behandel ik heel in het kort het begrip psychotrauma. Daarna gaan we op zoek naar psychotraumatische ervaringen in de vroege jeugd van hyperventilerende patiënten. Ik ontwikkel daartoe een hypothese die voortspuit uit de psychoanalytische manier van kijken naar hyperventilerende mensen en ik zal in het laatste gedeelte van deze voordracht de hypothese toetsen aan de gegevens van de ongeveer 350 nieuwe patiënten, die ik jaarlijks onderzoek sinds 1973.

Patiënten met hyperventilatie zijn meestal eerst bij de internist geweest. Deze heeft op zijn terrein geen afwijkingen aan hart en longen gevonden. Hij stelt meestal de diagnose: chronische hyperventilatie, schrijft ademhalingsgymnastiek voor, of het in- en uitademen in een plastic zak, of angstbestrijdende middelen. Het hangt van de huisarts af of hij doorverwijst naar de psychiater. Wanneer ik met deze mensen spreek, blijkt ook mij al heel gauw dat zij angstig zijn. Die angst is hen lang niet altijd bewust.

Eerst nu iets over de angstneurose. Ik voer u terug naar het Wenen van 1894 waar dr. Sigmund Freud (1894) een voordracht hield: 'Über die Berechtigung von der Neurasthenie eine bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose ab zu trennen'. Freud kende de neurasthene verschijnselen heel goed. Daarvoor behoefde hij Da Costa niet gelezen te hebben. 'Wat ik angstneurose noem,' aldus Freud, 'komt rudimentair of vol-ontwikkeld, geïsoleerd of in combinatie met andere neurosen voor.' Freud splitste uit de verzameling van zogenaamde neurasthene klachten het begrip angstneurose af. Bij angstneurose hebben we te maken met algemene prikkelbaarheid, angstige verwachting en angstaanvallen. Leest men Freud in 1894 dan is het of men een modern proefschrift over hyperventilatie ter hand neemt. Freud voegde een lijst van hem bekende vormen van angstaanvallen toe aan zijn uiteenzetting: (a) stoornissen van de hartactie, hartkloppingen, aritmie, met langaanhoudende snelle hartactie tot aan ernstige zwaktetoestanden van het hart toe, waarvan het onderscheid van echte hartziekte niet altijd gemakkelijk is: pseudo angina pectoris, een diagnostisch hachelijk gebied, schrijft Freud; (b) stoornissen van de ademhaling, verschillende vormen van nerveuze dispneu, asthma-achtige aanvallen. 'Ik wijs erop dat zelfs deze aanvallen niet altijd met kennelijke angst gepaard gaan,' schrijft Freud, en wij spreken dan van chronische hyperventilatie; (c) aanvallen van zweetbuien, vaak nachtelijk; (d) aanvallen van sidderen en beven, die maar al te licht met hysterie verwisseld worden; (e) aanvallen van geeuwhonger, vaak met duizeligheid verbonden; (f) aanvalsgewijs optredende diarree; (g) aanvallen van duizeligheid; (h) aanvallen van congesties en (i) aanvallen van prikkelingen, welke bijna nooit zonder angst of een dergelijk onaangenaam gevoel optreden. Het viel Freud op hoeveel van zijn patiënten met angstneurose klaagden over seksuele stoornissen, zodat hij een oorzake-lijk verband legde tussen seksuele spanning en het optreden van een angstneurose. De storm in de buitenwereld tegen deze ideeën stak op. Enige jaren later kwam de ontdekking van de verdrongen sexualiteit. U weet hoe Freud aan het einde van de jaren negentig getroffen werd door de mededelingen van zijn patiënten, die hij psychoanalytisch behandelde, dat zij in hun jeugd slachtoffer waren geworden van incest en aanranding. Freud moest menen op de grens van de ontdekking van de oorzaak van neurosen te staan. Eerst had hij uit de vergaarbak van de neurasthenie de angstneurose geïsoleerd en daarvoor seksuele spanningen aansprakelijk gesteld, daarnaast had hij een verband tussen hysterie en verdrongen

