

Nek- en rugpijn bij gevoelens van agressie en onmacht

R. J. VERKES EN P. J. VAN MEGCHELEN*

Volgens een onderzoek uit 1982 van Oosterhuis zou er een verband bestaan tussen de lokalisatie van somatisch onverklaarde pijn en bepaalde emoties: nekpijn zou samenhangen met (opgekropte) agressie, buikpijn met angst, en lage rugpijn met gevoelens van onmacht en verdriet. In het hier beschreven onderzoek, waarbij buikpijn buiten beschouwing is gelaten, werden aanwijzingen gevonden dat een dergelijk verband inderdaad bestaat.

Inleiding

In september 1982 publiceerde de Haarlemse huisarts *Oosterhuis* de resultaten van een onderzoek naar het verband tussen de lokalisatie van functionele pijn en de aard van de emotionele omstandigheden van de patiënt.¹ De resultaten van dit onderzoek leverden een opmerkelijke ondersteuning van de hypothese dat nekpijn samenhangt met agressie, buikpijn met angst, en rugpijn met gevoelens van onmacht en verdriet. Het leek zinvol Oosterhuis' bevindingen nogmaals te toetsen. Dit gebeurde met een enigszins gewijzigd onderzoeksinstrument in het kader van het zogenaamde derdejaars keuze-onderwijs. Daar wij op grond van de ervaringen van Oosterhuis konden verwachten dat het verzamelen van een voldoende aantal buikpijnpatiënten de tijdsduur van het onderzoek aanzienlijk zou verlengen, hebben wij deze categorie voornamelijk buiten beschouwing gelaten en ons beperkt tot patiënten met nek- en rugpijn.

Methoden

De proefpersonen voor ons onderzoek zijn als volgt gerecrueteerd: Met veertien huisartsen – uit Leiden, Zoetermeer en Oude Wetering – werd afgesproken dat zij gedurende twee maanden alle patiënten die het spreek-

uur bezochten wegens lage rugpijn of pijn in het nek/schouder-gebied, zonder dat er evidente organische pathologie aanwezig was, zouden vragen om hun medewerking. Alle mensen die daartoe bereid waren, werden daarna zo spoedig mogelijk – en in ieder geval binnen drie weken – door een van ons bezocht.

Uitgesloten waren patiënten met:

- koorts of organische pathologie samenhangend met pijn;
- een trauma of ongeluk duidelijk samenhangend met de klacht;
- vroegere operaties aan hals of rug;
- neurologische symptomen (sensibiliteitsstoornissen, positieve Lasègue, abnormale reflexen);
- de diagnose spondylolisthesis of Scheuermann in de anamnese.

Niet uitgesloten waren patiënten met kleine laesies, omdat dergelijke afwijkingen evengoed voorkomen bij mensen zonder klachten en dus niet als afdoende verklaring voor de pijn kunnen worden beschouwd.²⁻⁴

De pijn mocht niet langer dan 18 maanden tevoren zijn begonnen, maar mocht wel ten tijde van het interview weer over zijn. Voorts dienden de respondenten ouder te zijn dan 14 jaar; zij moesten zelfstandig geïnterviewd kunnen worden, en moesten kunnen lezen en schrijven.

Voor alle zekerheid hebben we met een follow-up een jaar later nagegaan of er alsnog organische pathologie was gevonden, waardoor de klacht verklaard zou kunnen worden.

Om de aard van de gevoelens van zijn proefpersonen te bepalen heeft *Ooster-*

huis gebruik gemaakt van drie lijsten met elk tien beschrijvingen van levenssituaties die zich werkelijk hebben voorgedaan bij patiënten uit zijn praktijk. Eén lijst bevatte uitsluitend situaties die – volgens twintig onafhankelijke beoordelaars – vooral agressie zouden oproepen, de tweede lijst situaties die gepaard zouden gaan met angst, en de derde lijst situaties die gepaard zouden gaan met gevoelens van onmacht en verdriet. Tijdens zijn onderzoek werd de respondenten gevraagd hieruit die lijst te kiezen, die het best bij hun eigen problemen aansloot. Deze keuze werd dan als indicatief voor de ondervonden emoties beschouwd.

