

ben. Zou dit wel het geval zijn, dan is de motivering tot afstand doen niet juist geweest. Wanneer men de moeder opzettelijk verhindert haar baby te zien, zal zij zich eerder in onjuiste fantasieën kunnen gaan uitleven.

Ook over wat na de geboorte met de baby zou gebeuren, maakten de moeders zich zorgen. Zij voelden zich toch allen verantwoordelijk voor hun kind en zij wilden het zo spoedig mogelijk in een adoptief gezin zien geplaatst. Eerst na die plaatsing kunnen zij zich van hun verantwoordelijkheid tegenover hun kind ontheven voelen en innerlijk vrede krijgen met de gang van zaken.

Een directe plaatsing na de geboorte in een adoptief gezin is echter niet mogelijk volgens de bij de Raad voor de Kinderbescherming geldende regels ten aanzien van de „afstand”-baby's. Deze worden namelijk eerst, meestal voor minstens drie maanden, op zogenaamd neutraal terrein geplaatst. Dit neutrale terrein is in de meerderheid der gevallen een kindertehuis, omdat er onvoldoende gastgezinnen zijn die een baby enkele maanden kunnen en willen verzorgen.

Geen der moeders wilde de baby echter in een kindertehuis zien geplaatst, zelfs niet voor enkele maanden. Enkelen, omdat zij zelf in kindertehuizen hadden gewerkt of omdat zij in hun jeugd tengevolge van familieomstandigheden perioden aldaar hadden doorgebracht; anderen stonden er eenvoudig emotioneel afwijzend tegenover, zij wilden hun kind in de geborgenheid van een gezin. Zelf ben ik ook van mening dat een baby een „natuurlijker” opvang heeft in een gastgezin dan in een kindertehuis, hoe goed dit ook moge zijn.

Er is nog onvoldoende bekend over de psychische gevolgen van het afstand doen, ongeacht welke motieven hebben geleid tot deze beslissing. Het eigen oordeel van de moeders — die vele maanden bewust hun kind moesten dragen en er

van moesten bevallen — over dit afstand doen is, dat het onvergelykbaar erger is dan het „afstand” doen van een nog onwezenlijke vrucht in de eerste zwangerschapsmaanden. Na de afstand trad er een wezenlijke verandering op in hun verhouding tot hun oude omgeving, ook al was deze geheel onkundig van hetgeen was gepasseerd. Dit resulteerde vaak in het opgeven van de oorspronkelijke betrekking voor een meer sociaal gerichte opleiding of voor een werkring in een andere omgeving.

Wanneer wij tenslotte de begeleiding van de ongewenst-zwangere jonge vrouw, zoals die heden ten dage in Nederland voor het overgrote deel door de verenigingen voor ongehuwde moederszorg* wordt uitgevoerd kritisch bezien, dan blijkt deze over het algemeen adequaat te zijn. Door een tekort aan mogelijkheden en een teveel aan voorschriften kan men echter niet altijd aan de individuele redelijke wensen van iedere ongehuwde aanstaande moeder tegemoetkomen. Vooral voor de zelfstandige jonge vrouw, die gewend is zelf beslissingen te nemen, is dit moeilijk aanvaardbaar. Zij zou zelf meer inspraak moeten krijgen in de voor haar kind en haarzelf te treffen voorzieningen.

Een meer aan de individuele nood aangepaste begeleiding is alleen mogelijk, wanneer bij het maatschappelijke werk wat meer bereidheid zou bestaan tot het toelaten van die vormen van particulier initiatief, waaruit het zelf is ontstaan.

* Vereniging voor Ongehuwde Moederszorg; Onderlinge Vrouwenbescherming; Hendrik Pierson Vereniging; Katholiek Bureau Moederhulp.

Heymans, H. F. en C. J. Trimbos. De niet-gehuwde moeder en haar kind. Paul Brand, Hilversum-Antwerpen, 1964.

Swelheim-de Boer, R. Ongehuwd moederschap. Stichting Uitgeverij N.V.S.H. 's-Gravenhage, 1968.