sexualiteit aangetoond. Toch slaagde Freud erin zichzelf te corrigeren door vast te stellen dat de geschiedenissen die hij te horen kreeg op fantasieën en verdrongen onbewuste wensgevoelens berustten en dat lustgevoel niet regelrecht in angst wordt omgezet, zoals hij bij de verklaring van de angstneurose had aangenomen. Toch kwam het begrip psychotrauma door dit alles in een wat verdacht daglicht te staan, zoals Phyllis Greenacre (1967) betoogde, omdat het woord trauma weerstand oproept, juist omdat Freud zijn oorspronkelijke opvatting over angstneurose en seksueel trauma heeft teruggenomen.

Een recent Nederlands proefschrift over hyperventilatie, geschreven door de longarts Stam (1974), geeft ruime aandacht aan de combinatie van hyperventilatie en angst, zozeer zelfs dat zijn eerste stelling luidt dat hyperventilatie bestreden kan worden door angstdempende middelen. Stam meent dat de angst bij hyperventilatie te maken heeft met doodsangst en angst voor ziekte. Hij vond in de literatuur dat de eerste aanval nogal eens samenhangt met een echt of vermeend verlies. Naar mijn ervaring komt het inderdaad enorm vaak voor dat de eerste aanval optreedt in aansluiting aan een smartelijke ervaring van het verlies van een dierbare, van een geïdentificeerd object, of na het doormaken van een situatie die de patiënt bewust of onbewust als dreigend heeft ervaren. Het komt dikwijls voor dat ik in de eerste minuten van het onderhoud met de patiënt al vraag: wie is er overleden, wie bent u kwijtgeraakt. Dat ik dit verband kan leggen tussen chronische hyperventilatie en rouwprocessen komt zoveel voor dat ik mij afvraag of ik een blinde vlek heb daar ik het in de literatuur zo weinig tegenkom. Waarschijnlijk vindt de psychiater het niet meer interessant om bij angstige mensen waarbij een acuut objectverlies is opgetreden, ook nog eens te gaan uitzoeken of deze patiënt over hoofdpijn klaagt of duizeligheid, die wellicht in verband staat met chronische hyperventilatie. Meestal is dat ook helemaal niet belangrijk. Het wordt pas van gewicht wanneer de volgorde van verwijzing andersom is en eerst de huisarts de diagnose 'zenuwen' stelt, de internist van hyperventilatie en angst spreekt en de psychiater dan moet pogen de mens tegenover hem op diens eigen terrein te ontmoeten, door te vragen wat hem of haar overkomen is. In de psychosomatische literatuur over hyperventilatie vond ik, voor zover ik het kon overzien, geen duidelijke aanwijzingen over chronische hyperventilatie en een omschreven psychologische aanleiding daartoe.

Wanneer ik met de enkeling spreek dan word ik getroffen door de constatering hoe vaak er iets gebeurd is waardoor men angstig is geworden. Men kan dat goed uitzoeken, want de patiënt weet vaak heel precies, met dag en uur te melden dat zij bijv. 2½ jaar geleden te horen kreeg dat zij een hartgeruisje had en dat daarna de eerste aanval van hyperventilatie is opgetreden. Een andere vrouw vertelt mij: 'Toen moeder overleden was – en ik heb haar zo lang verzorgd – kreeg ik de echte eerste aanval.' Of weer een andere: 'Een paar weken na de bevalling, nooit eerder had ik een aanval

gehad, maar het was ook zo verschrikkelijk die bevalling, want er was niemand om me te helpen, en ik heb het wel een uur moeten tegenhouden.' Of die vrouw van 30 jaar, die over de buurvrouw vertelt, 'net zo oud als ik, lag plotseling dood in haar bed en vanaf dat moment, nu u me dat zo vraagt, toen heb ik m'n eerste schud-aanval gehad, in de nacht nadat de buurvrouw overleden was.' Weer een ander: 'Er was nooit wat met me, maar toen ik die spataderoperatie gekregen heb... en daarna is het begonnen, van kwaad tot erger: hartbonzen, beven, duizeligheid en angst en ik durfde op het laatst nergens meer naar toe.'

