

**PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN
VAN
CHRONISCHE ONDERBUIKPIJN
BIJ VROUWEN**

**PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN
VAN
CHRONISCHE ONDERBUIKPIJN
BIJ VROUWEN**

(Psychological aspects of chronic pelvic pain in women)

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor in de
Geneeskunde
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de rector magnificus
Prof.Dr. A.H.G. Rinnooy Kan
en volgens besluit van het college van dekanen.
De openbare verdediging zal plaatsvinden op
woensdag 5 november 1986 te 14.00 uur

door

ARIE PIETER BAK
geboren te Dubbeldam

PROMOTIECOMMISSIE:

Promotoren : Prof.Dr. F. Verhage
Prof.Dr. A.C. Drogendijk

Overige leden : Prof.Dr. J.H. Thiel
Prof.Dr. J. Janssens

Don Ely

Woord vooraf.

Bij het tot stand komen van dit proefschrift wil ik een aantal personen dank zeggen.

Allereerst mijn promotor, Prof. Dr. F. Verhage. Hij wist mij op de juiste momenten te stimuleren en te inspireren. Hij was ook degene die mij een plaats gaf op zijn afdeling Medische Psychologie en mij opnam in zijn team medewerkers.

Prof. Dr. A.C. Drogendijk was de initiatiefnemer tot het buikpijnprojekt. Door zijn inventiviteit, vermogen tot nuancering en differentiatie is het proefschrift mede geworden tot wat het nu is.

Mijn beide co-referenten Prof. Dr. J.H. Thiel en Prof. J. Janssens dank ik voor het kritisch doorlezen van het manuscript.

Prof. Thiel heeft mij in de afgelopen jaren gewezen op de mogelijkheden en onmogelijkheden van de psychotherapeutische behandeling bij patiënten met psychosomatische klachten.

Prof. Janssens gaf mij nuttige aanwijzingen tot verbetering van het manuscript.

Graag noem ik Dr. J.H. Duivenvoorden die ten allen tijde bereid was mij bij te staan wanneer er vragen en wensen waren op het gebied van statistiek en methodologie. Het gedeelte over de bewerking van de gegevens (III-4) is van zijn hand.

Dank ben ik verschuldigd aan J.W.E. Voitus van Hamme die het gynaecologisch onderzoek uitvoerde en een bijdrage leverde aan hoofdstuk III.

Verder wil ik die gynaecologen bedanken die hebben meegewerkt door hun patiënten om medewerking aan dit projekt te vragen.

De collega's van de afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie hebben me op velerlei wijze gesteund tijdens de voorbereiding van dit proefschrift.

Veel heb ik te danken aan degenen die op praktische een bijdrage hebben geleverd. Emmy Werkhoven en Kathinka Galjaard waren betrokken bij het uittypen van de eerste versie. Paula Vogelaar was degene die de latere versies op de tekstverwerker zette. Met een bewonderenswaardig geduld en optimisme heeft ze voortdurend klaargestaan om veranderingen of aanvullingen in de tekst aan te brengen.

Graag noem ik Mw. A. van de Sman. Door haar punctualiteit waren de afspraken altijd goed geregeld. Haar onwrikbaar vertrouwen in mij bleek uit het feit dat ze mij regelmatig met "Dr. Bak" aansprak. De ego-versterkende werking hiervan was groot.

De vele uren die zijn besteed aan het afnemen van de vragenlijsten en interviews werden mede ingevuld door degenen die hiertoe een specifieke bijdrage leverden. Graag wil ik noemen: Jos van Luyk, Suse Raaff, Hans Roth, Karin Verloop, Anne Marie Niele, Fred Mastenbroek, Monique Raats, Jany Mosselman en M.H.Th. Bury Jr.

Patricia Stewart corrigeerde de Engelse vertaling van de samenvatting.

Het Audio Visueel Centrum van de Erasmus Universiteit verzorgde de figuren en de lay-out.

Voorts dank ik alle patiënten die hun tijd beschikbaar stelden voor dit projekt.

Tenslotte noem ik mijn echtgenote: "Lieve Elly, een echtgenoot die zich jarenlang bezighoudt met het voorbereiden en schrijven van een proefschrift is geen gering life event. Je reageerde niet met buikpijn maar startte een studie kunstgeschiedenis. Een keuze waar ik je dankbaar voor ben!"

Inhoudsopgave.

Hoofdstuk I

Inleiding en vraagstelling	1
----------------------------	---

Hoofdstuk II

Vrouwelijke patiënten met chronische onderbuikpijn: een literatuuroverzicht.	5
--	---

II - 1	Inleiding	5
II - 2	Empirisch onderzoek	6
II - 3	Samenvattend overzicht	14
II - 4	Conclusie t.a.v. het literatuuroverzicht	17

Hoofdstuk III

Verzameling en samenstelling van de onderzochte groepen vrouwen.	18
--	----

III - 1	Onderzoeksgroepen	18
III - 2	De procedure: de methoden van onderzoek	18
III - 3	Enkele kenmerken van de onderzochte groepen	22
III - 3.1	Wel en niet in het onderzoek ingesloten vrouwen met chronische onderbuikpijn	23
III - 4	Bewerking van de gegevens	30

Hoofdstuk IV.

M.M.P.I.	32	
IV - 1	Inleiding	32
IV - 2	Vraagstelling	32
IV - 3	Patiënten en methode	33
IV - 4	Procedure	34
IV - 5	Resultaten	35
IV - 6	Conclusies	37

Hoofdstuk V.

SBS		38	
V	- 1	Inleiding	38
V	- 2	Vraagstelling	40
V	- 3	Patiënten, materiaal en methoden	40
V	- 4	De samenstelling van de Sexualiteits Belevings Schaal (SBS)	40
V	- 5	Uitleg bij de schalen van de SBS	41
V	- 5.1	De SBS-1	41
V	- 5.2	De SBS-2	42
V	- 5.3	De SBS-3	43
V	- 5.4	De SBS-4	44
V	- 6	Resultaten	45
V	- 6.1	Het resultaat op de SBS-1	46
V	- 6.2	Het resultaat op de SBS-2	47
V	- 6.3	Het resultaat op de SBS-3	48
V	- 6.4	Het resultaat op de SBS-4	51
V	- 7	Samenvatting en conclusie	52

Hoofdstuk VI.

Life events.		54	
VI	- 1	Inleiding	54
VI	- 2	Literatuuroverzicht	54
VI	- 3	Conclusie t.a.v. het literatuur- overzicht	56
VI	- 4	Het onderzoek van het derde ge- deelte	57
VI	- 5	Wijze van scores van de life events	57
VI	- 6	Het interview	58
VI	- 7	Indeling van de life events	59
VI	- 8	Resultaten	61
VI	- 9	Analyse van de patiënten met meer- dere, en een combinatie van ver- schillende life events	64
VI	-10	Conclusies	65
VI	-11	Beschouwing	66

Hoofdstuk VII.

Nadere analyse naar scoring, leeftijd en

organiciteit	67
VII - 1	Inleiding 67
VII - 2	Resultaten 67
VII - 2.1	Verdeling van de scores binnen drie onderzochte groepen 67
VII - 2.2	Conclusie 68
VII - 3	De invloed van leeftijd op de onderzoeksresultaten 70
VII - 3.1	Resultaten 71
VII - 3.2	Conclusie 71
VII - 4	Het onderzoek naar de betekenis in psychologisch opzicht van de aanwezig- heid van descensus uteri 72
VII - 4.1	Resultaten 73
VII - 4.2	Vergelijking van de groepen IA en IB afzonderlijk met groep II 73
VII - 4.3	Conclusie 74
VII - 5	De ringtest 74
VII - 5.1	Resultaten 75
VII - 5.2	Vergelijking tussen alle patiënten met een positieve en alle patiënten met een negatieve ringtest 76
VII - 5.3	Conclusie 76

Hoofdstuk VIII.

Beschouwing	78
VIII- 1	Inleiding 78
VIII- 2	Beschouwing t.a.v. van de scores op de M.M.P.I. 78
VIII- 3	De relatie tussen de HS(hypochondrie)- schaal, D(depressie)-schaal en de HY (hysterie)-schaal en chronische pijn 79
VIII- 3.1	Chronische pijn en hypochondrie 79
VIII- 3.2	Chronische pijn en depressiviteit 80
VIII- 3.3	Hysterie en conversie 81
VIII- 4	Algemene opmerkingen t.a.v. het gebruik van de M.M.P.I.vragenlijst 82
VIII- 5	Beschouwing over de uitkomsten op de Sexualiteits Belevings Schaal 83
VIII- 6	Beschouwing omtrent de resultaten bij de life events 85
VIII- 7	Algemene slotbeschouwing 88

Hoofdstuk IX.

Samenvatting	90
Summary	94
Literatuur	99
Bijlage I (tabellen hoofdstuk VII)	109
Bijlage II (figuren hoofdstuk VII)	123
Curriculum vitae	130

Hoofdstuk I.

Inleiding en vraagstelling.

In de literatuur omtrent chronische onderbuikpijnklachten, o.a. Taylor (1949, 1961); Duncan en Taylor (1952); Beard (1977); Renaer e.a. (1980) wordt herhaaldelijk gewezen op de invloed van psychologische en sexuele factoren bij het ontstaan en het onderhouden van pijnklachten. In verschillende onderzoeken is naar deze factoren speurwerk verricht. Een groot systematisch onderzoek, dat beoogt een deel van de beleavingswereld van de patiënte te omschrijven, ontbreekt echter. Daarom is besloten een antwoord op de vraag naar de relatie tussen psychologische en sexuele factoren en chronische onderbuikpijn te zoeken door empirisch onderzoek op te zetten en uit te voeren naar persoonlijkheidskenmerken, seksualiteitsbeleving en het voorkomen van life events bij vrouwen met chronische onderbuikpijn.

De hoofdvraag van het onderzoek is of er met behulp van psychologische onderzoeksinstrumenten onderscheid gemaakt kan worden tussen patiënten met en patiënten zonder verklarende organische oorzaak voor hun chronische onderbuikpijn. Het onderscheid met of zonder organische verklaring is wel een belangrijk maar niet een simpel onderscheid. Zo zijn er vragen als: Geldt een verzakking als verklarende organische afwijking voor de pijnklacht? Wat is de betekenis van de bandenpijn voor het psychologisch profiel van de patiënt?

Niet zelden wordt bij chronische onderbuikpijn zonder evidente organische afwijkingen een zekere mate van verzakking van de uterus gevonden. Descensus uteri geldt wel als een mogelijke oorzaak van onderbuikpijn. De overgang van enige hypermobiliteit van de uterus naar wat een verzakking genoemd mag worden is echter geleidelijk. In het individuele geval is het dan ook moeilijk aan te geven of in een bepaalde toestand van het uteriene steunweefsel de verklaring gezocht mag worden voor een bestaande chronische pijnklacht in het onderlichaam. Vaak kan bij patiënten met chronische onderbuikpijn worden vastgesteld dat de pijn gebonden is aan het uteriene steunweefsel.

Door Drogendijk (1985) is hiervoor de term bandenpijn ingevoerd. De diagnose bandenpijn wordt gesteld als bij het inwendig onderzoek het triggerpoint voor de spontane onderbuikpijn in het parametrium gelegen blijkt. Bandenpijn kan, maar hoeft niet samen te gaan met descensus uteri. Het aantonen van bandenpijn bewijst wel de gynaecologische origine van chronische onderbuikpijn maar betekent nog geenszins dat de oorzaak organisch is. Het ontbreken van een aantoonbare organische oorzaak in de meeste - zo niet bijna alle - gevallen van bandenpijn doet deze aandoening opvatten als een psychosomatische klacht. In verband met deze overwegingen werden bij ons onderzoek van vrouwen met chronische onderbuikpijn naast de hoofdvraag nog twee bijkomende vragen gesteld:

1. Is er in psychologisch opzicht onderscheid tussen de vrouwen met onderbuikpijn met en zonder descensus uteri?
2. Is er in psychologisch opzicht onderscheid tussen de vrouwen met en zonder bandenpijn?

De reden om aandacht aan deze vraagstellingen te besteden is vooral van diagnostische aard. De veronderstelling is namelijk dat er vermoedelijk bij een groot deel van de zich voor het eerst aanmeldende gynaecologische patiënten met chronische onderbuik-pijnklachten ook of alleen een psychologische oorzaak is voor de pijnklachten. De diagnose van de oorzaak van de gepresenteerde klachten komt echter meestal pas tot stand na uitvoerig, langdurig en soms ingrijpend onderzoek. Niet zelden worden zulke patiënten - achteraf beschouwd vaak ten onrechte - opgenomen voor klinische onderzoeken en soms voor een operatieve ingreep.

De waarde van de thans gehanteerde criteria voor het aannemen van de oorzaak van organische of psychische klachten staat bepaald niet vast. Anders dan tot op heden in de praktijk wordt gedaan betekent met name het vaststellen van organische afwijkingen - in tegenstelling tot wat men aanneemt bij bijvoorbeeld endometriose, myomen of verkalkingen - nog niet dat daarnaast bestaande buikpijnklachten organisch te verklaren zijn.

Evenmin mogen bij aanwezigheid van psychische problemen, neurotische symptomen of depressieve trekken de pijnklachten zonder meer tot psychogeen bestempeld worden. In veel gevallen worden vele organische onderzoeken gedaan, in veel minder gevallen ook psychologisch onderzoek, die zonder goede fundering leiden tot ingrijpende somatische en/of psychologische behandeling.

Door bij elke patiënt in het begin van de specialistische begeleiding zo wel gynaecologisch als psychologisch onderzoek te doen kan worden nagegaan aan welke factoren, organische of psychogene, het grootste gewicht en prioriteit moet worden toegekend. Op grond van deze criteria zou de patiënt niet alleen vroegtijdig en meer effectief worden behandeld, doch ook zou de patiënte de last en de gemeenschap de kosten voor onnodig onderzoek worden bespaard. Gezien de lange duur van de medische begeleiding en het aantal patiënten mag het kostenpakket zeker niet worden onderschat.