*Psychogene factoren bij rugpijn**

DOOR DR. J. A. WEYEL, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Wat wij onder rugpijn moeten verstaan is duidelijk, ook al bestaat een ruime mogelijkheid tot discussie hierover; de psychogene factoren zijn echter moeilijker te definiëren. De vaagheid van dit materiaal moet echter als een feit worden gezien en zijn dan de psychiaters niet eerder te loven dat zij de moed hebben in deze ondoorzichtige materie te duiken dan te laken omdat zij daar niet uitkomen?

Met psychogeen betitelt men de reacties op de

* Voordracht, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus Lenepijn, Leiden 1968.

levenservaringen, de blutsen en krassen welke men in het dagelijkse tussenmenselijke verkeer oploopt, waarover men zich in woede opwindt of waarover men terneergeslagen kan zijn. Wij reageren voortdurend op alle micro- en macrotraumata; een gedeelte daarvan kunnen wij verwerken door een passend antwoord, een passend gedrag, door bagatelliseren of negeren. Moeten wij echter meer verwerkingsenergie opbrengen dan wij beschikbaar hebben, dan ziet men psychotraumatische stress optreden. Dit betreft de traumata van buitenaf, waaraan wij geen deel hebben, maar die ons

worden opgedrongen. Worden wij echter in ons eigen verwachtingspatroon, onze fantasieën, verlangens, onze „dreams of glory” teleurgesteld, dan kunnen dergelijke teleurstellingen eveneens psychotraumata zijn: de echtgenoot is niet de stoere held uit de jongemeisjesdromen; het snoezige wiegekend komt met de verkeerde schoonzoons aan, een promotiekans wordt gemist en wat dies meer zij.

De psychogene factoren bij rugpijn zijn eindeloos gevarieerd, systematiseren ervan is niet mogelijk. Er bestaan geen specifieke psychotraumata die een lumbaal pijnsyndroom opleveren, noch is er een specifiek persoonlijkheidssyndroom, een karakterstructuur, die gepredisponneerd is voor lage rugpijn. De literatuur laat hierover geen twijfel bestaan; wel vermelden alle auteurs de rol van de psychische factor, maar daarbij blijft het dan. Het hanteren van de psychische factor blijft een kwestie van intuïtie, gezond verstand en „bedside-manners”. Zodoende laat men het hanteren ervan behoren tot de geneeskunst, terwijl alle aanleiding bestaat om het tot geneeskunde te maken, dat wil zeggen tot een onderdeel van het wetenschappelijk diagnostische en therapeutische systeem.

In deze voordracht wordt daarom door mij de nadruk gelegd op de manier waarop de psychische factor kan worden ontdekt en de wijze waarop het psychische aspect van de lende pijn kan worden behandeld. De meeste gevallen van lage rugpijn zijn combinaties van enerzijds een om een of andere reden tot *locus minoris resistentiae* geworden lage rug, anderzijds een verstoring van de psychische economie. De psychische factor heeft zelfs niet aetiologisch te zijn, deze kan het gevolg zijn van de ziekte-toestand welke de lage rugpijn met zich brengt. Ook dat is een belangrijk punt bij de behandeling.

Lage rugpijn (LRP) is geen ziekte, maar een symptoom. De Blécourt wees erop dat de aetiologie banaal tot zeer ernstig kan zijn. In dit opzicht komt de LRP overeen met het ook zeer frequente symptoom hoofdpijn, dat weliswaar meestal psychisch is, maar dat soms op zeer verraderlijke wijze op een ernstig lijden blijkt te berusten. Het mag dan ook als een kunstfout worden beschouwd, wanneer bij LRP niet een zorgvuldig lichamenlijk onderzoek wordt gedaan en wel in eerste instantie. Hiervoor zijn twee redenen, ten eerste de mogelijkheid van een ernstig somatisch lijden dat zich aanvankelijk slechts als een vaag neurasthen syndroom manifesteert en ten tweede het feit dat alle psychische spanningen somatisch worden beleefd en zich somatisch fixeren. Deze somatische component mag wel, de psychisch dieper liggende factor mag niet bewust worden; met andere woorden van het gehele complex wordt alleen de somatische kant gepresenteerd. Maar daar, waar de klacht wordt gepresenteerd, geeft de patiënt een

„opening” en derhalve moet men hem daar in eerste instantie tegemoet komen.