Iets uitvoeriger ga ik nu in op de ziektegeschiedenis van een 31-jarige boekhouder, die door de huisarts verwezen wordt omdat hij thuis zit en gekweld wordt door angstaanvallen, welke soms begeleid worden door lichamelijke symptomen, zoals duizeligheid of pijn in de arm of in de borst. De bloeddruk is normaal. De huisarts weet niet waar hij mee te maken heeft. Het verhaal is dat van een chronisch hyperventilerende patiënt, die sinds ongeveer een jaar een enorm angstgevoel heeft en dat gaat gepaard met pijn in de arm en in de borst, zoals gezegd. Hij vertelt mij: 'Ik weet niet precies wat het gevolg is, het een of het ander. Ik heb een soort angst, misschien voor de dood. Laat ik het zo zeggen, met die pijnen, misschien zijn het wel vaatkrampen. Ik weet niet wat het is in m'n borst en in m'n armen. Je denkt: dat klopt niet.' De man heeft een gelukkig gezinsleven en had tot voor een jaar geen problemen, ook niet in zijn werk. Dan blijkt dat deze angstaanvallen ontstaan zijn nadat een goede vriend van hem aan de bridgetafel naast hem plotseling verlamd raakte. Deze vriend was zelf medicus, 45 jaar oud. Hij overleed korte tijd na de verlamming en liet een vrouw met 7 kinderen achter. Ik bespreek de samenhang tussen deze dreigende gebeurtenis, het verlies van een goede vriend en de chronische hyperventilatie. In het tweede gesprek dat ik met hem heb, zegt de patiënt: 'Ik moet eerlijk zeggen: het eerste gesprek heeft meer resultaat gehad dan ik gedacht had. Ik heb na die tijd geen pil meer geslikt. Het was niet helemaal weg, maar gek, je maakt je niet meer druk over die pijn in je arm. Ik ben ook weer gewoon aan het werk gegaan,' en dat, terwijl hij gedurende 4 maanden arbeidsongeschikt thuis gezeten had.

Goed, is men geneigd te zeggen, narigheden komen overal en altijd voor; maar hoe komt het dan dat we in de jaren '70 zoveel chronische hyperventilatie zien? Het verband tussen deze lichamelijke klachten, angst en een rouwproces, of het ondergaan hebben van een dreigende situatie, lijkt niet onaannemelijk. Maar wat mankeerden deze volwassenen in hun vroege jeugd? Waarom dit typische angstpatroon nu? Er zijn verschillende mogelijkheden. De longarts ziet veel hyperventilatiepatiënten, die vanaf hun prille jeugd bronchitis hadden. De psychiater begrijpt dat deze volwassenen als kind ook al benauwd waren, zich lichamenlijk bedreigd voelden en nu nog een verlaagde angstdrempel hebben waardoor hyperventilatie optreedt. Maar de meeste van mijn patiënten hadden helemaal geen bronchitis, laat staan asthma in hun vroege

jeugd. Het waren gezonde baby's. Aan welke onaangename prikkels hebben zij dan toch wel blootgestaan in hun vroege jeugd dat zij nu in een dreigende situatie, of na het verlies van een dierbare zo angstig worden.