In een proefonderzoek bleek deze methode voor ons minder goed te voldoen. Daarom hebben wij de 30 levenssituaties van *Oosterhuis* in een willekeurige volgorde op één lijst gezet en aangevuld met 20 andere situatiebeschrijvingen (*kader*). Deze situaties zijn wél vermeld in het proefschrift van *Oosterhuis*, maar zijn door hem niet gebruikt, omdat de overeenstemming tussen de twintig beoordelaars hier minder groot was.

Tijdens het bezoek aan de proefpersonen was de procedure als volgt:

1. Eerst werd de lijst met 50 items aan hen voorgelegd met de vraag, welke drie of meer situaties – in volgorde van belangrijkheid – leken op wat zij zelf hadden meegemaakt vlak voor of rond het begin van de klacht.

2. Vervolgens werd hun gevraagd welke gevoelens die omstandigheden bij hen hadden opgeroepen. Daartoe konden zij een keuze doen uit negen zinnen, die stuk voor stuk een mogelijke „gevoelsreactie” weergeven (*kader*).

Op deze wijze werd zowel de levenssituatie als de emotionele reactie systematisch vastgelegd. De respondent kon zijn gevoelens direct benoemen, zonder dat hij tot een abstractie uit een gehele lijst moest komen.

Na afloop van dit gestructureerde gedeelte vroegen wij de respondenten wat meer over hun levensomstandigheden te vertellen. Dit was bedoeld om enige achtergrondinformatie te verwerven, zodat wij een – uiteraard subjectieve – indruk van de validiteit van het onderzoeksinstrument zouden krijgen.

De verwerking van de antwoorden gebeurde als volgt:

1. Steeds is uitgegaan van de drie als meest relevant uitgekozen situatiebeschrijvingen. Wanneer twee of drie van deze beschrijvingen correspondeerden met één bepaalde emotie – agressie, onmacht/verdriet of angst – werd die

* Studenten geneeskunde Leiden. Het onderzoek is uitgevoerd in het cursusjaar 1983/1984 in het kader van het derdejaars keuzeonderwijs onder auspiciën van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden.

emotie genoteerd; wanneer een respondent drie verschillende emoties noemde, werd zijn antwoord gerubriceerd als *niet in te delen*.

2. Vervolgens gebeurde hetzelfde met betrekking tot de drie bijbehorende gevoelsreacties.

Als het door Oosterhuis veronderstelde verband tussen pijnlokalisatie en emotie juist is, mag men verwachten dat de volgende operationele hypothesen bevestigd zullen worden:

1. Nekpijnpatiënten achten, in vergelijking met rugpijnpatiënten, vaker situatiebeschrijvingen van toepassing die als overwegend agressie-opwekkend zijn geclassificeerd, terwijl rugpijnpatiënten vaker situaties aangeven die vooral gevoelens van onmacht of verdriet oproepen.

2. De gevoelsreacties die volgens de respondenten zelf passen bij de door hen genoemde situatiebeschrijvingen, vallen voor nekpijnpatiënten vaker in de eerste categorie (agressie) en voor rugpijnpatiënten vaker in de derde categorie (onmacht/verdriet).

Resultaten

De veertien huisartsen meldden in totaal 73 keer, dat er een patiënt op het spreekuur was geweest die aan de selectiecriteria voldeed. Op het verzoek om medewerking weigerden één patiënt met nekpijn en vier met pijn in de rug. Van de 68 overgebleven en door ons bezochte patiënten konden vijf respondenten niet tot de minimaal vereiste keuze van drie items komen; zij vielen derhalve buiten de verdere verwerking. Deze vijf patiënten hadden allen last van hun rug; bij een van hen bleek zich een jaar later een hernia nuclei pulposi te hebben ontwikkeld.

Bij geen van de andere proefpersonen was een jaar later een lichamelijke oorzaak vastgesteld. Zo konden uiteindelijk de gegevens van 63 respondenten worden verwerkt: 28 met nek/schouderpijn en 35 met lage rugpijn (tabel 1). Zes patiënten met nekpijn en vier met pijn

Tabel 2. De overheersende gevoelens behorend bij de drie meest relevante situatiebeschrijvingen.