Naast deze patiënten met chronische onderbuikpijnklachten werd een controle-groeppatiënten zonder pijnklachten in het onderzoek betrokken. Deze controlegroep wordt vergeleken op de scores van de te gebruiken vragenlijsten en op het wel of niet voorkomen van life events met de patiënten uit de beide buikpijngroepen. De - in de praktijk dikwijls gehoorde - verwachting ten aanzien van de resultaten van het psychologisch onderzoek bij patiënten met chronische onderbuikpijn zonder organische afwijking is dat deze patiënten in tegenstelling tot patiënten met een organische afwijking meer neurotische kenmerken en gedragingen vertonen. Tevens wordt verwacht dat patiënten zonder organische afwijkingen meer sexuele problemen hebben of meer life events hebben doorgemaakt dan patiënten met een organische verklaring voor hun klachten. Beide buikpijngroepen dienen voor een verantwoorde vergelijking tevens op bovengenoemde variabele te worden vergeleken met de patiënten zonder pijnklachten (de controlegroep). De verwachting is dus dat bij patiënten zonder pijnklachten minder neurotisch gedrag en minder sexuele problematiek zal worden

gevonden. Verder wordt verwacht dat patiënten uit de controlegroep minder life events hebben mee-gemaakt dan patiënten uit de beide buikpijngroepen. Wat betreft patiënten met descensus uteri is te verwachten dat deze in psychologisch opzicht zullen passen bij de patiënten met een organische oorzaak voor de pijn. Wat betreft de patiënten met de bandenpijn is de verwachting dat deze in psychologisch opzicht meer zullen passen bij de patiënten zonder organische oorzaak dan bij die met organische oorzaak.

Hoofdstuk II.

Vrouwelijke patiënten met chronische onderbuikpijn:
een literatuuroverzicht.

II-1 Inleiding.

Chronische onverklaarde onderbuikpijn bij de vrouw is een veelvuldig beschreven en behandelde klacht. Juist omdat zo moeilijk een bevredigende verklaring kan worden gevonden, hebben vele auteurs de ziekte een naam gegeven, die past bij hun visie op de oorzaak. Men spreekt daarom wel van de ziekte met de 20 namen.

Reeds eind vorige eeuw werd aan een mogelijke psychische oorzaak gedacht. Verondersteld werd dat een onbewuste psychische problematiek omgezet werd in een lichamelijke klacht. De plaats waar de klacht zich manifesteert of het orgaan dat hiervoor wordt uitgezocht zou dan een symbolische relatie met de psychische problematiek hebben.

In 1953 beschreef Cohen de onverklaarde buikklacht als een vorm van histerie, die in de oudheid werd omschreven als een specifieke ziekte van vrouwen, waarbij de dysfunctionele uterus als bron werd gezien van de ziekte. De gynaecoloog Griffin (1956) waarschuwt wanneer hij zich bezighoudt met de psychosomatische aspecten van de gynaecologie, dat bij de behandeling van patiënten met chronische onderbuikpijn pitfalls kunnen bestaan. Hij drukt zich op de volgende plastische wijze uit: "wanneer er na behandeling pijn blijft en de patiënte als neurotisch of hysterisch wordt versleten, wordt patiënte gevangen in het net van de gynaecoloog die vindt dat haar uterus, net zoals haar neus, een beetje teveel naar één kant staat". En hij vervolgt zijn metafoor: "de uterus is wat te zwabberig of wat te kwabberig, net zoals de bovenarm. Deze afwijking dient gecorrigeerd te worden. Beschuldig de uterus als oorzaak van alle pijnen en u geeft de vrouw het wapen voor een eeuwig durende hypochondrie". Op deze wijze drukt Griffin zijn bezorgdheid uit over de onbevredigende toestand met betrekking tot de behandeling van de onverklaarde buikpijklacht.

Engel (1959) noemt de patiënten die post-partum chronische buikpijnklachten krijgen "pain-prone" patiënten. Hij formuleert dat met name de post-partum periode een uitermate geschikte periode is om pijn aan emoties te koppelen en dat in feite de pijn als copingmechanisme gebruikt wordt voor deze emotionele problematiek.

Friederich (1976) sluit hierop aan door te stellen dat vrouwen met onverklaarde chronische onderbuikpijn voornamelijk vallen in de leeftijds-categorie tussen 20 en 30 jaar. Ze geeft aan dat de eerste symptomen vaak voorkomen na een partus. Ze gaat er van uit dat een zwangerschap en de daaraan gekoppelde bevalling een normatieve crisis in het leven van de vrouw betekent. Om een kind te kunnen opvoeden moeten volwassenen de relatie met de eigen ouders kunnen herzien en vooral die met de eigen moeder.

II-2 Empirisch onderzoek.

Taylor (1949) was de eerste die empirisch onderzoek verrichtte en dat bovendien deed op grote schaal. Hij besteedde uitgebreid aandacht aan de psychologische en psychiatrische kenmerken van patiënten met chronische onderbuikpijn. Tevens onderzocht hij de patiënten gedurende zijn interviews op eventueel optredende veranderingen in de bloedcirculatie van de inwendige geslachtsorganen. Hij deed dit door de variatie in de warmteafgifte te meten van een in de vagina ingebracht verhit element: hoe meer warmte afgifte des te sterker zou de circulatie in de vaginawand zijn. Uit de meetresultaten concludeerde hij dat de vaginavaten verwijdden indien patiënten tijdens een interview geconfronteerd werden met voor hen bedreigende situaties (die hij overigens niet nader beschreef.) In die onderzoekssituatie rapporteerden de patiënten ook buikpijn. Naar aanleiding van deze bevindingen noemde Taylor dit verschijnsel pelvic congestion. Tevens vestigde hij de aandacht op de psychiatrische afwijkingen bij veel van zijn patiënten. Hij veronderstelde dat er door emotionele factoren sprake is van vaatverwijding met bloedstuwung, waardoor pijnklachten worden veroorzaakt.

In 1952 deden Duncan en Taylor een onderzoek bij 36 patiënten met pelvic congestion. Ze concludeerden uit hun psychiatrisch onderzoek dat de meesten een onveilige jeugd hadden gekend en niet in staat waren voldoende als vrouw te fungeren. Er waren tevens sexuele problemen, die door de onderzoekers echter niet vermeld werden. Zij constateerden eveneens emotionele onrijpheid en sterke afhankelijkheidsbehoeften bij de patiënten. Persoonlijkheidskenmerken varieerden sterk binnen de groep. Derhalve concludeerden de auteurs dat bijna alle onderzochte patiënten "psychologisch ziek waren". Een andere conclusie was dat bij 24 van de 36 onderzochte patiënten het ontstaan van de lichamelijke klacht gerelateerd was aan een zogenoemd "life event". In hetzelfde onderzoek werd ook aangetoond dat bij 18 patiënten (50%) een relatie bestond tussen de toename in de bloedtoevoer in de vaginawand en emotioneel beladen episodes uit het leven van de patiënten. Omdat deze stressvolle situaties voorafgingen aan het optreden van symptomen en omdat bespreking van stressvolle gebeurtenissen vaginale hyperemie kunnen oproepen stelden de auteurs dat deze hyperemie, als somatische tegenhanger van emotionele stress, uiteindelijk leidde tot genitale congestie, oedeem en pijn.

Gidro - Frank et al. (1960) onderzochten de psychologische achtergronden van 40 vrouwen met chronische onderbuikpijn en 25 controle patiënten, bestaande uit zwangere vrouwen zonder pijnklachten. Als onderzoeksmateriaal werden interviewverslagen gebruikt. Daarnaast werd van psychologische tests gebruik gemaakt zoals de T.A.T. (Thematic Apperception Test), figuurteken tests en de Rorschach test. Van de 40 patiënten met chronische buikpijn hadden er 15 symptomen zoals die volgens Taylor typisch zouden zijn voor het pelvic congestion syndroom. De resterende 25 patiënten vertoonden deze symptomen niet, maar hadden pelvic pain zonder dat er aanwijsbare gynaecologische oorzaken werden gevonden voor de klacht. Het psychiatrisch onderzoek vertoonde geen verschillen tussen beide groepen. Van de 40 patiënten met chronische pelvic pain hadden er 38 psychiatrische

afwijkingen die als volgt waren verdeeld:

patiënten met chronische onderbuikpijn controlegroep

	<u>aantal</u>	<u>aantal</u>
- schizofrenie	4	-
- borderline	10	8
- ernstige neurose	20	4
- middelmatige neurose	3	7
- lichte neurose	1	5
- geen afwijkingen	1	-
- niet gediagnosticeerd	1	1
Totaal	<u>40</u>	<u>25</u>

Opvallend hierbij is dat ook bij het merendeel van de vrouwen uit de controlegroep duidelijk psychiatrische afwijkingen bestonden. Er waren geen patiënten bij wie geen afwijking werd gediagnosticeerd.

Benson et al. (1959) onderzochten 35 patiënten met chronische buikpijn zonder lichamelijke afwijkingen. De patiënten waren gedurende een periode van 3 jaar geselecteerd. Naast deze buikpijnklachten had ieder van de patiënten meer klachten, oplopend tot 6, een enkele zelfs meer. Hieronder waren ook klachten die als psychosomatisch bestempeld werden, zoals braken, misselijkheid, duizeligheid, flauwvallen en vermoeidheid. Het onderzoek spitste zich toe op psychiatrische interviews. Van de 35 patiënten werden er 29 als psychoneurotisch gediagnosticeerd en zes als psychotisch. Naast deze interviews werd er gebruikt gemaakt van psychologische tests, zoals de Wechsler Bellevue Intelligence Scale en The Manifest Anxiety Scale en The Cornell Medical Index en de Saslow Psychosomatic Screening Inventory. Op grond van hun onderzoek kwamen zij tot de hypothese dat de pathogenese en de lokalisatie van de pijn gebaseerd is op een psychofysiologisch conditioneringsmechanisme, dat wordt opgeroepen door de psychodynamische factoren die verbonden zijn met conflicten die leven bij de patiënte en te maken hebben met haar gevoel van vrouw zijn en met de

mate van afhankelijk zijn van de moeder.

Prill (1964) noemde chronische onderbuikspijn zonder lichamelijke substraat "pelipathia vegetativa". In zijn verslag gaf hij een samenvatting van onderzoek bij 163 patiënten met bovengenoemd syndroom. Bij 68 patiënten vond hij een neurose, zowel van endo - als exogene aard. Bij 34 patiënten vond hij psychopathologische of psychasthene factoren. Hij kon geen gemeenschappelijke noemer vinden die ten grondslag lag aan de pijnklacht. Naar zijn mening was het niet verstandig een enkelvoudige etiologie te zoeken bij een syndroom met een dergelijke brede range van symptomen.

In 1970 deden Castelnuovo-Tedesco en Krout verslag van hun onderzoek bij drie groepen patiënten. De groepen bestonden uit:

Groep A. 40 vrouwen uit lagere socio-economische klasse met chronische onderbuikspijn. Bij 25 van deze patiënten was er een organische afwijking te vinden, bij 15 andere patiënten was er een variëteit van organische afwijkingen aanwezig waarvan het niet geheel duidelijk was of deze de pijn verklaarde.

Groep B. 27 vrouwen uit een lager sociaal milieu, met verschillende klachten, maar zonder chronische onderbuikspijn.

Groep C. 25 vrouwen uit de lagere middenklasse, met chronische onderbuikspijn, deels met, deels zonder duidelijke organische afwijking.

De patiënten uit groep A werden onderzocht middels psychiatrische interviews en psychometrische tests, de groepen B en C kregen alleen psychometrische tests. Alle patiënten, ongeacht de aan- of afwezigheid van lichamelijke oorzaken van de klachten, hadden naast deze klachten andere zogenaamde psychosomatische klachten zoals chronische vermoeidheid, spanning, slaap- en eetstoornissen, hoofdpijnklachten. De resultaten van de M.M.P.I.

vragenlijst toonden bij de patiënten zonder pijn (Groep B) een minder neurotisch beeld dan bij patiënten met pijn (Groep A en C). Er was geen verschil in profiel bij buikpijnpatiënten van verschillende sociale klassen.

Beard (1977) onderzocht 35 patiënten met chronische onderbuikpijn. Bij 18 van hen werd na laparoscopisch onderzoek geen, bij 17 werd wel een afwijking geconstateerd, die de oorzaak zou kunnen zijn van de klacht. Een kleine controlegroep (n=9) van vrouwen zonder gynaecologische klachten werd bij het onderzoek betrokken. Bij alle patiënten werden de volgende vragenlijsten afgenomen:

- a. De Eysenck Personality Inventory (E.P.I.); deze lijst meet neuroticisme en extraversie.
- b. De Middlesex Hospital Questionnaire (M.H.Q.); deze lijst meet angst, obsessionele trekken, somatische aspecten van angst, depressie en hysterische symptomen.
- c. Een Semantic differential methode, waarmee attitudes t.a.v. bepaalde onderwerpen werden gemeten.

De resultaten gaven te zien dat op de E.P.I. de gemiddelde score op de N (neuroticisme) van de laparoscopie-negatieve groep significant hoger was dan de score van de controlegroep en die van de laparoscopie-positieve groep. De score op de M.H.Q. gaf geen verschil bij de drie groepen. De score op de Semantic differential test gaf aan dat patiënten uit de laparoscopie-negatieve groep zichzelf als minder aangenaam, minder sexueel aantrekkelijk en meer angstig zagen dan patiënten uit de andere groep. De score van de laparoscopie-positieve groep viel tussen de score van de laparoscopie-negatieve groep en de controle groep in. De E (extraversie) - scores gaven geen significante verschillen te zien tussen de groepen onderling.

Als algemene conclusie formuleerden de auteurs dat vrouwen, die chronische onderbuikpijnklachten

hebben zonder een aantoonbare organische oorzaak, als groep in psychologisch opzicht verschilden van vrouwen zonder pijn. Ze formuleerden de hypothese dat het symptoom pijn dat in de meeste gevallen gezien wordt als een evidentie van een organische ziekte, afkomstig kan zijn van emotionele problematiek.

Renaer e.a. (1980) beschreven de resultaten van psychiatrisch onderzoek bij 24 patiënten met chronische onderbuikpijn zonder organische oorzaak.