De omzetting van psychische spanning in lichamenlijk lijden volgt een uiterst ingewikkelde psychofysiologische weg. Deze psychofysiologische omzetting kan zeker niet in eerste instantie worden ontrafeld. Een voorbeeld hiervan is de LRP als uiting van de afweer van de seksualiteit bij de vrouw. De rug doet pijn, zij kan niet erop liggen; met de rugpijn die bewust is, belemmert zij de niet-bewust gevreesde coïtus. De rug is het symbool van de vrouwelijke passiviteit; de rugpijn kan via het symbool als zuiver psychische omzetting fungeren. Zou men direct afstevenen op dit veelal onbewuste, soms wel bewuste, maar dan uit schaamte voor de manlijke dokter verzwegen probleem, dan kwetst men de patiënt bovenmatig. Men moet voorzichtig en geleidelijk de façades welke de patiënt uit psychisch zelfbehoud onbewust om zijn werkelijke probleem heeft gebouwd, opruimen door hem of haar somatisch te benaderen. Er is dus een dringende somatische en een zwaarwegende psychologische reden om elke LRP nauwkeurig somatisch te onderzoeken.

Op welke wijze verkrijgen wij nu informatie over de psychische factor en hoe hanteren wij dan naderhand die psychische factor.

In de eerste plaats diagnostisch: het speuren naar de psychische factor zal moeten worden ingepast in het somatische onderzoek, het mag niet als een *corpus alienum* daarvan worden gescheiden. Aldus kan men, gebruikmakend van de vraag naar de fysieke werkomstandigheden, de volgende vraag zonder moeite uitbreiden tot de psychische omstandigheden: „Zijn er de laatste tijd moeilijkheden op uw werk geweest?”. Wanneer de patiënt dan vertelt dat hij minder last van zijn rug heeft wanneer hij op karwei is dan wanneer hij in de fabriek werkt, ligt het voor de hand dat er iets in de fabriek is wat de rugklachten versterkt. Het kan de hoogte van de draaibank, het langdurig achtereen staan of zitten, maar ook de knorrige voorman, de lanterfantende ondergeschikten, de geringe beloning, de gemiste promotie zijn. Van dit komt men gemakkelijk op de vraag: „Hoe lang werkt u daar al, bevalt het?”. Blijkt het, dat hij er pas vier maanden werkt, maar daarvoor vijftien jaar bij zijn vorige werkgever, dan dient een rood licht te gaan branden. „Waarom bent u van baas veranderd?”. De reden kan een conflict zijn, maar ook een faillissement. Het conflict kan het gevolg zijn van de „conflicteuze” persoonlijkheid van de patiënt, maar ook van een niet-verkregen promotie of door ongenoegen met de veel jongere opvolger van de overleden en zeer gewaardeerde oude chef.

Men kan deze eerste entree het onderzoek naar de persoonlijke omstandigheden noemen. Dit onderzoek moet naast vragen over het werk en de werksfeer ook vragen naar het gezinsleven omvatten. „Is uw vrouw gezond?”, is een gewone me-

dische vraag, maar het antwoord kan onthullen dat de vrouw chronisch reuma heeft en dat de man dus veel moet meehelpen in de huishouding. Zonder nog nader in te gaan op de huwelijkssituatie, kan men een patiënt met LRP vragen naar de invloed welke de LRP heeft op de seksuele omgang. Zorgen over en om de kinderen komt men alleen te weten wanneer men ernaar vraagt: „Zijn de kinderen gezond?” en deze vraag kan dan weer worden gevolgd met: „Zijn er geen moeilijkheden met de kinderen?” Hoeveel vaders en moeders zijn er niet die heftig reageren op het gedwongen huwelijk van dochter of zoon. Wanneer een vrouw met LRP op uw vraag of haar man haar niet wat kan assisteren in de huishouding, antwoordt met: „Ik heb een beste man dokter, maar ..”, dan krijgt de medicus een aanwijzing die op problemen wijst, een opening, welke hij goed zou kunnen benutten door verder te vragen.