	Nekpijn	Rugpijn	Totaal
Agressie	22	9	31
Angst, twijfel	2	7	9
Onmacht, verdriet	1	13	14
Niet in te delen	3	6	9
Totaal	28	35	63

$\chi^2 = 19,7$; $df = 3$; $P < 0,001$.

De eerste zeven items van de lijst met 50 situatiebeschrijvingen^a

1. Nu u alleen staat moet u voor het eerst een nog nooit ontmoet probleem oplossen.
2. Uw kind (partner, geliefd familielid) ligt ernstig ziek buiten uw bereik.
3. In het bijzijn van ondergeschikten (kinderen, vrienden, kennissen) valt uw chef (partner, vriend, kennis) u af.
4. Uw kinderen (ondergeschikten) volgen uw wensen (instructies) niet op.
5. Er staat een verandering in de situatie van het gezin (waar u deel van uitmaakt) voor de deur, waarvan het staat te bezien hoe het zal uitpakken.
6. Iemand op wie u zeer gesteld bent is een relatie (baan) begonnen, waarvan u verwacht dat het verkeerd zal uitpakken.
7. Uw vader (moeder, zus, vriendin, kennis, buur, collega) blijkt een ernstige ziekte te hebben; u weet niet of u die ziekte ook heeft.

De negen gevoelsreacties

Reacties	Gevoelswaarde ^b
Ik erger me er wel aan	Agressie
Het maakt me kwaad	
Ik laat me niet kisten, ik ga er tegen aan	
Ik weet niet hoe het af zal lopen	Angst, twijfel
Ik twijfel erg	
Het is een angstige, onveilige situatie	
Zo iets gebeurt nu eenmaal	Onmacht, verdriet
Het maakt me verdrietig	
Ik zie geen oplossing, je wordt er moedeloos van	

^a De 50 items zijn door 20 beoordelaars ingedeeld in drie categorieën: agressie-opwekkend, gepaard gaand met gevoelens van onmacht/verdriet, en gepaard gaand met angst. Bij 30 van de 50 items bedroeg de overeenstemming 75 procent of meer, bij de overige 20 65-74 procent.

^b De negen uitspraken zijn door 22 beoordelaars ingedeeld in drie gevoelswaarde-categorieën; in alle gevallen bedroeg de overeenstemming minimaal 80 procent.

Tabel 1. Kenmerken van de twee groepen patiënten.

	Nek/schouder	Lage rug
Gemiddelde leeftijd in jaren ^a	37,5 (SD 13,0)	38,3 (SD 13,0)
Ratio vrouw/man ^b	1,33	0,52
Gemiddelde tijdsverloop in weken begin klacht – interview ^c	11 (med. 4,2)	15 (med. 7,6)

^a De verschillen zijn niet significant (t-toets, $P > 0,1$).

^b De verschillen zijn niet significant (toets van Fisher, P tweezijdig $> 0,1$).

^c De verschillen zijn niet significant (toets van Wilcoxon, P tweezijdig $> 0,1$).

Tabel 3. De overheersende gevoelsreacties van de proefpersonen zelf op de drie meest relevante situatiebeschrijvingen.

	Nekpijn	Rugpijn	Totaal
Agressie	23	3	26
Angst, twijfel	–	2	2
Onmacht, verdriet	4	25	29
Niet in te delen	1	5	6
Totaal	28	35	63

$\chi^2 = 34,8$; $df = 3$; $P < 0,001$.

in de rug hadden op de dag van het interview geen pijn meer.

Uit de lijst van 50 situatiebeschrijvingen achtten de respondenten met nekpijn er gemiddeld 6,7 van toepassing en de rugpijnpatiënten 7,0. Dit verschil is niet significant (t-toets, P 2-zijdig > 0,1).

1. Uit tabel 2 blijkt dat er een significant verschil is tussen nek- en rugpijnpatiënten, vooral veroorzaakt door de hoge score op de *agressie*-items door nekpijnpatiënten. Mensen met rugpijn scoren weliswaar het hoogst op items uit de onmacht of verdriet opwekkende groep, maar deze voorkeur is minder uitgesproken. Een controle voor leeftijd, geslacht en duur van de klacht toont geen significant effect.