We dienen ons te verdiepen in het begrip psycho-trauma. Freud (1886) noemt dit woord voor het eerst in 1886 in een voetnoot bij de vertaling van de colleges van Charcot. Hij definieert trauma als een opeenstapeling van prikkels in het centrale zenuwstelsel, prikkels waarmee dat zenuwstelsel geen raad weet en deze niet adequaat kan omzetten in een motorische reactie. Dertig jaar later spreekt hij in *Jenseits des Lustprinzips* (1916) van: 'Erregungen von aussen die stark genug sind den Reizschutz zu durchbrechen'. De definitieve formulering vindt men in *Hemmung, Symptom und Angst*, waarvoor ik de Engelse Standard Edition (Strachey, 1926) citeer: 'The essence of a traumatic situation is an experience of helplessness on the part of the ego in the face of accumulation of excitation, whether of external or internal origin.' Anna Freud (1967) wijst er in 1966 op dat het 'ik' hier als centraal staand slachtoffer van een trauma wordt aangewezen. En voorts dat het duidelijk wordt dat het ik zich niet alleen van verdedigingsmechanismes te bedienen heeft tegenover prikkels uit de buitenwereld, maar dat er ook een stimulusbarrière is, een barrière tegen prikkels die voortkomen uit een min of meer gevormde persoonlijkheidsstructuur. Op die manier wordt duidelijk dat wat voor de één psychotraumatisch is, dat voor de ander in het geheel niet hoeft te zijn. Gebeurtenissen in de buitenwereld, prikkels uit de buitenwereld, worden soms pas bedreigend wanneer zij op grond van een interne constellatie een bedreigende betekenis hebben. Laat ons eens zien wat Anna Freud (1943, 1945) beschreef bij de Londense kinderen die de bombardementen hadden meegemaakt. Of deze kinderen angstig werden, hing voor een groot deel af van de reactie van moeder. Kinderen werden onaangedaan uit een ingestorte schuilkelder gegraven, omdat moeder bij hen was en rustig bleef. Daartegenover ziet men dan de kinderen van angstige moeders, kinderen die net zo hard beefden als moeder sidderde. Ik kan hier nu niet verder ingaan op het grote belang dat gehecht moet worden aan het tijdstip waarop in de vroege jeugd het psychotrauma aangreep, het fase-adequate en het fase-niet-adequate psychotrauma. Wel stip ik aan dat het zich geen raad weten, de 'Hilflosigkeit', een woord is dat we bij Freud bijna steeds tegenkomen van het begin van zijn publikaties af wanneer het over trauma gaat. Wanneer het nu werkelijk waar is dat psychotraumata in de vroege jeugd een rol hebben gespeeld in het leven van die volwassenen die thans gaan hyperventileren in bedreigende situaties, dan kunnen we een reconstructie maken van wat hun in hun vroege jeugd overkomen moet zijn. Er moeten onaangename prikkels uit de buitenwereld zijn opgetreden die hun ouders machteloos maakten. Verder moeten die ouders in die machteloze situatie niet in staat zijn geweest hun kinderen adequaat te beschermen. Voorts moet die machteloze situatie gepaard zijn gegaan met on-

aangename lichamelijke gewaarwordingen voor het zeer jonge kind. Snelle afkoeling van de baby, en geen voedsel krijgen, niet verluierd worden; bij iets oudere kinderen: niet mogen slapen, wakker moeten blijven, niet mogen huilen . . ., ik noem maar een aantal dingen op. De gedachte aan oorlogsomstandigheden lag voor de hand. In bezet Nederland kwam het op verschillende plaatsen tot gevechtshandelingen op de grond en in de lucht, waarbij huizen instortten en kleine kinderen plotseling in de kou kwamen te liggen zonder dat hun ouders hen daartegen konden beschermen. Het huis hoefde niet in te storten; het lijkt onaangenaam genoeg om 's nachts uit je bedje gerukt te worden en onder de tafel te worden gelegd in de kelder. En denk eens aan de kinderen die in hun vroege jeugd tijdelijk in de frontlinie kwamen, bij de wisselende gevechten in de Betuwe, Nijmegen, Arnhem, Limburg. Wat zou de kinderen overkomen zijn die dichtbij een Nederlands vliegveld geboren zijn?