Bij deze patiënten zonder duidelijke afwijkingen kon geen gemeenschappelijke oorzakelijke factor voor de klachten gevonden worden. Slechts twee gaven aan een gelukkig huwelijk te hebben. Van de 24 patiënten gaven 13 vrouwen aan een sexuele dysfunctie te kennen. Verschillende patiëntes kenden neurotisch gedrag en sommigen hadden moeite met hun identiteit als vrouw. Bij drie patiënten was de klacht duidelijk psychologisch bepaald. Geconcludeerd werd, dat deze patiënten met chronische onderbuikpijn zonder lichamelijke afwijking een scala van diverse psychologische problemen demonstreerden, die of te maken hadden met neurotisch gedrag of met moeilijke fysieke omstandigheden of levenssituaties.

Psychometrisch onderzoek werd door hen gedaan bij drie groepen patiënten:

- a. 28 patiënten met de diagnose chronische onderbuikpijn zonder duidelijke afwijkingen.
- b. 22 patiënten met chronische onderbuikpijn en endometriose.
- c. 23 controle-patiënten, zonder pijnklachten.

Opvallend was dat slechts 15 van de 28 patiënten met onverklaarde chronische onderbuikpijn aan het onderzoek wilden meedoen. De volgende vragenlijsten werden bij alle patiëntes afgenomen.

- a. de M.M.P.I., een persoonlijkheidsvragenlijst
- b. de A.B.V., een neuroticisme schaal (N.S.)
- c. Een partner-relatie vragenlijst (VIR)

Uit de gegevens van de M.M.P.I. bleek, dat de groepen a en b niet significant van elkaar verschilden. Daarentegen was er wel een significant verschil tussen de groepen a en b enerzijds en groep c anderzijds. De beide pijngroepen a en b scoorden hoger op de P.T. (psychasthenie) de S.I. (sociale introversie) en de A (angstschaal) dan de controlegroep (Groep c). Deze scores van de pijngroep indiceren duidelijk neurotisch gedrag.

Op de A.B.V. vragenlijst werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen onderling. Slechts op univariabel niveau werd een significant verschil gevonden tussen groep a en groep b op de N.S.schaal. Geconcludeerd werd dat beide pijngroepen als neurotisch beschouwd kunnen worden. De patiënten uit de controlegroep toonden niet meer dan een zekere labiliteit. De algemene conclusie die Renaer e.a. uit hun onderzoek trokken is dat chronische pijn met of zonder een organische oorzaak tot neurotische reacties kan leiden. Ze achtten hun conclusies ondersteund door onderzoek van Beard (1977). Een overzicht van het besproken empirisch onderzoek met de daarin gehanteerde psychologische tests en vragenlijsten wordt weergegeven in schema 1.

Schema I

		<u>Tests</u>
Duncan en Taylor	1952	-
Benson e.a.	1959	Wechsler Bellevue Intell. Scale Manifest Anxiety scale, Cornell Medical Index. Women's form. Saslow Psycho- somatic Screening Inventory
Gidro - Frank e.a.	1960	T.A.T. ; Rorschach
Prill	1964	-
Castelnuovo Tedesco e.a.	1970	M.M.P.I. ; T.A.T.; Rorschach
Beard et al.	1977	E.P.I.; M.H.Q Semantic Differential Test
Renaer et al.	1980	M.M.P.I. ; A.B.V. V.I.R.

- T.A.T. - Thematic Apperception Test
M.M.P.I. - Minisota Multiple Personality Inventory
E.P.I. - Eysenck Personality Inventory
M.H.Q. - Middlesex Hospital Questionnaire
A.B.V. - Amsterdamse Biografische Vragenlijst
V.I.R. - Interpersonal Relations Questionnaire

Schema I: Overzicht van het empirisch psychologisch onderzoek bij vrouwen met chronische onderbuikpijn en de daarbij gebruikte psychologische tests en vragenlijsten.

II-3 Samenvattend overzicht.

Wanneer we het empirisch onderzoek bij vrouwen met chronische onderbuikpijn kritisch bekijken op leeftijd, duur van de klachten, het wel of niet aanwezig zijn van een controlegroep, de selectie en het aantal patiënten, komen we tot de volgende bevindingen. Wat betreft het onderzoek van Duncan en Taylor (1952) varieert de leeftijd van de patiënten tussen de 21 en 50 jaar. Dit kan betekenen dat patiënten reeds in het climacterium kunnen zijn. In dit onderzoek werd geen controlegroep gebruikt. Verder had tien procent van de patiënten geen seksuele relatie. Over de duur en de aard van de klacht werden geen gegevens verstrekt. Verder was er een selectie van patiënten op grond van de aard van de emotionele problematiek, waarbij verondersteld werd dat deze patiënten een psychosomatische klacht zouden kunnen hebben.

In het onderzoek van Benson (1959) varieerde de leeftijd tussen 20 en 42 jaar. De duur van de pijnklacht varieerde tussen minder dan een jaar tot 20 jaar. Zij gebruikten in het onderzoek geen controlegroep. Er was duidelijk selectie van vrouwen bij wie de klachten als functionele buikpijn waren gediagnosticeerd. Deze diagnose was tot stand gekomen in samenwerking tussen gynaecoloog, psycholoog en psychiater. Er werd in dit onderzoek gebruikt gemaakt van psychologische tests en vragenlijsten (zie schema I).

In het onderzoek van Gidro-Frank e.a. (1960) varieerde de leeftijd tussen 20 en 40 jaar. Een gemiddelde leeftijd werd in dit onderzoek niet vermeld. De controlegroep bestond uit zwangere vrouwen (n=25) De duur van de onderbuikpijn werd niet vermeld, al hadden de patiënten reeds geruime tijd onderbuikpijnklachten en hadden sommigen een uterusextirpatie ondergaan. In het onderzoek werd gebruikt gemaakt van twee projectieve tests (zie schema I). Prill (1960) geeft geen informatie omtrent duur van de klachten en leeftijd. Castelnuovo Tedesco (1970) gebruikte in zijn onderzoek 3 groepen. Groep A, 40 vrouwen die

variëerden in de leeftijd van 19 tot 46, groep B 27 patiënten variërend van 28 tot 46 en groep C, 45 vrouwen die in leeftijd variëerden van 21 tot 48 jaar. De duur van de klacht werd niet vermeld, eveneens werd niet vermeld of er wel of niet eerdere operaties in verband met de klachten werden uitgevoerd. In het psychologische onderzoek werd gebruik gemaakt van de persoonlijkheidsvragenlijst, de M.M.P.I., de projectietest T.A.T. en de Rorschach.

Beard et al. (1977) verdeelden op grond van de bevindingen uit het onderzoek de groep patiënten met chronische onderbuikpijn in een laparoscopie-negatieve groep, dat wil zeggen dat er bij deze patiënten geen lichamelijke afwijkingen werden gevonden die de klacht konden verklaren, en een laparoscopie-positieve groep, dat wil zeggen, patiënten bij wie wel een lichamelijke afwijking werd gevonden die de klacht verklaarde. Over de leeftijd van de patiënten werd geen informatie gegeven. Er was een groep controlepatiënten die geen gynaecologische klachten kende. Over de aard en de duur van de klacht werd geen informatie gegeven. Er werd bij iedere patiënt, dus ook bij de patiënten uit de controlegroep, een drietal vragenlijsten afgenomen (zie schema I).

Bij het onderzoek van Renaer e.a. (1980) varieerden de leeftijden van de patiënten tussen de 20 en 50 jaar, de gemiddelde leeftijd van de patiënten was 34 jaar. Renaer gebruikte een controlegroep patiënten zonder pijnklachten. De duur van de klacht varieerde van 6 maanden tot enkele jaren. Er was echter geen onderzoek op het gebied van seksualiteit en life events. Er werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van psychologische tests en vragenlijsten (zie schema I). Bovengenoemd overzicht is samengevat in schema II.

Schema II

		Leeftijdscategorie	Gemiddelde leeftijd	Controlegroep	Duur van de klacht	Selectie van patiënten	Aantal patiënten
Duncan en Taylor	(1952)	20-50	36	-	-	-	36
Benson	(1959)	20-42	-	-	11mnd 11-20jr.	+	35
Gidro - Frank et al	(1960)	22-40	-	+	-	+	40
Prill	(1960)	-	-	-	-	-	161
Castelnuovo Tedesco	(1970)	-	28	+	-	-	92
Beard et al.	(1977)	-	30	-	-	-	35
Renaer et al.	(1980)	20-50	34	+6mnd-	-	+	73
				enk. jaren			

+ = wel uitgevoerd, wel beschreven
 - = geen informatie, niet uitgevoerd

Schema II: Overzicht van gehanteerde criteria bij onderzoeken bij patiënten met chronische onderbuikpijn.

II-4 Conclusie t.a.v. het literatuuroverzicht.

Door verschillende selectie van het patiëntenmateriaal en methode van onderzoek zijn de verschillende onderzoeken slecht onderling vergelijkbaar.

Een aantal onderzoekers, maar niet allen, vinden psychologische verschillen tussen vrouwen met een organisch verklaarde chronische onderbuikpijn en vrouwen met chronische onderbuikpijn zonder een organische verklaring. De aard van de gevonden psychologische factoren is bij de diverse onderzoekers verschillend. Genoemd worden psychiatrische afwijkingen, waaronder zelfs schizofrenie, neurotisch gedrag, problemen t.a.v. de identiteit en de rol als vrouw, sexuele problemen en bedreigende levenssituaties. Voor ons was er derhalve reden voor een eigen onderzoek naar de psychologische factoren bij de vrouwen met chronische pijn in de onderbuik, met duidelijke criteria t.a.v. de klacht en leeftijd van de patient en met gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten ook t.a.v. sexualiteits-beleving.

Hoofdstuk III.

Verzameling en samenstelling van de onderzochte groepen vrouwen.

III-1 Onderzoeksgroepen.

In de periode 1 juli 1979 tot en met 31 december 1981 werden op de gynaecologische polikliniek van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt voor deelneming aan het buikpijnonderzoek een aantal vrouwen geselecteerd, die als nieuwe patiënt de polikliniek bezochten wegens chronische onderbuikpijn (waaruit de onderzoeksgroep I en II werden samengesteld) of om een andere reden (de controlegroep).

De criteria voor deelneming aan het onderzoek waren:

- leeftijd 18 - 45 jaar
- Nederlandse nationaliteit, Nederlands sprekend en Nederlandse cultuurachtergrond
- aanwezigheid van de baarmoeder
- niet zwanger zijn
- een sexuele relatie met een vaste partner.

Chronische onderbuikpijn werd voor het onderzoek gedefiniëerd als langer dan twee maanden bestaande klachten over spontane pijn in de buik onder het niveau van de navel.

Alle patiënten werden op de gebruikelijke wijze gynaecologisch onderzocht en behandeld, maar voor het begin van de behandeling ook éénmaal gynaecologisch onderzocht door één en dezelfde ervaren gynaecoloog. Dit laatste gebeurde om zo goed mogelijk vergelijkbare gegevens met betrekking tot het lichamelijk onderzoek te verkrijgen.

In totaal werden 182 patiënten met chronische pijn in de onderbuik en 46 controlepatiënten in het onderzoek ingesloten.

III-2 De procedure: de methoden van onderzoek.

De 182 patiënten uit de onderzoeksgroep en de 46

patiënten uit de controlegroep ondergingen een gynaecologisch en een psychologisch onderzoek*. Het gynaecologisch onderzoek bestond uit het opnemen van de gynaecologische anamnese met speciale aandacht voor de pijnklachten en het uitvoeren van speculum-onderzoek, vaginaal toucher en recto-vaginaal toucher. Een protocol werd ontworpen om een vast aantal gegevens betreffende de klachten en de resultaten van het gynaecologisch onderzoek volgens standaardmodel te kunnen noteren. Bij het lichamelijk onderzoek werd o.m. speciaal gelet op de lokalisatie van de spontane pijnklachten en op de lokalisatie van eventuele drukpijnlijkheid van het weefsel -zowel uitwendig als inwendig- en op het voorkomen van één of meer trigger points, meer of minder scherp te lokaliseren plaatsen in het weefsel waar palpatie dezelfde pijnsensatie uitlokt als de spontaan gevoelde onderbuikpijn die de reden tot onderzoek vormde (de zg. eigenpijn). Om mogelijke verschillen in uitvoering en waardering van het gynaecologisch inwendig onderzoek zo klein mogelijk te houden, werd dit deel van het onderzoek bij alle vrouwen die aan het projekt deelnamen uitgevoerd door een en dezelfde zeer ervaren gynaecoloog.

De pijnanamnese werd afgenomen en genoteerd door een andere vaste medewerker aan het projekt, een arts assistent in opleiding tot gynaecoloog.

Binnen het kader van het projekt werd het onderzoek van alle vrouwen met pijn aangevuld met het uitvoeren van een ringtest. De ringtest bestond uit het plaatsen van een geschikte maat rond pessarium in de schede om na te gaan welke invloed dragen van de ring voor een beperkte periode van ongeveer 3 weken had op de pijnklachten in het onderlichaam. De bedoeling van een ringtest is na te gaan of eventueel descensus uteri (verzakken van de baarmoeder) een oorzakelijke faktor is ten aanzien van de pijnklachten. Het pessarium gaat door spreiding van het uteriene steunweefsel - dat de uterus op een bepaald niveau in het kleine bekken moet houden en bij abnormale slapte de uterus te ver laat zakken - verzakken van de uterus tegen. Verdwijnen of verminderen van de pijnklachten tijdens het

*

zie pag. 29

dragen van het pessarium gecombineerd met recidiveren van de oorspronkelijke klachten na verwijderen van de ring betekent dat verzakken van de uterus de oorzaak van de pijn is. De uitslag van de ringtest heet dan positief. Blijven de pijnklachten gelijk of nemen ze toe, dan heet het resultaat van de test negatief. Bedacht moet worden dat het pessarium na inbrengen in de vagina zelf steunt op de spieren van de bekkenbodem en bij insufficiëntie van die spieren - door slapte of vroegere inscheuring bij een bevalling - aan de uterus geen steun van betekenis kan geven. In zulke gevallen mag uit een negatief resultaat van de ringtest niet opgemaakt worden dat verzakking van de uterus geen oorzaak van de pijnklachten kan zijn. Uitvoeren van een ringtest is van belang voor de interpretatie van chronische pijn in de onderbuik omdat enerzijds descensus uteri kan bestaan zonder dat de betreffende vrouw pijnklachten heeft, en anderzijds descensus uteri in zoverre een functionele diagnose is, dat de uterus tijdens langdurig staan of lopen verder kan zakken dan tijdens het gynaecologisch onderzoek te constateren is. Hieruit valt te concluderen dat de graad van verzakking op het moment dat het onderzoek plaatsvindt dus niet alles zegt.