Een van de belangrijkste redenen waarom de medicus een opening onbenut laat is, dat hij meent de onthulde problemen ook te moeten oplossen. Ten onrechte! Men moet de kathartische betekenis van het uitpraten niet onderschatten. De patiënt weet maar al te goed dat men hem (haar) niet zal kunnen helpen, maar het lucht wel op als zij kan spuien dat haar man een huistyran, een alcoholist of een slappeling is. Wanneer zij bij een recidief, tijdens het somatische onderzoek een vriendelijk belangstellende vraag krijgt wanneer de assistente de kamer uit is: „Is het thuis weer mis?”, dan zal zij even gaan huilen en zeggen: „Ach, dokter, u weet het, maar daar kunt u toch niets aan doen”. Maar dan kan de injectie, de bestraling en de massage helpen tegen haar pijn. Hier heeft de dokter als geneesmiddel gewerkt; psychische warmte is vaak zeer effectief! In deze fase van het onderzoek naar de persoonlijke omstandigheden heeft men zich nog niet te bekommeren om de dieper liggende psychologische mechanismen: de ambivalente gevoelsinstelling van de man met de chronisch zieke vrouw, de gevoelens van de flinke echtgenote van de slappe man, die op haar beurt een keer echt passief vrouwelijk wil zijn en eens wil worden verzorgd. Datgene wat van deze dieper liggende problematiek aan de oppervlakte verschijnt, moet evengoed worden onderzocht als urine en bloed.

Wanneer echter de patiënt een dik dossier heeft van de vele recidieven, de talloze behandelingswijzen met de steeds herhaalde foto's en andere laboratoriumgegevens, dan is het zinvoller de patiënt nader psycho-sociaal te onderzoeken dan opnieuw een röntgenfoto te laten maken. Hetzelfde geldt, wanneer een forse discrepantie bestaat tussen klachten en somatische bevindingen. Dit zijn indicaties om over te gaan van de oriënterende fase van het diagnostische onderzoek naar het meer uitgebreide psycho-sociale onderzoek.

Bij een matig begaafde schoonmaker, die reeds

vele maanden met LRP in de ziektewet was, bleken bij nader psycho-sociaal onderzoek de klachten te zijn ontstaan na de ontdekking dat een oude huisvriend reeds een jaar lang seksuele spelletjes deed met de jongste dochter. Deze man was gestuurd vanwege de discrepantie tussen de geringe somatische bevindingen en de hevige klachten welke hij uitte.

Het is voor de tweede fase van het onderzoek van belang te weten te komen hoe de jeugdumstandigheden waren van de patiënt, hoe zijn scholing is verlopen, hoe hij in zijn huidige beroep is terechtgekomen, hoe zijn huidige werkomstandigheden zijn, wat zich in zijn gezin afspeelt, kortom hoe de patiënt leeft, wat voor mens hij is, waaraan hij zo zwaar tilt dat hij last heeft van zijn rug.

Men werpt mij altijd tegen dat psycho-sociaal onderzoek zoveel tijd kost. Iedere arts kan het echter in vijftien tot twintig minuten verrichten. Tijd is geld, maar deze twintig minuten kosten minder dan voor de zoveelste maal een röntgenfoto te laten maken of massage voor te schrijven. Terecht wijzen Seaman en Reder erop dat de diagnose: gestoorde persoonlijkheid, aan de operatie moet voorafgaan en niet erop volgen wanneer postoperatief de klachten blijven bestaan. Ook kan ik mij geheel aansluiten bij hun ervaring dat bij de LRP de organische factor zelden afwezig is, maar dat het ziektebeeld als geheel voornamelijk kan worden beheerst door de psychische bovenbouw. Behandeling hiervan — en dat behoeft heus geen specialistische psychotherapie te zijn — kan de somatische klachten belangrijk reduceren en deze tot normale proporties terugbrengen.