2. Tabel 3 laat de resultaten zien met betrekking tot de tweede hypothese. Hieruit valt af te leiden dat er een significant verschil is tussen de zelf aangegeven emoties van nek- en rugpijnpatiënten. Respondenten met nekpijn scoren op *agressie*, respondenten met rugpijn vooral op *onmacht of verdriet*. Leeftijd, geslacht en duur van de klacht hebben geen significant effect op de score.

Beschouwing

Op grond van deze resultaten concluderen wij, dat geen van de twee hypothesen verworpen kan worden, hetgeen steun geeft aan het vermoeden dat er mogelijk sprake is van een specifiek verband tussen somatische niet verklaarde nek/schouderpijn en (opgekropte) *agressie*, en lage rugpijn en gevoelens van onmacht of verdriet.

Wij formuleren deze conclusie met opzet voorzichtig. Er is een zekere *bias* opgetreden bij de selectie van de patiënten, waarvan de omvang niet valt te achterhalen. De huisartsen waren ervan op de hoogte, dat wij geïnteresseerd waren in de psychosociale aspecten van dit soort klachten. Het is daarom zeer goed mogelijk dat sommigen zich niet strikt aan de selectiecriteria hebben gehouden en bijvoorbeeld patiënten hebben geselecteerd bij wie een samenhang met psychosociale problematiek reeds duidelijk was. Andere huisartsen hebben patiënten bij wie zij bij voorbaat een aversie tegen „psychologisch onderzoek” verwachtten, juist niet gevraagd. Ook bleek niet iedere huisarts even alert te zijn geweest bij elke potentiële proefpersoon. Waarschijnlijk is dit mede een verklaring voor de verschillen in aantallen patiënten met wie wij door de veertien huisartsen in contact zijn gebracht (variërend van 2 tot 8).

Verder is, evenals bij het instrument van Oosterhuis, onvoldoende bekend gaande de validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijst. De gesprekken na het invullen van de lijsten hebben ons overigens wél de indruk gegeven, dat in de meeste gevallen de belangrijkste aspecten van de levenssituatie op adequate wijze zijn vastgelegd. Het zou in dit verband interessant zijn ook eens na te gaan of bij mensen bij wie de pijn verdwijnt, ook de emotionele omstandigheden zich hebben gewijzigd.

Pijn aan rug, nek of schouder is zeer vaak aanleiding tot een bezoek aan de huisarts; bij een gemiddelde praktijkgrootte van 2400 zielen wordt hij ruim 400 keer per jaar wegens deze klachten geconsulteerd.^{5 6} Meestal is hij zeker van de diagnose, maar in zo'n 15 procent van de gevallen is dat niet het geval.⁷ Dan zal de huisarts ook psychosociale aspecten van de klacht nader in overweging nemen.

Het is echter lang niet altijd gemakkelijk een duidelijk beeld te krijgen van de relevante psychosociale factoren. Men kan zich voorstellen, dat bekendheid met het beschreven verband daarbij steun zou kunnen bieden. Wanneer men een dergelijke samenhang bij een patiënt herkent, zal men zich zekerder voelen en een niet-somatische aanpak met meer overtuiging aanvaardbaar kunnen maken voor de persoon in kwestie. Het risico dat de patiënt zijn klacht somatisch fixeert – een risico dat zeker bestaat bij lange vruchteloze onderzoekprocedures – gaat men daarmee zoveel mogelijk uit de weg, terwijl ook de kans op het chronisch worden van de klacht afneemt.⁸

Het lijkt een interessante vraagstelling voor een volgend onderzoek of hiermee inderdaad een bijdrage valt te leveren tot een beter diagnostisch en therapeutisch beleid.

Dankbetuiging

De auteurs danken mevrouw drs. M. L. M. Ceha, klinisch psychologe, voor haar begeleiding van het onderzoek.

¹ Oosterhuis WW. Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen. Utrecht: Bunge, 1982.

² Valkenburg HA. Reumatische klachten en aandoeningen in een open Nederlandse bevolkingsgroep. Reuma Wereldwijd 1980; 4(1) 1-6, 4(2): 1-7.