Ik beschrijf u allereerst de oorlogservaringen van een aantal van mijn hyperventilerende volwassen patiënten. Eerst die van de al genoemde vrouw, die na de stuipen van haar baby ging hyperventileren en dat ook al eens gedaan had na een infarct van vader toen zij 's nachts haar bed uit moest als meisje van 18 jaar. Zij is in april 1944 in Warnsveld geboren, bij Zutphen. Doordat ik zelf daar ook geboren ben, weet ik waar haar huis lag. Toen ik haar vroeg of zij bombardementen had meegemaakt, ontkende zij dat ten stelligste. 'Er is niet gebombardeerd en dat zou een mens zich toch ook niet hebben kunnen herinneren als je 1 jaar oud bent.' Toen ik haar erop attendeerde dat haar huis in april '45 een aantal weken in de vuurlinie had gelegen, vermeldde ze dat inderdaad de Duitsers bij haar op de keukentafel een mitrailleur in stelling hadden gebracht. De vrouw die drie jaar hyperventileerde nadat er een hartgeruisje ontdekt was, werd geboren op een boerderij die bij de inundatie in de mei-dagen onder water kwam te staan. Ze moest haar eerste levensjaren in een schoolgebouw doorbrengen. Een in 1941 geboren man klaagt over chronische hyperventilatie. Hij is geboren in Utrecht, waar ik geen oorlogshandelingen verwacht, maar dan blijkt dat hij op de leeftijd van 1 jaar al naar Goes gebracht werd, omdat hij zijn vader verloren had. In Goes zat hij onder de tafel bij bombardementen. Doorpratende vertelt hij hoe zijn tante herinneringen ophaalt dat hij in een wandelwagentje met een heel pak dekens over zich de schuilkelder werd ingereden. 's Avonds werd zijn ledikantje voor de deur geschoven, omdat dat de veiligste plaats tegen de scherven was. Hij lag tussen moeders zuster en tante in onder de tafel en sliep in de keuken. Hij herinnert zich de nachtmerries uit die periode.

Een, na een aantal recente sterfgevallen, hyperventilerende wiskundeleraar weet te vertellen dat in de buurt van zijn ouderlijk huis V-2's neerstortten in de oorlog in Den Haag in 1943. De vrouw die ging hyperventileren na een spataderoperatie werd geëvacueerd omdat de Duitsers te dicht bij zaten. Ze werd geboren in mei '43 in het Land van Maas en Waal. Als ik dat op het in-

schrijfformulier lees, dan ben ik al gespitst op wat er komen gaat; en ja hoor, wanneer ik deze patiënte vraag hoe het haar in haar vroege jeugd gegaan is dan vertelt ze uitvoerig dat ze het best gehad hebben. In de Betuwe was alles te eten: spek en vlees. Bij mijn doorvragen komt dan het verhaal dat haar zusje vertelt dat het toch wel griezelig was, want er lagen vriendinnetjes bij de kerk die doodgeschoten waren. En dan vermeldt zij dat ze nog iets weet van vroeger en waarvan moeder altijd zegt: dat heb je uit verhalen en zij zelf zegt: en toch is het zo. 'Ik was toen bijna 2 jaar oud, ik heb toen in een kelder gelegen. Ik voel nog hoe moeder haar handen biddend om mij heen vouwde in de kelder,' waarbij ik dan in het midden moet laten of moeder toen angstig was of juist veel veiligheid gaf.

De boekhouder, die ging hyperventileren na de verlamningsverschijnselen van zijn vriend aan de bridgetafel, weet geen oorlogservaringen te vertellen. Toch twijfel ik. Hij is in februari '44 in Haarlem geboren en vermeldt dat men hem bij alle hongertochten overal mee naar toe heeft genomen, maar onaangenaam zou dat nooit zijn geweest. Een thans in ernstige mate acuut hyperventilerende man is geboren in mei 1944 in Nijmegen op korte afstand van de Waalbrug, waar, toen hij 5 maanden oud was, de oorlogshandelingen bij de slag om Arnhem in alle hevigheid zouden losbarsten. Een chronisch hyperventilerende mevrouw blijkt geboren te zijn naast het vliegveld Gilze-Rijen, in de zomer van 1940. Als ik haar vraag naar haar oorlogservaringen weet ze te vertellen dat haar ouders nog het verhaal doen dat ze 'zoveel met me gesmeten hebben onder de tafel, tegen de scherven'.