Het psychologisch onderzoek bestond uit het individueel invullen van de MMPI en SBS vragenlijst en het houden van een semigestructureerd interview, (gericht op het vóórkomen van emotioneel belangrijke gebeurtenissen life events - in de periode dat de buikpijnklachten ontstonden). Voor het invullen van de vragenlijsten werd uitleg gegeven door dezelfde onderzoeker die vervolgens het interview afnam. Voor dit deel van het psychologisch onderzoek werden een viertal medewerkers (2 mannen en 2 vrouwen) ingeschakeld. Het interview werd na verkregen toestemming op de band opgenomen en op papier gesteld.

Om de patiënten met chronische onderbuikpijn te kunnen splitsen in patiënten bij wie wel en bij wie niet een organische afwijking bestond, die eventueel de pijnklachten zou kunnen verklaren, werd door de vaste artsmedewerker van het project

van alle patiënten nagegaan in de polikliniekstatus welke diagnose in de loop van het onderzoek naar de oorzaak van de pijn uiteindelijk werd gesteld. Op grond hiervan werden de pijnpatiënten ingedeeld in twee groepen, een groep met een organische afwijking en een groep zonder organische afwijking. Voor zover een organische afwijking aanwezig bleek werd bepaald of deze afwijking wel of niet als verklarend voor de pijnklachten mocht gelden. Als verklarende factor voor de pijn werden - overeenkomstig wat klinisch gangbaar is - geaccepteerd endometriosehaarden, per laparoscopie of laparotomie vastgestelde vergroeiingen in het kleine bekken, myomen mits deze drukpijnlijk bevonden waren, palpabele en drukpijnlijke afwijkingen van de adnexa en descensus uteri. De diagnose descensus uteri werd afgeleid uit de bevindingen bij het vaginaal toucher door de projektgynaecoloog. Niet drukpijnlijke myomen werden beschouwd als een niet de pijnklachten verklarende afwijking.

Bij bijna alle vrouwen met chronische onderbuikpijn zonder een aantoonbare organische afwijking werd het uteriene steunweefsel (het parametrium) op een of meer plaatsen drukpijnlijk bevonden; bij verreweg de meesten hiervan was ook het triggerpoint van de eigenpijn in het parametrium gelegen - m.a.w. was bandenpijn aanwezig. Bij deze vrouwen was dus weliswaar geen morfologische afwijking te vinden maar wel een gelokaliseerde somatische pijnfactor. Deze zelfde parametrische somatische pijnfactor was overigens ook aanwezig, en wel in dezelfde hoge frekwentie, binnen de groep vrouwen met pijn die wel een zg. pijnverklarende organische afwijking hadden. Het resultaat van de besproken organische indeling van de in het projekt betrokken vrouwen met chronische onderbuikpijn geeft tabel III-1.

Tabel III-1. Organische indeling van de vrouwen met chronische onderbuikpijn.

	<u>aantal</u>	<u>%</u>
I. Organische afwijking aanwezig	89	48,9
de pijn verklarend, totaal	84	46,1
endometriose	12	
drukpijnlijk myoom	3	
hydrosalpinx	1	
adhaesies	8	
descensus uteri	60	
niet de pijnverklarend, totaal	5	2,7
myomen	5	
II. geen organische afwijking	93	51,1
met drukpijn van het parametrium	85	46,7
zonder drukpijn van het parametrium	8	4,4
Totaal	182	100

III-3 Enkele kenmerken van de onderzochte groepen.

Van de in totaal 182 patiënten met chronische onderbuikspijn, die het gynaecologisch onderzoek ondergingen, konden 7 niet in het psychologisch onderzoek worden ingesloten; 3 niet omdat ze het psychologisch onderzoek niet wilden ondergaan, 3 niet omdat ze door een administratieve fout geen afspraak kregen en 1 niet wegens overlijden kort na de intake. De vijf patiënten met niet de pijn verklarende myomen en de 8 patiënten zonder drukpijn van het parametrium werden wegens hun geringe aantal en hun uitzonderlijke medische diagnose uit het onderzoek gehouden. Van de 81 patiënten uit groep I hadden 49 (60%) en van de 81 patiënten uit groep II 55 (69%) last van dyspareunie. Op twee na alle gevallen uit groep I en in alle gevallen in

groep II betrof het diepe dyspareunie. Het feitelijk aantal proefpersonen voor het psychologisch onderzoek bedraagt dus 162, waarvan 81 onderzoeksgroep I vormen (vrouwen met een gynaecologisch verklaarde onderbuikpijn), 81 onderzoeksgroep II (vrouwen met een gynaecologisch onverklaarde onderbuikpijn) en groep III, vrouwen zonder pijnklachten.

Tabel III-2. Organische indeling van de vrouwen met chronische onderbuikpijn betrokken bij de bewerking van het psychologisch onderzoek.

<u>Groep</u>	<u>aantal</u>
I organische afwijking (pijn verklarend)	
a. morfologische afwijking	22
b. descensus uteri	59
II geen organische afwijking, wel drukpijnlijk parametrium	81
III controlegroep patiënten	46

III-3.1 Wel en niet in het onderzoek ingesloten vrouwen met chronische onderbuikpijn.

De opzet van het onderzoek was om over een bepaalde periode (01.07.79-31.12.81) alle vrouwen met buikpijn die de gynaecologische poli bezochten en voldeden aan de onderzoekskriteria, in het onderzoek in te sluiten. Op grond van de diagnoseregistratie op de poli kon geschat worden dat jaarlijks tussen de 100 en 150 vrouwen die zich als nieuwe patiënt aanmelden feitelijk zouden voldoen aan de insluitings-kriteria. Dit betekent ongeveer dat in de onderzoeksperiode de helft van de in aanmerking komende vrouwen in het onderzoek werd betrokken. De mogelijke redenen hiervan zijn zeer verschillend van aard en hebben o.m. te maken met het feit dat de behandelend arts zelf kon beslissen om al of niet een patiënte te vragen aan het onderzoek deel te nemen. Dit laatste betekent dat enerzijds factoren als gebrek aan attentie op dit

onderzoeksprojekt en (te) grote drukte op het spreekuur oorzaak van niet insluiten konden zijn, maar ook factoren als vaststellen van een evidente en snel te behandelen organische afwijking of te gering van betekenis achten van juist de pijnklacht. Van de zijde van de patiënt hebben factoren gespeeld als niet willen deelnemen of niet komen opdagen voor het wel afgesproken onderzoek, al of niet wegens inmiddels verdwenen zijn van de pijnklachten. Zeker is ook van betekenis geweest de mate van bereikbaarheid van de kontaktpersoon voor het onderzoeksprojekt, destijds arts-assistent, die niet altijd op de polikliniek aanwezig kon zijn.

Bij in totaal 8 gevallen werd in de status aangetekend de reden van niet-insluiten nl., weigering van deelname aan projekt:4, weigering psychologisch onderzoek: 2, weigering gynaecologisch onderzoek: 2, na eerste bezoek weggebleven:1.

Van de overige 103 gevallen kon in 71 gevallen een mogelijke achtergrond voor niet insluiten in de polistatus worden achterhaald nl., de conclusie dat geen gynaecologische verklaring voor de pijn bestond werd gevonden: 44, ontbreken van een conclusie of diagnose t.a.v. de pijnklacht: 9, na 1-2 polibezoeken weggebleven: 6, na 1-2 polibezoeken pijn spontaan verdwenen: 11, pijn verdwenen na behandelen van klacht over fluor vaginalis: 1.

Om na te gaan in welke opzichten deze omstandigheden op de selectie van de vrouwen voor het onderzoek van invloed zijn geweest, werden zoveel mogelijk persoonsvariabelen nagegaan van alle vrouwen die ten onrechte niet in het onderzoek werden ingesloten. Dit was mogelijk over dat gedeelte van de onderzoeksperiode, waarin de diagnoseregistratie van nieuwe patiënten op de gynaecologische polikliniek was ingevoerd, te weten vanaf 1 juli 1980. In de tweede helft van 1980 werden van alle voor het onderzoek in aanmerking komende vrouwen 41 wel en 24 niet ingesloten, in 1981 resp. 46 wel en 88 niet. In de tabellen III-3, III-4 en III-5 zijn een aantal gegevens weergegeven van de groep projektpatiënten in de periode

tweede helft 1979 t/m eerste helft 1980, en van de groep projektpatiënten in de tweede helft 1980 t/m 1981 en van de niet in het projekt ingesloten patiënten met buikpijn in deze laatst genoemde periode.

In de leeftijdsgroep 18-20 jaar waren er zowel bij de ingesloten als bij de niet ingesloten buikpijnpatiënten maar weinig, resp. 3 en 10 patiënten. Deze zeer jonge leeftijdscategorie is niet in het hierna volgend vergelijken van wel en niet ingesloten patiënten betrokken.

Tabel III-3. Gemiddelde leeftijd, pariteit en pijn duur van de wel en niet in het projekt ingesloten patiënten.

periode	Ingesloten		Niet ingesloten
	I 1)	II 2)	II 2)
aantal patiënten	93	86	112
gem.leeftijd in jaren	30.3	32.3	32.0
gem.pariteit	1.6	1.7	1.5
gem.pijn duur in jaren	3.2	3.4	2.1

1) I 01.07.79 t/m 30.06.80
 2) II 01.07.80 t/m 1981

Tabel III-4. Vergelijking in procenten tussen wel en niet in het projekt ingesloten patiënten naar leeftijd, pariteit, duur van de buikpijnklacht en al of niet aanwezig zijn van dyspareunie en rugpijn.

periode	<u>Ingesloten</u>		<u>Niet ingesloten</u>
	1) I	2) II	2) II
leeftijd in jaren			
21-25	16	10	22
26-30	33	29	20
31-35	33	26	20
36-40	12	23	21
41-45	5	12	17
pariteit			
nullipara	17	20	33
I para	28	24	17
II-IIIpara	50	47	42
>IV para	5	9	8
duur van de pijn			
< 1 jaar	36	32	59 *
1-2 jaar	30	34	20 *
3-4 jaar	11	9	8 *
5-10 jaar	16	16	8 *
> 10 jaar	17	9	5 *
dyspareunie	64	71	47 *
rugpijn	57	42	46 *

1) I 01.07.79 t/m 30.06.80

2) II 01.07.80 t/m 1981

*

berekend op het aantal patiënten bij wie de polistatus over deze klacht een aantekening bevatte. Dit was niet het geval voor de duur van de buikpijn, al of niet aanwezig zijn van dyspareunie en al of niet aanwezig zijn van rugpijn bij resp. 28, 14 en 36 % van de niet in het projekt ingesloten patiënten.

Tabel III-5. Voorkomen van organische gynaecologische afwijkingen bij 179 wel en 112 niet in het projekt ingesloten patiënten met chronische onderbuikpijn.

aard van de afwijking	aantal patiënten	
	ingesloten	niet ingesloten
endometriose	12	10
myomen	8	9
pelvic inflammatory disease	0	3
adnexzwelling	1	2
adhaesies	8	0
overig	0	1
Totaal	29 (16%)	25 (22%)

Uit deze gegevens blijkt dat onder de niet in het projekt ingesloten patiënten relatief veel zeer jeugdigen en nulliparae voorkwamen, dat de buikpijnklacht gemiddeld wat minder lang duurde en dat minder vaak de klacht dyspareunie en vaker een organische gynaecologische afwijking aanwezig was.

De conclusie kan luiden dat kennelijk enige neiging bestond om patiënten met chronische onderbuikklachten niet in het projekt in te sluiten als de pijnklacht minder ernstig was of van korte duur, als men de pijnklacht niet wist te duiden of als een organische afwijking als endometriose of myoom werd aangetroffen waarbij direkt instellen van een behandeling voor de hand lag.

De controlegroep.

De redenen voor polikliniek bezoek van de vrouwen in de controlegroep zijn weergegeven in tabel III-

6. De gemiddelde leeftijd van de voor het psychologisch deel onderzochte drie groepen is resp. 32,1; 31,3 en 28,1 jaar. Groep I is significant ouder dan groep III ($P < 0,01$). Wat betreft de graviditeit is het gemiddelde voor de drie groepen resp. 2,1; 2,1 en 1,1. Groep I en II verschillen beiden significant van groep III ($P < 0,01$). In meer dan de helft van de gevallen ging het om anticonceptie of infertiliteit.

Tabel III-6. Reden van polikliniekbezoek van de controlegroep

Reden tot polikliniekbezoek	aantal vrouwen
anticonceptie	18
infertiliteit	10
menstruele cyclusstoornis	6
nacontrole na partus of abortus	3
fluor vaginalis	3
kontakbloedingen	2
cytologische afwijking van de portio uteri	1
DES-dochter (adenosis vaginae)	1
palpabel adnex	1
vaginisme	1
Totaal	46

Ter controle op eventueel bestaande pijnlijkheid van het weefsel in het kleine bekken werden de vrouwen van de controlegroep ook gevraagd zich te

laten onderzoeken door de vaste aan het onderzoeksproject meewerkende stafgynaecoloog; 10 vrouwen kwamen voor dit onderzoek niet opdagen. Bij 17 van de 36 vrouwen die wel kwamen bleek het parametrium ergens, vooral in het hoge gedeelte, meer of minder duidelijk drukpijnlijk bij het vaginaal toucher.

Bij 8 van deze 17 was de reden van polikliniekbezoek anti-conceptie of infertiliteit. Bij 3 van de 17 bleek uit nader opnemen van de anamnese dat zij de bij het vaginaal toucher op te wekken pijn ook spontaan wel eens hadden. In alle 3 gevallen was deze spontane onderbuikpijn echter te gering van intensiteit en te sporadisch om als klacht naar voren te brengen. Deze drie hadden als reden tot het polibezoek resp. een stoornis van de menstruele cyclus, fluorklachten en nacontrole na abortus.

*

Van de 46 patiënten uit de controlegroep konden 36 patiënten voor een tweede onderzoek worden opgeroepen ter controle op eventueel bestaande pijnlijkheid van het weefsel in het kleine bekken. Dit aanvullende onderzoek heeft dus bij 10 patiënten niet kunnen plaatsvinden. Voor de latere hier uitgewerkte bewerking van het materiaal heeft dit geen consequenties. Het zou voor het oorspronkelijk bedoeld gynaecologisch deel in het onderzoek wel het geval zijn.