³ Van der Linden A. Over de waarde van röntgenonderzoek bij lage rugpijn. Tijd Soc Geneesk 1978; 56: 838-41.

⁴ Sanders HWA. Klinische betekenis van degeneratieve afwijkingen van de lumbale

wervelkolom en consequenties van het aantonen ervan. Radiologische aspecten. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1374-7.

⁵ Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. Eerste ervaringen met de Reason for Encounter Classification. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 301-10.

⁶ De Geus CA, Van der Horst F. Lage rugklachten als reden om de huisarts te raadplegen. Opsporing met behulp van de Reason for Encounter Classification. Huisarts en Wetenschap 1983; 26(suppl Huisarts Praktijk 7): 28-31.

⁷ Lamberts H. Pijnlijke klachten en pijnlijke ziekten. Uitkomsten van huisartsgeneeskundige registratie. In: Admiraal PV, ed. Pijn en pijnbehandeling. Verhandelingen van een symposium. Amsterdam: Excerpta Medica, 1980.

⁸ Grol RPTM, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema Holkema, 1983.

Abstract

Verkes RJ, Van Megchelen PJ. Neck pain and back pain associated with feelings of aggression and impotence. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 331-3.

According to a previous study there should be a correlation between the localization of somatically unexplained pain and certain emotions: between neck pain and (pent-up) aggression, between abdominal pain and anxiety, and between low back pain and feelings of impotence and sorrow. It seemed advisable to reassess these findings, leaving abdominal pain aside in view of the available time.

The test subjects were recruited by fourteen general practitioners who, during two months, asked all patients presenting with organically unexplained low back pain or pain in the neck/shoulder region, to cooperate. All patients willing to do so were visited by one of the authors. Use was made of a list with descriptions of 50 life situations, each of which – according to twenty evaluators – correlates closely with one particular emotion: aggression, impotence/sorrow, or anxiety, and a list with nine emotional reactions. At each visit the test subject was first confronted with the list of 50 items and asked which three or more situations – in order of importance – resembled his/her own experience immediately before or at the start of the complaint. He/she was then asked which emotions these situations had evoked in him/her.

The answers were processed as follows. The three situation descriptions chosen as most relevant were always used as starting-point. Whenever two or three of these descriptions corresponded with one particular emotion – aggression, impotence/sorrow or anxiety – that emotion was recorded; whenever a respondent mentioned three different emotions the answer was categorized as *unclassified*. Next, the same was done with the three corresponding emotional reactions. Data from 63 respondents were processed:

28 with neck/shoulder pain and 35 with low back pain. A significant difference between neck pain and back pain patients was caused mainly by the high score on *aggression* items by the neck pain patients. Back pain patients scored highest on items in the *impotence/sorrow* group, but their predilection was less pronounced. Age, sex and duration of complaint had no significant effect on the score. There was likewise a significant difference between the self-reported emotions of neck pain and back pain patients. Respondents with neck pain scored higher on *aggression*, while those with back pain scored mainly on feelings of *impotence/sorrow*. Age, sex and duration of complaints had no significant effect on the score.

We conclude from these results that there may indeed be a specific correlation between somatically unexplained neck/shoulder pain and (pent-up) aggression, and between low back pain and feelings of impotence or sorrow.

Keywords: Backache; Emotions; Neck.

Abstract

Boon ME. The Cytobrush method. A means of improving the quality of cervical smears taken by general practitioners. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 322-4.

In February 1985 the Leiden Cytological Laboratory introduced the so-called *Cytobrush* to some 6000 general practitioners, requesting that it be used *in combination with* the conventional spatula for taking cervical smears. The first evaluation of this new *combination technique* was performed after three months. It focused on the following questions:

1. Does the percentage of representative specimens obtained by the combination technique exceed that obtained by the spatula technique?

2. Are more abnormal cells found in the brush part of the smears than in the spatula part?

3. Does the combination technique reveal pre-stages of cervical adenocarcinoma which would not have been detected with the spatula?

Between February 1985 and May 1985 we received 2468 combination smears and 15,339 spatula smears from the general practitioners. Not all general practitioners, therefore, adopted the new technique; in the course of these three months, however, there was a distinct increase in the number of those who did (up to 35 percent, i.e. about 200 general practitioners).