Dan ben ik nu op het punt gekomen in mijn voordracht waar ik u een hypothese wil voorleggen. Indien het vermoeden juist is dat chronische hyperventilatie bij volwassenen te maken heeft met de verwerking van psychotraumata in hun vroege jeugd zoals ik u die heb geschetst, dan moeten er in de groep volwassenen die in de oorlog geboren zijn meer chronisch hyperventilerende patiënten aangetroffen worden dan in de groep die voor en na de oorlog geboren zijn. Ik heb 3 groepen patiënten uit het gehele patiëntenbestand gelicht. De eerste groep zijn mensen die tussen 10 mei 1935 en 10 mei 1940 geboren zijn. Ik noem hen de vooroorlogse patiënten. Dan de groep die tussen 10 mei '40 en 5 mei '45 geboren is; ik noem hen de oorlogskinderen. En tenslotte de na-oorlogse generatie die na de oorlog tussen 5 mei '45 en 10 mei '50 geboren is. Ik beschik over de dossiers van 56 patiënten die tussen 1935 en 10 mei '40 geboren zijn. Van die 56 voor-oorlogse patiënten lijden er 4 aan hyperventilatie, dat is 8 %. Van de 113 na-oorlogse patiënten lijden er 8 aan chronische hyperventilatie, dat is eveneens 8 %. Ik heb 77 patiënten die in de oorlog geboren zijn; van hen lijden er 19 aan chronische hyperventilatie, dat is 25 %.

Deze percentages klinken hoopgevend wanneer men als niet methodologisch geschoolde beproeft om een vooronderstelling waar te maken. Statistische bewerking door Dr F. Beenen, adjunct-

directeur voor de research van het Psychoanalytisch Instituut, bracht het volgende aan het licht. Wanneer we de 56 voor-oorlogse en de 113 na-oorlogse patiënten samenvoegen en de 12 hyperventilerende patiënten onder hen vergelijken met de 77 patiënten uit de oorlogperiode, waarvan 19 chronisch hyperventileren, dan levert dat een χ^2 van 14.85. Als er geen verband is tussen hyperventilatie en het al dan niet in de oorlog geboren zijn en $\chi^2 = 14.85$ dan is de kans op zo'n waarde kleiner dan 0,001. Dus is de nul-hypothese dat er geen verband is erg onwaarschijnlijk, en we mogen die dan ook verwerpen. Echter is in het bovenstaande geen rekening gehouden met een eventueel sexe-effect. Er komen in het gehele materiaal 133 mannen en 113 vrouwen voor. 7 mannen, voor en na de oorlog geboren, hyperventileerden, terwijl bij eveneens 7 mannen uit de oorlogsgeneratie deze verschijnselen gevonden werden. 5 chronisch hyperventilerende vrouwen, voor en na de oorlog geboren, staan tegenover de 12 die in de oorlog geboren zijn en hyperventileren. De statisticus concludeert daaruit dat aan de cijfers voor mannen geen bewijskracht ontleend mag worden ($\chi^2 = 2.03$; $.10 < p < .25$). Voor de vrouwelijke patiënten geldt dat op grond van de bovenstaande getallen het uitermate onwaarschijnlijk is, dat er geen verband in de zin van onze hypothese zou zijn ($\chi^2 = 16.61$; $p < 0,001$).