III-4 Bewerking van de gegevens.

Alle gynaecologische en psychologische gegevens van de patiënten werden opgeslagen in de DEC-20 computer van het Erasmus Reken Centrum (ERC). Ten behoeve van statistische analyse werd aanvankelijk gebruik gemaakt van Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), later SPSS-X-(versie 1,0).*

Met betrekking tot statistische toetsing of de groepen I, II en III onderling verschillen van kwantitatief (interval) niveau, bijv. MMPI en SBS, is gebruik gemaakt van eenweg-variantie-analyse: (ANOVA, analysis of variance, Kirk 1968).

De X²-toets van onafhankelijkheid wordt toegepast om te toetsen of de groepen I, II en III en de subgroepen onderling onafhankelijk zijn op verschillen van kwalitatief (normaal) niveau. Hays (1972).

Alle toetsen worden verricht bij een tweezijdige onbetrouwbaarheidsdrempel (α) die $<0,05$ is. Indien er sprake is van significantie, moet er geconcludeerd worden dat één of meerdere groepen niet onderling onafhankelijk zijn. De resultaten worden beschouwd als zijnde significant. Voorts worden vergelijkingen uitgevoerd, waarin getoetst wordt of bepaalde groepen van andere groepen verschillen. Gewoonlijk betreffen het vergelijkingen tussen

- 1) groep I en groep II
- 2) groep I en groep III
- 3) groep II en groep III

Deze vergelijkingen zijn niet onafhankelijk. Dit impliceert dat er gekapitaliseerd wordt op α -fout (=onbetrouwbaarheidsdrempel), tenzij hiervoor een correctie wordt gepleegd. De α -fout werd gedeeld door het aantal te toetsen vergelijkingen $\alpha/3=0,05/3=0,0167$. Daar in dit onderzoek een voorzichtige toetsing wordt voorgesteld, wordt per vergelijking statistisch getoetst op $\alpha=0,01$ niveau, terwijl de conclusies worden getrokken op $\alpha=0,05$ niveau, Kirk (1968); Ryan (1959). Wanneer de statistische toetsingsgrootte niet vermeld

wordt, dan wordt gebruik gemaakt van ANOVA.

*

De statistische analyse werd verricht met medewerking en advies van Dr. H.J. Duivenvoorden.

Hoofdstuk IV. M.M.P.I.

IV-1 Inleiding.

Uit de literatuur blijkt dat veel onderzoekers zich hebben bezig gehouden met de vraag of chronische onderbuikpijn wel of niet neurotisch verklaard kan worden. Duncan en Taylor (1952) noemden patiënten met chronische onderbuikpijn ongeacht de oorzaak van de klacht "psychisch ziek". Gidro-Frank (1960) vond bij zijn patiënten en bij de controle-groep patiënten zonder pijn duidelijke psychiatrische afwijkingen. Prill (1964) vond bij 68 van de 163 patiënten met chronische onderbuikpijn zonder lichamelijk substraat meer of minder ernstige neurotische verschijnselen zonder deze nader te noemen. Onderzoek van Castelnuovo - Tedesco en Krout (1970) gaf aan dat patiënten met chronische onderbuikpijn een M.M.P.I. profiel hadden dat meer neurotisch van structuur was dan dat van patiënten zonder pijnklachten. Beard (1977) vond een hogere neuroticisme score bij patiënten met chronische onderbuikpijn zonder organische afwijking vergeleken met patiënten die wel een organische afwijking voor chronische onderbuikpijn kenden. Renaer e.a.(1980) vonden geen verschillen in scores op de neurotische triade van de M.M.P.I. vragenlijst bij patiënten met chronische onderbuikpijn, ongeacht de oorzaak van de klacht.

Opvallend is dat de conclusies ten aanzien van het wel of niet voorkomen van neuroticisme of neurotisch gedrag bij chronische onderbuikpijn nogal verschillend zijn en er geen eenduidigheid bestaat over het wel of niet voorkomen van neuroticisme of neurotisch gedrag bij patiënten zonder een lichamelijke verklaring voor chronische onderbuikpijn.

IV-2 Vraagstelling.

Vanuit bovenstaande literatuurbeschouwing is de vraag gerezen of er verschillen zijn in scores op een psychologische test die de mate van neuroticisme pretendeert te meten, tussen enerzijds patiënten met een gynaecologisch verklaarde chro-

nische onderbuikpijn (groep I) en anderzijds patiënten met chronische onderbuikpijn zonder gynaecologische verklaring (groep II).

De tweede vraag hieraan gekoppeld:

Zijn er verschillen in scores op een psychologische vragenlijst die neuroticisme pretendeert te meten, tussen enerzijds patiënten met chronische onderbuikpijn ongeacht de oorzaak van de klacht (groep I en groep II) en anderzijds patiënten uit een controlegroep zonder pijnklachten (groep III)?

IV-3 Patiënten en methode.

De onderzochte populatie bestond uit drie groepen (zie hoofdstuk III). Deze groepen waren als volgt:

Groep I : Patiënten met een verklarende organische afwijking voor de pijn, n=81

Groep II : Patiënten zonder een verklarende organische afwijking voor de pijn, n=81

Groep III : Patiënten zonder pijnklachten, n=46

In dit onderzoek is gekozen voor de MMPI persoonlijkheids-vragenlijst van Nuttin en Beuten (1969). Kritiek op de normen, de betrouwbaarheid, de validiteit en de invloed van respons-tendenties zijn beschreven door Luteijn en Kingma (1978) en Diekstra (1981). Desondanks lijkt de keuze voor het gebruik in het onderhavige onderzoek van de MMPI gerechtvaardigd door het feit dat de vragenlijst niet in de eerste plaats bedoeld is als diagnostisch instrument maar als research instrument. In de tweede plaats is de MMPI een internationaal geaccepteerde en veel gehanteerde vragenlijst, die door andere onderzoekers die het onderwerp van de chronische onderbuikpijn onderzocht hebben (Castelnuovo e.a., 1970; Beard, 1977 en Renaer e.a., 1980) werd gehanteerd. Daardoor is onderling vergelijking mogelijk. De MMPI bestaat

uit 10 afzonderlijke schalen die onafhankelijk van elkaar af te nemen te zijn en ieder voor zich een bepaalde psychologische/psychiatrische dimensie onder-zoekt. In ons onderzoek werden een vijftal schalen gebruikt, die bestaan uit 432 uitspraken. De door ons gekozen schalen zijn die voor de hypochondrie (HS), de depressiviteit (D), en de hysterische reactievormen (HY). Naast deze klinische schalen zijn ook zogenoemde validiteitsschalen gebruikt, zoals een leugenschaal (L) en een zogenoemde korrektieschaal (K) waarin de neiging zichzelf in psychologisch opzicht gezonder (of minder gezond) voor te doen wordt gemeten.

Alle ruwe scores zoals die worden verkregen uit de scoring van de diverse lijsten worden omgezet in T-scores (Nuttin en Beuten 1966). De T-score van de patiënt wordt verkregen door het toepassen van de volgende formule:

$$T=50 + \frac{10(Xi-M)}{sd}$$

Xi = ruwe score

M = rekenkundig gemiddelde van de ijkingsgroep

sd = standaard deviatie van de ijkingsgroep

De gemiddelde waarde van deze T-score wordt in de normale populatie voor elke schaal op 50 gesteld, met een standaarddeviatie van 10. Een T-score van resp. 30 en 70 wijkt derhalve twee standaarddeviaties af van het gemiddelde en wordt als zeer laag, resp. zeer hoog beschouwd, omdat slechts 2,5% van de populatie lager scoort dan 30 en eveneens slechts 2,5% hoger scoort dan 70.

IV-4 Procedure.

Van juli 1979 tot december 1981 werden de patiënten volgens de in hoofdstuk III-2 beschreven procedure onderzocht. Met de patiënten werd vooraf besproken dat het psychologisch onderzoek een onderdeel van een wetenschappelijk project betrof. Hun werd de verzekering gegeven dat noch hun weigering noch hun medewerking consequenties zou hebben voor de

verdere behandeling. Ook werd hen medegedeeld dat de resultaten niet individueel gebruikt zouden worden of aan de gynaecoloog zouden worden medegedeeld. De M.M.P.I.-vragenlijst werd individueel en schriftelijk ingevuld door de patiënten. Alle patiënten bleken de vragenlijst zonder problemen te kunnen invullen.

IV-5 Resultaten.

Tabel IV-1

De gemiddelden en standaarddeviaties op de MMPI voor de drie groepen.

		Groep		
		I	II	III
T-Scores MMPI				
L	\bar{X}	60,2	60,4	59,4
	sd	10,0	8,9	10,2
K	\bar{X}	54,5	54,5	54,6
	sd	11,2	11,4	10,7
HS	\bar{X}	65,3*	66,5*	50,4
	sd	11,1	10,7	12,2
D	\bar{X}	54,0*	54,6*	45,5
	sd	11,6	11,7	12,4
HY	\bar{X}	62,5*	64,9*	50,1
	sd	9,3	10,8	13,0

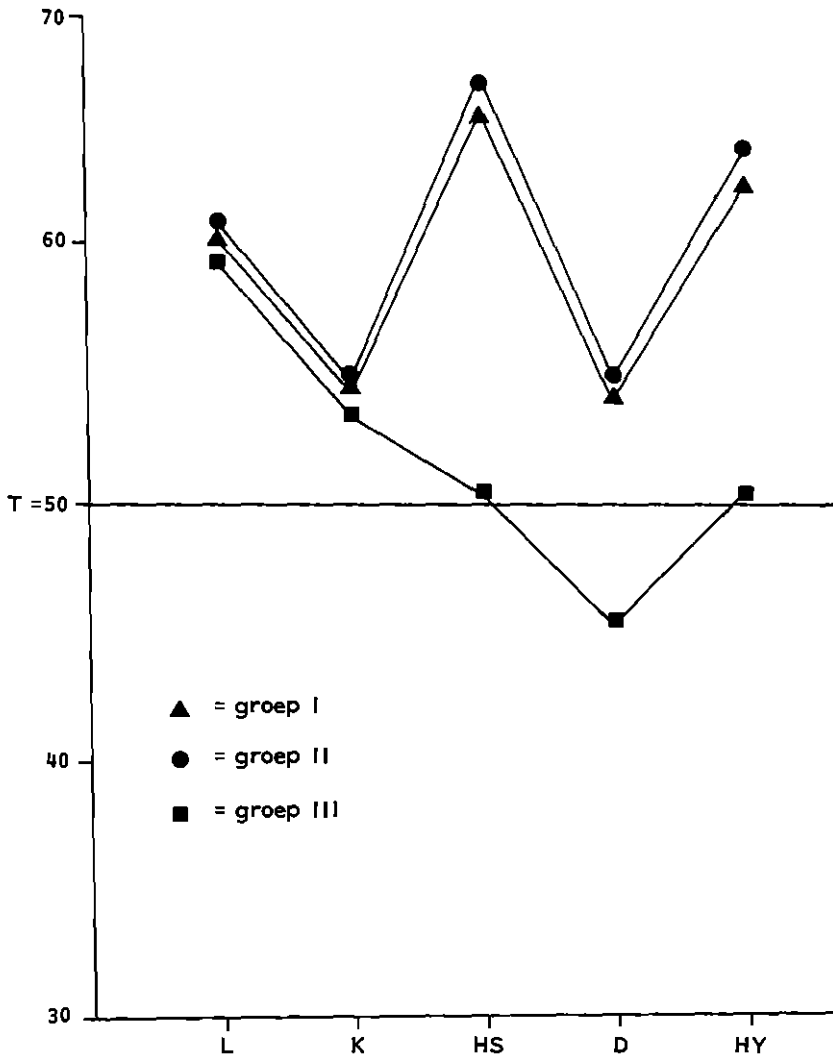
*) $P < 0.05$

Groep I en II <---> groep III; ANOVA paarsgewijze toetsing a posteriori.

Analyse (Anova, analysis of variance Kirk (1968)) van de gemiddelden gaf aan dat de groepen I en II niet significant verschillen op de klinische schalen van de M.M.P.I.: HS, D, en HY, de zogenoemde neurotische triade (zie tabel IV-1 en figuur IV-I). Anderzijds is er een significant verschil tussen groepen I en II enerzijds en de controle-groep anderzijds op de bovengenoemde klinische schalen

(de neurotische triade HS, D en HY) ($P < 0.05$).

Wat betreft de L-score, die pretendeert sociale wenselijkheid te meten, is er geen verschil tussen de groepen. Dit geldt ook voor de score op de K-schaal die de houding t.a.v. de test meet.



Figuur IV-1. MMPI-profiel voor de drie onderscheiden groepen. De T-score van 50 geeft het gemiddelde als norm, ontleend aan Nuttin en Beuten, (1969).

IV-6 Conclusies.

De buikpijnpatiënten met een organische verklaring voor hun klachten scoren op alle drie onderdelen van de neurotische triade, hypochondrie, depressiviteit en hysterie, niet significant verschillend van en zelfs praktisch gelijk met de patiënten zonder een organische verklaring voor hun pijnklacht. We mogen dus niet concluderen dat bij patiënten met' chronische onderbuikpijn waarvoor geen organische oorzaak is gevonden, meer neurotisch gedrag aanwezig is dan bij patiënten met dezelfde klachten bij wie wel een organische oorzaak wordt gevonden. Wel geldt voor beide buikpijngroepen (groep I en groep II) dat deze een verhoogde score op de neurotische triade hebben vergeleken met de controlegroep. We kunnen hieruit concluderen dat chronische onderbuikpijn, ongeacht of er wel of geen organische oorzaak voor de klacht bestaat, samenhangt met een neurotische reactie zoals die wordt gemeten met de M.M.P.I.- vragenlijst. Deze gegevens sluiten aan bij de resultaten van Renaer e.a. (1980) maar zijn in tegenspraak met de resultaten van Castelnuovo en Krout (1970) en Beard (1977) die beiden een significant verschil vonden in neurotisch gedrag tussen patiënten met organisch en niet organisch verklaarde onderbuikpijn. In de beschouwing, hoofdstuk VIII, zal verder op deze uitkomsten worden ingegaan.

Hoofdstuk V

SBS

V-1 Inleiding.