Bij een 53-jarige gescheiden vrouw constateerde de consulterende geneesheer een forse discrepantie tussen de klachten en de somatische bevindingen. Hij dacht aan simulatie en hij stuurde haar door. Bij het opnemen van de psycho-sociale anamnese klopte er iets niet. Het gesprek stakte en plotseling barstte de vrouw in snikken uit. Zij vertelde dat zij een jaar lang was gedetineerd op iets gecompliceerds bij een kleine diefstal. Zij was door de reclassering niet geholpen en zij had nu vreselijke moeite een goede betrekking te vinden in de stad waarheen zij vanwege de schande was verhuisd. Zij zat in psychische en financiële moeilijkheden, welke zij verergerde door zowel tegen de huisarts als tegen de consulterende geneesheer te zwijgen, al was dit gedrag alszins invoelbaar. Nu men wist wat er aan de hand was, liet de consulterende geneesheer haar wat langer in de ziektewet en de huisarts steunde haar bij haar sociale revalidatie. Dit inspelen op de psycho-sociale stress is, zoal geen eigenlijke psychotherapie, toch een duidelijk voorbeeld van de vele mogelijkheden tot niet-eigenlijke psychotherapie, die ons door dergelijke patiënten wordt geboden.

De noodzakelijke voorwaarde om deze niet-eigenlijke psychotherapie toe te passen ligt in de diagnostiek. De diagnostiek bestaat uit vragen naar de nog onbekende weg, geleid door onbegrijpelijkheden en vaagheden in de anamnese. Op deze wijze komt men te weten welke belastende psychische of psycho-sociale factor een rol speelt en dan kan men zich pas een oordeel vormen over de weg die moet worden begaan. Maar dit bete-

kent geen psychotherapie in engere zin: iemand kan psychisch bovenmatig lijden onder slechte behuizing, inwoning van het gezin van een jonggehuwd kind of onder de dementie van een ouder. Dan ligt de oplossing van de psychische factor in het sociale veld.

De behandeling van de psychische factor met sociale en fysieke middelen is een vorm van psychotherapie — door mij een niet-eigenlijke of niet-identieke vorm genoemd — omdat een niet-psychisch middel wordt gebruikt. Een gesprek, dus een psychisch middel zou hier niet helpen. Identiek hiermede is het bestrijden van psychische stoornissen met psychische middelen, een gesprekstherapie, groepstherapie, psychoanalyse, kortom alle vormen van „Heilung durch den Geist”. Is het inderdaad al te boud te beweren dat massage, bestraling of gymnastiek vaak verkapte vormen van psychotherapie zijn?

Vele mensen lijden onder vele vormen van chronische stress. Het gelukt soms niet de strijd vol te houden, zij decompenseren, zij capituleren, zij buigen door daar waar zij het zwakst zijn, om redenen van constitutie, slijtage of ongeval. De ziekteperiode met de erbij komende rust onttrekt hen dan aan de dagelijkse levensstrijd, geeft hen een adempauze om te herstellen. Dat onze patiënten zich dit meestal niet bewust zijn, is hen niet aan te rekenen, maar de medicus als wetenschapsmens moet kunnen zien en kunnen onderzoeken welke de belangrijke bifactoren zijn die invloed uitoefenen op het totale, hem gepresenteerde beeld. Wanneer hij deze factoren vindt, behoeft hij deze zeker niet aan de patiënt voor te schotelen, maar hij moet wel een weg vinden om deze factoren mede op te nemen in de behandeling die het antwoord is op de door de patiënt gepresenteerde klacht.

In Genesis 31 en 32 wordt verhaald dat aartsvader Jacob, terugkerend van zijn twintigjarig verblijf bij Laban, zo bang is voor de ontmoeting met Ezau, dat hij zijn vrouwen, kinderen, knechten en dienstmaagden en al het vee over de Jabbok laat gaan en alleen achterblijft. En dan staat er geschreven: „... en een man worstelde met Jakob totdat de dag aanbrak. Toen deze zag dat hij hem niet kon overwinnen, sloeg hij hem op zijn heupgewricht. En sindsdien ging Jakob mank”.

De passage: „... en een man worstelde ..” wordt gemeenlijk zodanig geïnterpreteerd dat een engel was verschenen. Terecht wordt echter ook erop gewezen dat tweemaal wordt vermeld dat deze engel met de dageraad moest heengaan. Onze collega en grote theoloog Maimonides zegt dan ook dat wij moeten denken dat Jakob heeft gedroomd van een worsteling. Wat is hier de psychogenese van deze lende pijn?