Tevoren was het bij het opstellen van de hypothese al duidelijk, dat er nooit zou kunnen worden bewezen dat het doorstaan hebben van oorlogsgeweld de enige aanleiding tot latere chronische hyperventilatie zou zijn. Er zijn immers meer verschillen tussen oorlogskinderen en na-oorlogse generatie te bedenken dan alleen het feit dat zij wellicht verkeerden in hachelijke, bedreigende en hulpeloos-makende omstandigheden. Te denken valt aan de slechte voedingstoestand of onvoldoende verwarming in de strenge oorlogswinters. Zouden mannen dan anders dan vrouwen in hun vroege jeugd gereageerd hebben op oorlogsomstandigheden of op andere factoren die in de jaren '40-'45 een rol speelden? Mogen volwassen vrouwen wellicht angstiger zijn dan mannen? Bij het zoeken naar een mogelijke verklaring waarom de hypothese wel voor vrouwen opgaat, maar voor mannen niet bevestigd wordt, valt er nog te bedenken dat de meeste vrouwen een bevalling achter de rug hadden. Zou een bevalling hen predisponeren tot chronische hyperventilatie? Uit de ziektegeschiedenissen komt niet naar voren dat chronische hyperventilatie bij de volwassen vrouwen uit de jaren '40-'45 direct in aansluiting aan een bevalling is ontstaan. Bij 3 van de 4 chronisch hyperventilerende vrouwen geboren in de jaren '45-'50 is dat wel zo. Hierin ligt een duidelijke aanwijzing, dat een partus het proces van chronische hyperventilatie in gang kan zetten.

Van de 19 in de oorlog geboren patiënten met chronische hyperventilatie, maakten 10 de bovengeschetste oorlogshandelingen mede. Bij de overige 9 was het niet moeilijk een andere oorzaak aan te wijzen. Twee leden in de jeugd aan asthmatische bronchitis, één was ernstig affectief verwaarloosd en drie behoorden tot de groep

van de mishandelde kinderen. Er is niet veel fantasie voor nodig om aan te tonen dat mijn reconstructie van het verleden van hyperventilerende volwassenen ook opgaat voor diegenen die als kind plotseling geslagen werden – van weerloosheid en plotseling onaangename prikkels gesproken! Bij slechts twee patiënten kon ik in de vroege jeugd niets vinden. Van de ‘na-oorlogse’ patiënten had er één thans asthma, één onduidelijke benauwdheid, terwijl bij 3 de chronische hyperventilatie na een moeilijke bevalling was ontstaan. Eén van hen was een vroeger mishandeld kind. Tenslotte de 4 ‘voor-oorlogse’ hyperventilerende patiënten. Eén had ernstig asthma, één was na extreme climatologische omstandigheden recentelijk gaan hyperventileren, en één had waarschijnlijk oorlogshandelingen op de leeftijd van 1½ jaar meegemaakt. De laatste – wel, werd in september 1939 geboren. Hij zit niet in de groep oorlogskinderen, hetgeen aangeeft dat mijn getalsopstelling gebrekkig is, omdat ik hem, evenals de andere patiënt uit de groep ’35-’40, eigenlijk had moeten laten meetellen. Waarom zou je geen last van de oorlog gehad hebben wanneer je in september 1939 geboren bent? Deze man heeft chronisch onbegrepen hoofdpijnaanvallen, die mij op chronische hyperventilatie lijken te berusten. Bij het opnemen van zijn anamnese vertelde hij twee sterke verhalen. Het eerste was dat zijn moeder hem een keer de borst gaf, staande voor hun woning bij Breda. Ze deed dat buiten omdat tijdens die mei-dagen in ’40 het binnenshuis te gevaarlijk was. Plotseling stortte het huis achter hen in en patiënt vertelt grinnikend dat moeders borstvoeding verder van schrik gestopt is. Hij kan zich vanzelfsprekend daar niets van herinneren. Het tweede verhaal heeft zijn vader over hem verteld: Je mag van geluk spreken dat je nog leeft, want de kruik die aan je voetjes lag in de wieg werd lek geschoten.