Het bekkenpijnsyndroom resp. pelvic painsyndroom werd door Taylor (1949) en Benson (1958) onderzocht op de relatie met sexuele klachten en problemen. Beide onderzoekers constateerden sexuele moeilijkheden bij patiënten die lijden aan dit syndroom. Deze sexuele moeilijkheden waren o.a. frigiditeit en anorgasmie. Zij gebruikten in hun onderzoek geen controlegroep. Gidro-Frank (1960) constateerde meer onvrede in de huwelijksrelatie bij patiënten met het pelvic painsyndroom dan bij een controlegroep van zwangeren. Een opvallend resultaat was daarom dat de patiënten over het algemeen hun partners de oorzaak verweten van hun klachten. Kingma (1972) beschreef bij 19 patiënten met pelvic pain zeven patiënten met primaire anorgasmie en acht patiënten met secundaire anorgasmie. Een klein aantal van deze patiënten was wel orgastisch bij masturbatie. Beard e.a. (1977) vonden bij 15 van de 18 patiënten met onverklaarde chronische onderbuikpijn naast emotionele problematiek duidelijke sexuele problemen en partnerrelatie problematiek. Hun belangrijkste conclusie was dat de buikklacht functioneel is ten behoeve van het vermijden van intiem lichamelijk contact.

De conclusie in het algemeen is dat bij bijna al het onderzoek van patiënten met onverklaarde chronische onderbuikpijn een sexuele afwijking of een stoornis in de sexuele beleving werd gevonden. De verklaringen hiervoor waren zeer divers. Enerzijds werd gewezen op het gebrek aan identificatie met de vrouwelijke rol, anderzijds werd gesteld dat de buikklacht functioneel was t.b.v. het vermijden van intiem lichamelijk contact. Onbeantwoord bleef de vraag of patiënten met een verklaarde chronische onderbuikpijn meer of minder sexuele problemen en klachten kenden dan patiënten met een onverklaarde pijn, of patiënten zonder pijn.

Schema V-1 geeft een overzicht van de literatuur wat betreft onderzoek bij chronische buikpijnpatiënten en sexuele problemen.

Schema V-1

Overzicht van sexuele klachten bij patiënten met chronische onderbuikpijn.

Onderzoekers	Tests	Interview	Vergelijkingsgroep
Taylor(1949)	-	Frigiditeit, anorgasmie	-
Duncan en Taylor (1952)	-	Primaire frigiditeit Secundaire frigiditeit Goede sexuele relatie	34% 60% 6%
Benson(1958)	-	Sexualiteit is vies en wordt vermeden	-
Gidro-Frank (1960)	Rorschach T.A.T.	Frigiditeit Anorgasmie	Zwangeren
Kingma(1972)	-	Primaire, secundaire anorgasmie	-
Beard e.a. (1977)	Semantische differentiatieschaal	Relatieproblemen worden vertaald in sexuele klachten	1)Patiënten met gynaecologische afwijkingen. 2)Patiënten zonder pijn

V-2 Vraagstelling.

Op grond van het onvoldoende inzicht in de sexuele beleving van vrouwen met chronische onderbuikpijn dat tot nu toe verricht onderzoek opleverde werden in ons onderzoek de antwoorden gezocht op de volgende vragen:

- 1) Hebben vrouwen die de gynaecologische polikliniek bezoeken met de klacht chronische onderbuikpijn meer of minder sexuele problemen en klachten dan de vrouwen die de polikliniek om een andere reden bezoeken?
- 2) Is er t.a.v. sexuele problemen en klachten verschil binnen de groep met pijn tussen degenen met en zonder verklaring voor de pijn?

V-3 Patiënten, materiaal en methoden.

Zie hoofdstuk III.

V-4 De samenstelling van de Sexualiteits Belevings Schaal(SBS)

De enig beschikbare gestandaardiseerde vragenlijst die de beleving van sexualiteit pretendeert te meten voor het Nederlands taalgebied is de Sexualiteits Belevings Schaal(SBS), (Frenken, 1978). De SBS pretendeert vier dimensies van sexualiteitsbeleving te meten en is onderverdeeld in vier daarop aansluitende schalen. Deze schalen zijn:

- SBS 1 : Sexuele beheersingsmoraal, totaal 21 vragen
- SBS 2 : Psychosexuele stimulatie, totaal 15 vragen
- SBS 3 : Sexuele motivatie, totaal 28 vragen
- SBS 4 : Attractie tot huwelijk, totaal 17 vragen

Deze vier schalen kunnen weer afzonderlijk worden onderverdeeld in:

- SBS 1 : MS - de sexuele moraal binnen het huwelijk
PS - voorechtelijke sexuele ervaring en attitude
SS - sexuele socialisatiemoraal

- SBS 2 : IS - interpersoonlijke sexuele attractie
EE - waardering van erotisch materiaal.
AE - opwinding bij het zien van erotisch materiaal

- SBS 3 : EP - vermogen te genieten van de sexuele interactie
OE - vermogen tot orgasmebeleving tijdens coïtus en de evaluatie ervan.
SI - sexuele inhibitie
FI - gewenste frekwentie van sexueel contact
LF - lengte van het voorspel.

- SBS 4 : MS - huwelijksinteractie
AE - houding t.a.v. buitenechtelijke relaties
ES - waardering van de partner als sexuele partner.

Het invullen van de vragenlijst geschiedt individueel en duurt ongeveer 30 minuten

V-5 Uitleg bij de schalen van de S.B.S.

V-5.1 De S.B.S.1

De sexuele beheersingsmoraal.

De sexuele beheersingsmoraal wordt door Frenken (1978) omschreven als: "de gegeneraliseerde verwachting van interne straf of zelfstraf voor sexuele lustbeleving en voor het overtreden van geïnternaliseerde sexuele normen". Voor de patiënte kleeft aan het beleven van sexuele lust en het overtreden van de eigen gedragsnormen die dit

lustgevoel reguleren, de interne strafverwachting van angst en schuld. De patiënt heeft voor haarzelf een aantal normen en waarden omtrent seksualiteit die voor haar gelden in het dagelijks leven. Het overtreden van deze normen geeft schuldgevoelens. Angst wordt opgeroepen door de geanticipeerde straf. Bovengenoemde beheersingsmoraal wordt binnen de S.B.S. 1 gemeten in de relatie met de partner, aan de houding ten aanzien van voorechtelijke sexuelle contacten en in de houding ten opzichte van de sexuelle opvoeding (socialisatie) van kinderen. De score op deze S.B.S.-schaal wordt uitgedrukt in het restrictief of tolerant staan ten aanzien van de beheersingsmoraal. Dit betekent dat een restrictieve houding een sterke angst voor lustgevoelens impliceert en dat er een sterke strafverwachting bij de patiënte aanwezig is bij het overtreden van de geïnternaliseerde normen. Een hoge score getuigt van een restrictieve, een lage score van een niet restrictieve moraal.

De S.B.S.1 is onderverdeeld in een drietal subschalen:

- a. M.S.-schaal
- b. P.S.-schaal
- c. S.S.-schaal

- a. De M.S.-schaal geeft aan hoe streng de sexuelle moraal is binnen de eigen relatie.
- b. De P.S.-schaal geeft aan wat de houding is ten aanzien van een voorechtelijke sexuelle relatie.
- c. De S.S.-schaal. Deze subschaal geeft aan hoe de patiënt staat ten aanzien van de sexuelle opvoeding, voorlichting en socialisatie van kinderen.

V-5.2 De S.B.S. 2

De S.B.S. 2 meet de ontvankelijkheid voor psychosexuele stimulatie. Ieder mens wordt in het dagelijks leven in meerdere of mindere mate geconfronteerd met situaties die gevoelens van sexuelle lust kunnen oproepen. Deze situaties kunnen ge-

zoekt worden in de realiteit, bijvoorbeeld door het flirten met anderen, het kijken naar erotische films of het lezen van erotische passages in boeken of tijdschriften. Deze situaties kunnen ook in de fantasie worden opgeroepen. De S.B.S.-2 schaal pretendeert te meten in hoeverre de patiënte deze bovengenoemde situaties zoekt of juist vermijdt. Een hoge score betekent vermindering van sexuele opwinding. Een lage score betekent toestaan van sexuele opwinding.

De subschalen van de S.B.S. 2

De S.B.S. 2 is onderverdeeld in drie subschalen:

- a. de S.B.S. 2 - I.S.
- b. de S.B.S. 2 - E.E.
- c. de S.B.S. 2 - A.E.

De S.B.S. 2 - I.S. schaal.

Deze sub-schaal meet de zogenoemde interpersoonlijke sexuele attractie. Hierin komt tot uitdrukking in hoeverre de patiënte sexuele aantrekkingskracht ervaart in het sociale contact met anderen. Hierbij moet gedacht worden in hoeverre de patiënte flirt met of fantaseert over erotische situaties met anderen.

De S.B.S. 2 - E.E. schaal

Deze subschaal van de S.B.S. 2 geeft aan of de patiënte erotische passages in boek of tijdschrift zoekt of vermijdt en of ze hetzelfde doet met erotische beelden bijvoorbeeld in film of video.

De S.B.S. 2 - A.E. schaal.

Deze subschaal van de S.B.S. 2 geeft aan of patiënte sexuele opwinding ervaart wanneer zij wordt geconfronteerd met erotische passages in bijvoorbeeld boeken of tijdschriften.

V-5.3 De S.B.S. 3, de sexuele motivatieschaal.

Deze schaal van de S.B.S. pretendeert te meten de mate van opwinding die wordt gevoeld bij lichamelijk sexueel contact. De beleving en de duur van het sexuele voorspel wordt gemeten evenals het actief of passief zijn tijdens de coïtus. Verder wordt nagegaan wat de relatie is tussen de wer-

kelijke en gewenste coïtusfrequentie bij de patiënte. Als laatste wordt gemeten in hoeverre er een mogelijkheid of onmogelijkheid bestaat een orgasme te beleven. Een hoge score betekent seksuele aversie, een lage score een sterke toenadering.

De S.B.S. 3 is onderverdeeld in vijf subschalen:

- a. de S.B.S. 3 - E.P.
- b. de S.B.S. 3 - O.E.
- c. de S.B.S. 3 - S.I.
- d. De S.B.S. 3 - F.I.
- e. De S.B.S. 3 - L.F.

De S.B.S. 3 - E.P. schaal.

Deze schaal geeft aan of en zo ja in hoeverre patiënte kan genieten van de seksuele interactie, zoals vrijen, strelen, knuffelen.

De S.B.S. 3 - O.E. schaal.

Deze schaal geeft aan of er sprake is van een orgasme en zo ja, hoe dit orgasme wordt beleefd.

De S.B.S. 3 - S.I. schaal.

Deze subschaal meet of en zo ja in welke mate er sprake is van seksuele remmingen bij patiënte.

De S.B.S. 3 - F.I. schaal.

Deze subschaal geeft aan of er gezien de huidige frequentie van de coïtus meer of minder behoefte bestaat aan seksueel contact.

De S.B.S. 3 - L.F. schaal.

Deze subschaal geeft aan wat de patiënte vindt van de tijdsduur van het seksuele voorspel.

V-5.4 De S.B.S. 4

Deze schaal pretendeert de zogenaamde attractie tot het huwelijk of relatie te meten. De S.B.S. 4 geeft een beeld in hoeverre er sprake is van een positieve affectie tot de partner, hoe deze relatie met de partner wordt beleefd en wat deze relatie betekent voor patiënte. Een hoge score betekent een sterke emotionele en seksuele band met de partner. Een lage score het tegenovergestelde.

De S.B.S. 4 is onderverdeeld in drie subschalen:

- a. de S.B.S. 4 - M.S. schaal
- b. de S.B.S. 4 - A.E. schaal
- c. de S.B.S. 4 - E.S. schaal

De S.B.S. 4 - M.S. schaal

Deze subschaal van de S.B.S. 4 gaat in op de vraag in hoeverre er sprake is van tevredenheid over de partner-relatie.

De S.B.S. 4 - A.E. schaal.

Deze subschaal van de S.B.S. 4 gaat in op de vraag hoe de patiënte staat t.o.v. een sexuele relatie buiten de bestaande sexuele relatie.

De S.B.S. 4 - E.S. schaal.

Hierin wordt de vraag aan de orde gesteld hoe de eigen partner als sexuele partner wordt ervaren.

V.6 Resultaten.

Om de onderlinge vergelijkbaarheid tussen de drie groepen te vergroten zijn de z-scores van de SBS getransformeerd naar een $\bar{X}=50$ en een $sd=10$.

Het resultaat van het onderzoek op de S.B.S. vragenlijst voor de drie groepen is weergegeven in de tabellen V-1 t/m V-5

V-6.1 Het resultaat op de S.B.S. 1

Tabel V-I:

De gemiddelden en standaarddeviaties van de drie groepen op de S.B.S. 1 vragenlijst.

S.B.S. 1	<u>Groep</u>		
	I	II	III
tot. \bar{X}	41.8*	41.6*	38.2
sd	6.4	7.5	5.1
M.S. \bar{X}	43.8*	43.9*	40.2
sd	7.0	8.0	5.5
P.S. \bar{X}	41.7*	40.8	38.1
sd	6.1	7.2	5.6
S.S. \bar{X}	42.6	43.0	39.3
sd	9.0	9.0	9.7

*= $P < 0,05$ Groep I en II <----> Groep III
ANOVA paarsgewijze toetsing a posteriori.

Uit tabel V-1 blijkt, dat ieder van de beide buikpijngroepen een significant hogere totaalscore heeft dan de controlegroep. Dit betekent dat beide buikpijngroepen meer geneigd zijn vast te houden aan de sexuele beheersingsmoraal dan de patiënten uit de controlegroep. De controlegroep heeft ten aanzien van deze moraal een meer open en tolerante houding. Onderling verschillen de beide buikpijngroepen echter niet.

Op de S.B.S. 1 - M.S. schaal, is er een significant verschil tussen enerzijds de scores van groep I en II en anderzijds groep III. Dit betekent dat patiënten met chronische onderbuikpijn ongeacht de oorzaak van de klacht de sexuele moraal binnen het huwelijk sterker vasthouden dan controlegroep patiënten.