1. The combination smears were excellent, these specimens being representative in 99 percent of the cases. Without exception the general practitioners obtained good results with the Cytobrush; interindividual differences were negligible.

In the spatula group 84 percent of the specimens were representative, with a wide interindividual variation in results (52-93 per-

cent). For the 14 general practitioners who submitted a large number (>40) of combination smears, the percentage of representative specimens rose from 82 (SD 7) before introduction of the Cytobrush, to 99 (SD 1) after its introduction.

2. Of the 2468 combination smears, 14 were positive (Pap grade IIIb and higher). Further analysis revealed the following:

- in 13 of the 14 cases more atypical cells were found in the brush part than in the spatula part of the specimen; in 3 cases abnormal cells were found *only* in the brush part;

- abnormal pavement epithelium cells were found in the brush part in 11 cases, and in the spatula part in 8;

- highly atypical cylindrical epithelium cells and adenocarcinoma cells were found in the brush part in 11 cases, and in the spatula part in only 3.

3. Adenocarcinoma was diagnosed on the basis of two specimens; neither contained abnormal pavement epithelium cells. One case involved a metastasis of a colon carcinoma; in the second case a highly differentiated adenocarcinoma of the endocervix seemed plausible. In this case both the first and the second repeat smear, taken by the gynaecologist exclusively using a spatula, were negative. The specimen obtained by endocervical curettage contained an early-infiltrating, highly differentiated adenocarcinoma of the endocervix.

Keywords: Family practice; Vaginal smears.

Address of author: Leids Cytologisch Laboratorium, Groenesteeg 63, 2312 SP Leiden, The Netherlands.

Abstract

Knottnerus JA, Knipschild PG, Sturmans F. Symptomatology and selection bias. Deformation of the correlation between complaints and diagnoses as a result of selection to higher echelons. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 325-30.

Observations with respect to the relationship between symptoms and diseases can seriously be biased by selection phenomena. This selection may occur from the general population, via consultation behaviour, diagnostic and therapeutic activities of the general practitioner and by referral.

Relationships may be suggested and reproduced even if they do not exist in unselected populations, as a product of diagnostic routines. Correction for selection bias can only be achieved by choosing proper comparison groups. While this can be done in a general practice setting, this is almost impossible after referral, as is demonstrated in this paper. Surprisingly, the most unbiased estimation of the relationship between symptoms and diseases after referral can be made from patient groups that are referred for reasons unrelated to the disease under study.

Definitive answers for the general practitioner can only be provided by prospective stu-

dies from a primary care setting. In the meantime however biased relationships can be maintained by teaching knowledge derived from a specialist experience.

Keywords: Complaints; Diagnosis; Epidemiology; Family Practice; Selection.

Address of authors: Capaciteitsgroep Epidemiologie en Gezondheidszorgonderzoek, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

Nota bene

De subjectieve waarneming door ouders van gevoelens van ongelukkig-, verdrietig-, of gedeprimeerd zijn bij hun kind is een belangrijke aanwijzing voor de ernst van de emotionele problematiek van het kind, ook al is dit een begeleidend symptoom en is er geen sprake van een klinisch gediagnostiseerde depressie.

De veronderstelling dat jonge kinderen met gedrags- en/of emotionele problemen hier in de loop der tijd vanzelf wel „overheen zullen groeien” is onjuist, hetgeen blijkt uit de bevinding dat ruim 60 procent van 3-jarigen met psychische problematiek na vijf jaar nog steeds ernstige moeilijkheden vertoont.

Stellingen bij: Verhulst FC. Mental health in Dutch children, an epidemiological study [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1985.

Oproep

Sinds kort worden initiatieven ont-plooid om te komen tot oprichting van een werkgroep rond het thema *psychosomatiek in relatie tot de analytische psychologie volgens C. G. Jung*. Belangstellenden kunnen zich wenden tot C. F. Veenemans, huisarts (telefoon 08350-23456) of L. Giesen, psychotherapeut (telefoon 05750-27665).

Huisarts en Wetenschap 1985; 28