Ezau had gezworen Jakob te vermoorden, nadat deze op instigatie van zijn moeder Rebekka hem het eerstgeboorterecht had ontfutseld. Jakob had reeds bij de partus tekenen gegeven de eerste te willen zijn, want hij had zijn tweelingbroer bij

de hiel vast, vandaar zijn naam. Jakob vlucht en krijgt een vrij frustrerend leven bij schoonvader en oom Laban. Zij gaan met een bijgelegde ruzie uiteen en dan berichten de boden dat Ezau in aantocht is. Jakob, wel ambitieus maar allerminst een „Draufgänger”, eerder een wat passief karakter, iemand die zich veel had laten aandoen, stuurt opeenvolgende geschenken om Ezau's toorn op te vangen. Maar in de nacht voor de ontmoeting, vindt als het ware een anticipatie plaats op de gevreesde worsteling met de altijd dominerende broer. Tijdens deze anticipatie ontstaat een somatisch syndroom: lende pijn. Hij kan nu niet meer vechten, hij is ziek, hij gaat al mank alsof hij was geslagen. Het onderworpen gedrag wanneer hij Ezau tenslotte ontmoet, wijst op het bekende mechanisme van de onderwerping bij voorbaat, het beteugelen van de agressie van de tegenpartij door zich als non-combattant, als zieke te melden. Deze fascinerende klassieke en zo menselijke tragedie vormt een voorbeeld van de psychogenese van lende pijn: de strijd staken voordat moet worden gestreden, een psychisch buigen, bukken voor de overmacht.

Wanneer wij artsen, evenals Jakob, de anamnesticke strijd staken voordat wij precies weten waarom wordt geklaagd, dan zullen wij voortdurend geschenken moeten geven in de vorm van steeds nieuwe middelen zonder dat wij wezenlijk helpen.

- Avery, E. The lung and its Disorders in the Newborn Infant. Major Problems in Clinical Pediatrics, Vol. I, ed. Saunders (1968).
- Beard, R. W. (1968) Proc. roy. Soc. Med. 61, 448.
- Beard, R. W. en E. D. Morris (1965) J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. 72, 496.
- Beard, R. W., E. D. Morris en S. G. Clayton (1967) J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. 74, 812.
- Blystad, W. (1956) Acta paediat. 45, 103.
- Bozic, C. (1963) Pediatrics 32, 1094.
- Brown, R. J. K. (1964) Pediatrics 33, 792.
- Brumley, W., W. A. Hodson en M. E. Avery (1967) Pediatrics 40, 13.
- Chu, J., J. A. Clements, E. Cotton e.a. (1965) Pediatrics 35, 733.
- Downes, J. J., S. Arya e.a. (1967) Arch. Dis. Child. 42, 659.
- Fisch, O., H. J. Gravem en R. R. Engel (1968) J. Pediat. 73, 395.
- Gupta, J. M., G. W. Dahlenburg en J. A. Davis (1967) Arch. Dis. Child. 42, 416.
- Hardie, G., V. C. Harrison en J. E. Kench (1968) Arch. Dis. Child. 43, 471.
- Harrison, V. C., H. de V. Heese en M. Klein (1968) Pediatrics 41, 549.
- Koch, G. (1968) Acta Paediat. Scand. Suppl. 181.
- Pildes, S., A. E. Forbes en M. Cornblath (1967) Pediatrics 40, 69.
- Rudolph, A. M. en S. Yuan (1966) J. Clin. Invest. 45, 399.
- Russell, G. en E. K. Cotton (1968) Pediatrics 41, 1963.
- Scarpelli, E. M. (1967) Pediatrics 40, 951.
- Schreiner, W. E., E. Saling en E. Strang. Aktuelle Probleme der Neonatologie. Vol. 21, ed. S. Karger (1967).
- Scott, J. M. (1965) Arch. Dis. Child. 40, 317.
- Spierdijk, J. (1968) Ned. T. Geneesk. 112, 1391.
- Stoneman, E. R. en R. M. Owens (1968) Arch. Dis. Child 43, 155.
- Strang, L. B. en M. H. Macleish (1961) Pediatrics 28, 17.
- Strauss, J. (1968) Pediatrics 41, 667.