Op de score van de S.B.S.1-P.S. schaal valt op dat groep I significant hoger scoort dan de controle-

groep. Dit betekent dat patiënten uit groep I minder voorechtelijke sexuele ervaring hebben en dat hun attitude tegenover sexuele contacten voor het huwelijk negatiever is dan die van de controle-groep. De onderlinge verschillen tussen groep I en II zijn gering en niet statistisch significant.

Uit de score op de S.S. schaal blijkt dat tussen de drie groepen onderling geen significante verschillen in opvatting ten aanzien van sexuele opvoeding, voorlichting en socialisatie van kinderen. Wel tonen de gemiddelde scores dezelfde trend als bij de twee andere onderdelen: wel verschil met de controlegroep maar geen verschil tussen de pijn-groepen.

Concluderend kan over de S.B.S.-1 schaal worden gezegd dat er een significant verschil bestaat tussen de buikpijngroepen enerzijds en anderzijds de controlegroep. Dit verschil wordt voor het grootste deel bepaald door de score op de M.S. subschaal. Dat wil zeggen dat de patiënten met chronische onderbuikpijn vooral ten aanzien van seksualiteit voor het huwelijk een meer restrictieve houding hebben dan patiënten zonder pijn.

V-6.2 Het resultaat op de S.B.S. 2 (tabel V-2)

Tabel V-2
De gemiddelden en standaarddeviaties van de drie groepen op de S.B.S. 2.

S.B.S. 2	Groep		
	I	II	III
tot. \bar{X}	49.6*	52.3*	45.7
sd	10.1	9.5	9.6
I.S. \bar{X}	49.3*	51.9*	43.2
sd	11.0	10.4	11.4
E.E. \bar{X}	49.2	51.7	47.2
sd	10.2	9.3	9.7
A.E. \bar{X}	50.6	52.6*	48.0
sd	9.3	8.8	9.0

*) $P < 0,05$ Groep I en II <----> Groep III
ANOVA paarsgewijze toetsing a posteriori.

De totaalscore voor beide pijngroepen is significant hoger dan die van de controlegroep, wat betekent dat de pijnpatiënten relatief sterk sexuele stimulatie afweren en vermijden.

In het onderdeel I.S. schaal scoren beide pijngroepen significant hoger dan de controlegroep, wat betekent dat voor pijnpatiënten relatief weinig sexuele aantrekkingskracht van een ander dan de eigen partner uitgaat. Binnen de pijngroep scoren de patiënten zonder pijnverklarende afwijking hoger zodat het gebrek aan sexuele aantrekkingskracht van een ander dan de eigen partner voor hen het meest blijkt te gelden, maar het verschil met de andere pijngroep is niet significant.

In het onderdeel E.E. schaal geven de gemiddelde scores dezelfde trend als in het onderdeel I.S. schaal, maar geen enkel verschil is significant. Er is bij de pijnpatiënten, en vooral bij die zonder verklarende afwijking, een neiging tot vermijden van prikkelende lectuur en situaties.

Ook het onderdeel A.E. schaal toont dezelfde trend, echter alleen het verschil tussen de pijngroep zonder verklarende afwijking en de controlegroep is significant. De pijnpatiënten en vooral die zonder verklarende afwijking raken niet zo gemakkelijk opgewonden bij het zien van of het lezen over erotische situaties, vergeleken met de controlegroep patiënten.

De conclusie over het resultaat van de S.B.S. 2 sluit geheel aan bij die over het resultaat van de SBS 1. De pijnpatiënten, en vooral die zonder verklarende afwijking, vermijden sexuele prikkeling en weren sexuele gevoelens af.

V.6.3 Het resultaat op de S.B.S. 3 (tabel V-3)

Tabel V-3: De gemiddelden en standaarddeviaties van de drie groepen op de S.B.S. 3.

S.B.S. 3	Groep		
	I	II	III
tot. \bar{X}	50.0*	50.8*	44.8
sd	11.6	11.1	9.9
E.P. \bar{X}	48.5	49.5°	45.1
sd	9.0	9.9	8.2
O.E. \bar{X}	50.6	52.1	47.1
sd	12.1	12.1	9.9
S.I. \bar{X}	52.5	52.0	47.4
sd	12.9	11.8	10.7
F.I. \bar{X}	47.3	50.4°	43.9
sd	9.0	10.6	8.2
L.F. \bar{X}	51.3	48.9	50.0
sd	11.0	10.9	11.2

*) $P < 0,05$ Groep I en II \leftrightarrow Groep III °) $P < 0,05$ Groep II \leftrightarrow Groep III ANOVA paarsgewijze toetsing a posteriori.

De totaalscores van de SBS 3 geven aan dat er een significant verschil bestaat tussen groep I en II enerzijds en groep III anderzijds, I en II scoren hoger dan III. Dit betekent dat patiënten uit groep I en II met meer afkeer reageren op het sexueel contact met de partner en dat ze deze situatie vaker proberen te vermijden. Dit in tegenstelling tot patiënten uit groep III die het sexueel contact met de partner meer als prettig ervaren. Tussen de groepen I en II bestaat een verschil in die zin dat groep I de sexualiteit met de partner positiever ervaart maar het verschil is klein en niet significant.

Op de E.P.-schaal wordt gemeten in hoeverre de

patiënt in staat is om te genieten van de sexuele relatie, het vrijen enz. Er is een significant verschil tussen enerzijds patiënten uit groep II en anderzijds de controlegroep in die zin dat groep II hoger scoort. Dit verschil geeft aan dat met name patiënten uit groep II het minst in staat zijn te genieten van de sexuele relatie en het minst zelf sexueel contact initiëren.

Op de O.E.-schaal zijn geen significante verschillen gemeten tussen de drie groepen. Wel is opvallend dat groep II het minst aangeeft orgasmisch te zijn en een eventueel orgasme negatiever ervaart dan beide andere groepen. De controlegroeppatiënten beleven het orgasme het meest positief.

Op de S.I. schaal verschillen de pijngroepen onderling nauwelijks maar ze verschillen wel van de controlegroep, zij het niet significant. De buikpijnpatiënten tonen een trend tot geremdheid.

Op de F.I. schaal scoren beide buikpijngroepen hoger dan de controlegroep. Alleen bij de patiënten zonder verklarende afwijking significant hoger. Vooral de laatsten wensen minder frekwent coïtus dan nu het geval is.

Op de L.F. schaal wordt een afwijkend patroon in de uitslagen gezien. Groep III heeft een gemiddelde score die tussen de scores van groep I en II in ligt. Alle verschillen zijn overigens niet significant. Kennelijk waarderen alle groepen, ook de controlegroep, in gelijke mate het sexuele voorspel met de partner.

Ten aanzien van de S.B.S.3 kan worden geconcludeerd dat er een significant verschil bestaat tussen de scores van de groepen I en II in vergelijking met die van groep III. Patiënten uit groep I en II met meer afkeer reageren op sexueel contact met de partner en proberen deze situatie frekwenter te vermijden. Dit verschil komt het duidelijkst tot uitdrukking in de scores op de S.B.S. 3 - F.I. schaal, die de gewenste coïtus-frekwentie aangeeft. Daaruit blijkt dat de patiënten uit groep II minder

frekwent coïtus wensen dan nu het geval is. Dit verschil is significant vergeleken met patiënten uit groep III. Beide andere onderzoeksgroepen (I en III) geven niet aan die wens te kennen. Er is wel een tendentie in de scores te onderkennen die aanduidt dat bij groep II de sexuele problematiek groter is dan bij groep I, maar de tendentie is niet significant. Dat betekent, dat het onderscheid vermoedelijk minder wezenlijk is dan in de verwachtingen is geformuleerd. Anders gezegd: reële angst of "ingebeelde" angst maakt voor de afweer van seksualiteit niet erg veel uit.

V-6.4 Het resultaat op de S.B.S. 4.

Tabel V-4 De gemiddelden en de standaarddeviatie van de drie groepen op de S.B.S. 4.

S.B.S. 4	Groep		
	I	II	III
Tot. \bar{X}	55.6	54.0	54.2
sd	12.7	11.3	12.5
M.S. \bar{X}	55.0	53.9	53.2
sd	13.0	11.4	12.2
A.E. \bar{X}	52.8	51.0	53.6
sd	10.0	10.2	10.3
E.S. \bar{X}	53.2	52.0	50.6
sd	13.3	12.7	10.8

Er zijn geen significante verschillen onderling

$P < 0,05$ ANOVA paarsgewijze toetsing a posteriori

De totaalscore is voor alle drie groepen nagenoeg gelijk. Dat wil zeggen dat de vrouwen met en zonder chronische buikpijn in gelijke mate het huwelijk attractief vinden en tevreden zijn in de relatie met de partner.

Hetzelfde geldt als men de resultaten voor de

afzonderlijke subschalen beziet. De verschillen tussen de drie groepen zijn gering en tonen geen eenduidige trend tot een andere situatie bij de pijnpatiënten dan bij de controlegroep. Dit betekent dat de vrouwen in alle drie groepen een gelijke attitude hebben t.a.v. buitenechtelijke relaties, in gelijke mate hun sexuele partner waarderen en in gelijke mate over de sexuele relatie met de partner tevreden zijn.

V-7 Samenvatting en conclusie.

In dit gedeelte van het onderzoek waarin alle patiënten de Nederlandse versie van de Sexualiteits Belevings Schaal (S.B.S.) werd afgenomen, werden een aantal opvallende uitkomsten verkregen.

Op de S.B.S. 1- de sexuele beheersingsmoraal scoren beide buikpijngroepen significant verschillend van de controlegroep. Beide groepen staan meer behoudend en meer restrictief tegenover sexualiteit voor het huwelijk en hebben meer restrictieve gedachten over wat kan in het sexuele socialisatieproces van kinderen, dan patiënten uit de controlegroep.

De scores op de S.B.S. 2- de psychosexuele stimulatieschaal geven een significant verschil aan tussen enerzijds de buikpijnpatiënten uit groep II en anderzijds de controlegroep. Vergeleken met de controlegroep vermijdt groep II sexuele stimulatie, terwijl de controlegroep deze situatie zoekt. Het valt op dat groep II het sterkst vermijdt, dus sexualiteit het meest afweert. Dit geldt voor alle subschalen van de S.B.S. 2. Er is een significant verschil tussen groep II en de controlegroep in de zin dat groep II minder opgewonden raakt door erotische beelden. Dit onderstreept de duidelijke tendens van afweer van sexualiteit. In deze tendens gaan patiënten uit groep I mee. Op de S.B.S. 3- de sexuele motivatieschaal is er een significant verschil van de groepen I en II in vergelijking met de controlegroep. De patiënten uit groep I en II kunnen niet genieten van de sexuele interactie, d.w.z. het vrijen, aanhalen en knuffelen met de partner. Deze tendens is bij groep II sterker, alhoewel het vergeleken met groep I en de controlegroep niet significant verschillend is. Hetzelfde

geldt voor de sexuele geremdheid die bij groep II sterker is. Opvallend is de uitslag op de F.I.-subscala. Deze subscala gaat in op de vraag of men meer of minder coïtus met de partner zou wensen, wanneer men de huidige frekwentie als norm neemt. Het blijkt dat groep II de enige groep is die significant verschilt van groep III. Ook dit gegeven geeft aan dat er afweer van seksualiteit is bij groep II. Dit is in mindere mate bij groep I aanwezig.

Op de S.B.S. 4-huwelijkssatisfactieschaal zijn geen significante verschillen te ontdekken. Alle drie de groepen omschrijven hun relatie als redelijk. Dit is opvallend wat betreft groep II. Deze groep heeft de grootste sexuele afweer. Dit leidt niet tot het voordeel van een slechte relatie. De conclusie die getrokken kan worden is dat de seksualiteit en de relatie verschillende entiteiten kunnen zijn, die door deze groep patiënten los van elkaar worden beleefd.

Wanneer we terugkijken naar de vragen die we ons aan het begin van dit hoofdstuk stelden dan kunnen we t.a.v. de beide buikpijngroepen stellen dat er geen significante verschillen zijn t.a.v. de seksualiteitsbeleving tussen beide buikpijngroepen. Dit verschil is er wel met de controlegroep t.a.v. sexuele prikkeling, het genieten van intiem lichamelijk contact en de gewenste coïtus-frekwentie.

In het algemeen zijn de buikpijnpatiënten meer restrictief en afwerend t.a.v. intiem lichamelijk contact met de partner dan de patiënten zonder pijn in vergelijking met de patiënten uit de controlegroep. Verder maakt het voor de angst t.a.v. intiem sexueel contact niet uit of deze gebaseerd is op grond van een gynaecologisch aantoonbare afwijking of niet. In Hoofdstuk VIII-5 wordt verder ingegaan op de interpretaties van deze resultaten.

Hoofdstuk VI.

Life events.

VI-1 Inleiding.

In het derde gedeelte van het onderzoek wordt ingegaan op de zogenoemde life events.

Life events zijn gebeurtenissen in het leven van iemand die een meer dan gewone emotionele en fysieke aanpassing vereisen, bijvoorbeeld het overlijden van de partner, een faillissement, etc. In dit gedeelte wordt na een bespreking van de literatuur onderzocht of er ten tijde van het ontstaan van de onderbuikpijnklacht zich in het leven van de patiënt life events hebben voorgedaan.

VI-2 Literatuur overzicht.

Taylor (1949); Duncan and Taylor(1952); Benson (1958) en Gidro- Frank (1960) onderzochten life events bij hun onderzoekspopulatie. Bij deze onderzoeken werd via een interview nagegaan of ten tijde van het ontstaan van de klacht zich een situatie voordeed, die een mogelijk negatieve invloed had op de emotionele gemoedstoestand van de patiënten. Vervolgens werd een relatie tussen deze emotionele invloed en het ontstaan van onderbuikpijnklachten gelegd.

In het onderzoek van Duncan en Taylor(1952), werd via psychiatrische interviews bij 26 patiënten met onbegrepen onderbuikpijn nagegaan wat de levensomstandigheden en de emotionele situatie was bij het begin van de klachten. Ze kwamen tot de volgende indeling:

Life events in het onderzoek van Duncan en Taylor:

	<u>aantal</u> <u>patiënten</u>
<u>Zwangerschap</u>	
ongewenste zwangerschap	9
buitenechtelijke zwangerschap	2
geboorte van een kind met congenitale afw.	2
postpartum depressie	3
geen specifieke omstandigheden	3
<u>Gezinsproblemen</u>	
echtscheiding	4
problemen met de kinderen	3
Conflicten rondom het huwelijk en seksualiteit	
komend huwelijk	2
voorechtelijke relatie	1
huwelijk van jongere zuster	1
<u>Objectverlies</u>	
dood van vader	2
hysterectomie bij moeder	1
scheiding van ouders	1
<u>geen duidelijke stresssituatie</u>	2

Opvallend is in dit overzicht het relatief grote aantal patiënten (16) die onderbuikklachten ontwikkelden rondom de zwangerschap, terwijl de medisch-obstetrische status geen bijzonderheden vermeldde.