Ik meen met de reconstructie van de vroege jeugd van chronisch hyperventilerende volwassenen een bijdrage te hebben geleverd tot een verklaring van de opmerking: het zijn zenuwen. Nu moet ik tenslotte voor de leken onder u nog iets aan dit verhaal toevoegen. U zult mij de vraag voorleggen: wat helpt dat nu dat die patiënten bij de psychiater kwamen? Dat is een hachelijke vraag, want er is niets zo moeilijk in de geneeskunde als te bewijzen dat een ingestelde behandeling tot genezing heeft geleid. Ik kan dat ook niet en ik wil ook niet de indruk wekken dat ik dat zou kunnen. Ik merk wel dat de patiënten meestal blij zijn met de uitleg en zich geholpen voelen. Het geeft een gevoel van begrepen te worden wanneer de arts al vantevoren weet wat er komt. Wanneer hij kan uitleggen dat die oorlogservaringen er waren en men zich er niets meer van kan herinneren, maar dat het toch de oorzaak kan zijn dat je nu spoedig angstig wordt, vooral na het recente overkomen verlies. Ik heb de indruk dat hoe minder neurotisch de mensen zijn, hoe beter zij zich geholpen voelen door de verklaring die ik kan geven. Dat is geen opmerkelijke constatering. Het zou interessant zijn om na te gaan of dat inderdaad de groep is die heel

jong getraumatiseerd is, zodat de onaangename vegetatieve prikkels nog weinig psychotraumatisch gehalte hadden. De man die op de leeftijd van 1 jaar naar Goes ging, sprak ik toevallig nog eens twee jaar nadat ik hem zijn chronische hoofdpijnen had uitgelegd. 'Ik voel me uitstekend,' zei hij. 'Het is alsof ik mijn winterjas bij u heb achtergelaten.'

Literatuur

- Buitenhuis, J. M., Prof. Dr. J. Droogleever Fortuyn, H. J. Haisma, W. B. Jansema, M. Kalkman-van de Lint, H. Leenstra-Borsje, J. Toonstra en M. Wiers-Mosman (1976), Studies over het hyperventilatie syndroom, I. Het Klachtenpatroon. *N.T.v.G.* 120, nr. 18.
- Da Costa, J. M. (1871), On the irritable heart; a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Amer. J. Med. Sci.* 61, 2.
- Droogleever Fortuyn, Prof. Dr. J., W. Groeneveld, E. Klaver-Krol, H. Leenstra-Borsje en Dr. A. W. Teelken (1976), Studies over het hyperventilatie syndroom. III. Pathofysiologie. *N.T.v.G.* 120, nr. 20.
- Freud, Anna en Dorothy Burlingham (1943), *War and Children*, Medical War Books.
- Freud, Anna (1945), Infants without Families. Reports on the Hampstead Nurseries 1939-1945. *The Writings of Anna Freud, Vol. III*, p. 1-664. International Universities Press, New York.
- Freud, Anna (1967), Comments on Trauma, in: *Psychic Trauma*, ed. by Sidney S. Furst. Basic Books, New York/London.
- Freud, S. (1886), Extracts from Freud's Footnotes to his translation of Charcot's Tuesday Lectures. *St. Ed. Vol. I*, p. 137. The Hogarth Press, London.
- Freud, S. (1894), Neurasthenie und Angstneurose. *Ges. W. I*, 315-342, Imago, London.
- Freud, S. (1916), Jenseits des Lustprinzips. *Ges. W. XIII*, p. 29, Imago, London.
- Greenacre, Phyllis (1967), The influence of Infantile Trauma on Genetic Patterns, in: *Psychic Trauma*, ed. by Sidney S. Furst. Basic Books, New York/London.
- Stam, J. (1974), *Hyperventilatie en het hyperventilatiesyndroom*. Proefschrift, Amsterdam, V.U.
- Strachey, J. (1926), Editor's Introduction. Inhibitions, Symptoms and Anxiety, *St. Ed. Vol. XX*, p. 81, The Hogarth Press, London.