Benson (1958) beschreef - zonder de methode van onderzoek te vermelden - bij patiënten met onbegrepen onderbuikpijnklachten de volgende life events:

Life events in het onderzoek van Benson.

	<u>aantal</u> <u>patiënten</u>
<u>Operaties</u>	
salpingectomie	2
oophorectomie	1

zwangerschap

abortus(geïnduceerd)	2
abortus(spontaan)	2
spontane bevalling(illegaal)	2
spontane bevalling(a terme, legitiem)	1
acute ziekte of letsel	4
buitenechtelijke coïtus	2
eerste huwelijk	2
eerste scheiding	2
opname van moeder in ziekenhuis	1
ongeluk van echtgenoot met als gevolg invali- diteit	1

geen life events 13

Benson vond dus bij 22 patiënten (61%) dat het begin van de buikpijn samenviel met een crisis of life event.

Taylor (1952) en Gidro-Frank (1960) hebben geen onderzoek gedaan naar life events gedurende de periode van het ontstaan van de buikpijnklachten. Wel werd in beide onderzoeken geconstateerd dat op het moment dat deze klachten naar voren kwamen bij 34 van de 40 vrouwen een sfeer van ontevredenheid en teleurstelling heerste. Deze ontevredenheid betrof met name de relatie met de echtgenoot, het huwelijk en de rol als moeder en huisvrouw. Opvallend was dat ondanks deze onvrede over het eigen huwelijk de meeste patiënten toch gedachten hadden over een hereniging met de partner of over een ander huwelijk. De partner werd in de meeste gevallen als de oorzaak van de klachten aangewezen waarmee de patiënten de oorzaak van het ontstaan van hun klachten buiten zichzelf legden.

VI-3 Conclusie t.a.v. het literatuuronderzoek

Wat opvalt in de studies is dat er vaak situaties genoemd worden die te maken hebben met zwangerschap en geboorte. Deze situaties hebben zich voorgedaan ten tijde van het ontstaan van de chronische onderbuikpijn. Verder wordt vrij vaak genoemd de partnerrelatie en de positie als vrouw en huisvrouw. Belangrijk is dat alle genoemde onderzoeken zijn gedaan bij patiënten met onverklaarde

onderbuikpijn. Controlegroepen ontbraken steeds.

VI-4 Het onderzoek van het derde gedeelte.

Beide voorgaande delen van ons onderzoek hadden tot doel na te gaan of er verschillen waren in persoonlijkheidsstructuur en seksualiteitsbeleving tussen patiënten met verklaarde en patiënten met onverklaarde chronische onderbuikpijnklachten en een controlegroep van patiënten zonder pijnklachten. Zoals in de inleiding van het hoofdstuk reeds vermeld is, is door diverse onderzoekers navraag gedaan naar het voorkomen van life events vlak voor of tijdens het ontstaan van de klachten. De veronderstelling dat life events voor het ontstaan van chronische pijnklachten in de onderbuik belangrijk zouden kunnen zijn is voor de opzet van dit gedeelte van het onderzoek uitgangspunt geweest. Tijdens een interview werd aan de buikpijnpatiënten gevraagd wat ze zich herinnerden van de periode van het ontstaan van de onderbuikpijnklachten. Bij de patiënten uit de controlegroep werd gevraagd of er tot voor 2 maanden voor het interview veranderingen waren geweest in hun leven. Deze termijn van 2 maanden is zo genomen omdat het bij de pijnpatiënten gezien de gehanteerde definitie van de duur van de klacht bij chronische pijn ook ging om de periode voor de laatste 2 maanden voorafgaande aan het interview.

VI-5 Wijze van scoren van de life events.

In ons onderzoek is allereerst gezocht naar een betrouwbare en efficiënte wijze van scoren van de life events.

Op grond van onderzoek construeerden Rahe et al (1965, 1967, 1968, 1970, 1972) de zg. "Social Readjustment Rating Scale" (SRRS) waarmee beoogd werd de hoeveelheid aanpassing te meten die proefpersonen nodig hebben om na een life event weer te kunnen functioneren. Via een specifieke score zou berekend kunnen worden welke invloed een life event zou hebben op de ontwikkeling van een bepaalde ziekte.

In het onderzoek van Grant e.a. (1978) werd nagegaan

welke methode van scoring de beste voorspelling doet voor het ontstaan van psychiatrische symptomen. Zij vergeleken de volgende vier scoringsmethoden:

- a. het optellen van de life events, die zich voor het ontstaan van de emotionele problematiek hadden voorgedaan.
- b. het gebruik van "life change units" (LCU) berekend volgens de normen van de SRRS.
- c. de LCU-waarden berekend op groepsspecifieke SRRS waarden, afgeleid van psychiatrische patiënten en niet-patiënten.
- d. de LCU-scores gebaseerd op individuele SRRS waarden.

Het optellen van het aantal genoemde life events (methode a) bleek een even juiste, en eenvoudiger methode voor de voorspelling van het al of niet ontstaan van een ziekteproces vergeleken met de andere drie onderzochte methoden.

VI-6.Het interview.

De interviews werden afgenomen door een achttal medewerkers (4 mannen, 4 vrouwen) en na verkregen toestemming van de patiënt op geluidscassette opgenomen. Na het interview werd het gesprek afgespeeld en uitgeschreven.

Na het uitwerken van de geluidscassette werden er in totaal 36 life events genoteerd:

Life event

- 1.stoppen met pilgebruik
- 2.verhuizing
- 3.missed abortion
- 4.begin pilgebruik
- 5.ziekte
- 6.scheiding
- 7.adoptiepoging
- 8.geboorte
- 9.dood v.partner
- 10.menarche
- 11.infertiliteit
- 12.sterilisatie
- 13.dood v.e.kind

- 14.laparoscopie
- 15.auto-ongeluk partner
- 16.inbreng spiraal
- 17.eerste sexueel contact
- 18.verandering van werk
- 19.leren kennen partner
- 20.blaasoperatie
- 21.zwangerschap
- 22.darmoperatie
- 23.stoppen medicatie
- 24.ruzie met partner
- 25.huwelijk
- 26.operatie
- 27.abortus
- 28.overlijden van èèn der ouders
- 29.eileider ontsteking
- 30.ongeluk v.d. partner
- 31.verandering van pil
- 32.secundaire amenorrhoe
- 33.ernstige ziekte van partner
- 34.gefrustreerde kinderwens
- 35.ruzie met de buurvrouw
- 36.verwijderen spiraal

VI-7 Indeling van de life events.

In bovengenoemde opsomming van life events werden voorvallen uit een groot aantal diverse situaties bijeen genomen. Om een structuur aan te brengen in deze life events, is gezocht naar een geschikte indeling. Op grond van de indeling van Rahe (1971, 1975) werden 5 categorieën onderscheiden. Deze categorieën zijn als volgt:

- a. geboorte en voortplanting
- b. huwelijk, relatie en sexualiteit
- c. verlies van een vertrouwde situatie/persoon
- d. lichamelijke gezondheid
- e. school en beroep

De genoemde life events werden door vijf ervaren klinisch psychologen onafhankelijk van elkaar in èèn van de bovengenoemde categorieën ingedeeld. Een life event werd aan èèn van de categorieën toegewezen indien vier van de vijf beoordelingen eensluidend waren (80%). De veronderstelling bij deze werkwijze is dat een afwijkend oordeel van

één beoordelaar kan worden getolereerd. Dit kan immers vrij gemakkelijk (bij toeval) optreden. Wanneer dat er meer zouden zijn, moet aangenomen worden dat de overeenkomst zwak is.

Bij 32 van de 36 life events werd dit percentage bereikt. Bij drie life events was er sprake van 60% overeenkomst. Deze drie life events waren:

- a. ernstige ziekte van een familielid
- b. auto ongeluk van een familielid
- c. ongeluk van de partner

Overwogen werd om deze drie life events in een afzonderlijke categorie "overige" in te delen. Dit is niet gebeurd. Na overleg werd besloten om bij deze drie life events de 60% norm te hanteren en in die categorie onder te brengen die door drie van de vijf klinisch psychologen was gekozen.

Dit gaf de volgende verdeling van de drie groepen proefpersonen

Tabel VI-1. Overzicht van het aantal patiënten per groep per categorie life event.

	<u>Groep I</u> (n=81)	<u>Groep II</u> (n=81)	<u>Groep III</u> (n=46)
a. <u>geboorte en voortplanting</u>			
stoppen met pilgebruik	3	2	-
begin met pilgebruik	-	2	-
infertiliteit	2	1	-
geboorte	13	20	-
sterilisatie	-	3	-
menarche	3	1	1
zwangerschap	2	1	-
abortus	1	2	-
gefrustreerde kindervens	-	-	-
verwijderen spiraal	-	1	2
inbrengen van spiraal	-	1	-
missed abortion	3	2	2
Totaal	<u>27</u>	<u>36</u>	<u>5</u>

b. huwelijk; relatie; seksualiteit

ernstige ziekte			
familielid	-	1	1
scheiding	3	3	4
adoptiepoging	2	1	-
auto-ongeluk familielid	-	-	1
eerste sexuele kontakt	-	4	-
leren kennen van de partner	1	-	-
huwelijk	2	-	-
ruzie met de partner	1	-	-
ongeluk van de partner	-	-	1
ruzie met de buurvrouw	1	1	-
Totaal	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>7</u>

c. verlies van een vertrouwde situatie of persoon

verhuizing	5	4	1
dood van een familielid	5	4	1
dood van een kind	1	2	-
overlijden van een van de ouders	3	3	3
Totaal	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>5</u>

d. lichamelijke gezondheid

ziekte	2	-	-
laparoscopie	-	2	-
blaasoperatie	1	-	-
eileiderontsteking	2	-	-
darmoperatie	1	-	-
verandering van pil	1	-	-
secundaire amenorrhoe	1	-	-
stoppen medicatie	2	1	1
operatie	1	2	1
Totaal	<u>11</u>	<u>5</u>	<u>2</u>

e. school en beroep

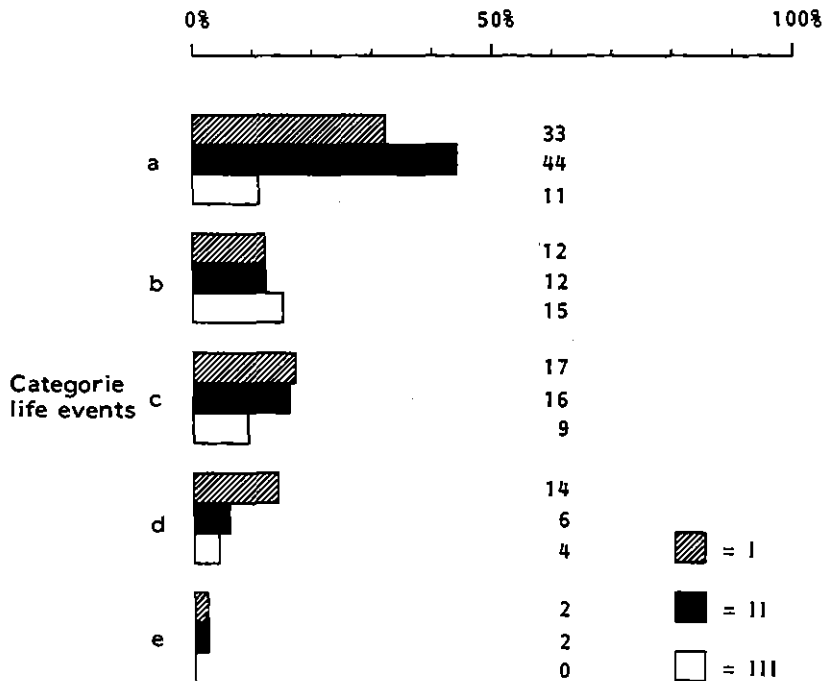
<u>verandering van werk</u>	2	2	-
-----------------------------	---	---	---

VI-8 Resultaten.

De frekwentie van life events in de vijf categorieën.

Per categorie life events is niet de frekwentie per patiënt weergegeven, omdat twee of meer life events per patiënt per categorie relatief weinig voorkwamen (maximaal 2,5%). Bijgevolg gaat het hierna over het percentage life events per groep per categorie life events.

Per groep is nagegaan hoe groot het percentage patiënten is dat een of meerdere life events binnen een van de vijf onderscheiden categorieën life events heeft. In figuur VI-1 zijn de resultaten van deze bewerking weergegeven.



Figuur VI-1. Het percentage patiënten met één of meer life events per categorie life events onderscheiden naar de groepen I, II en III.

Wanneer we figuur VI-1 beschouwen, zien we een opvallende uitkomst. In groep I noemt 33% van de patiënten life events binnen categorie A (geboorte en voortplanting) In groep II is dit 44%, in groep III 11%. Tussen groep I en II is er onderling geen significant verschil. Wel is er een significant verschil tussen de groepen I en II enerzijds en groep III anderzijds resp: ($X^2=7,9$; $df=1$; $P<0,05$): en ($X^2=15,1$; $df=1$; $P<0,05$).

Bij de vier overige categorieën life events zijn de verschillen in percentages gering en niet significant.

De conclusie uit deze uitkomsten is dat bij patiënten met een organische verklaring voor de onderbuikpijn en patiënten zonder organische verklaring voor de onderbuikpijn pijn dikwijls gekoppeld kan worden aan een ingrijpende gebeurtenis die specifiek verband houdt met geboorte en voortplanting.

Vervolgens is gekeken naar het percentage patiënten dat geen, één, twee of meer life events in alle categorieën noemt. Dit is voor de drie groepen afzonderlijk gedaan (zie tabel VI-2).

Tabel VI-2. Frekwentie van voorkomen van life events voor de groepen I, II en III

Voorkomen van life events	Groep		
	I(n=81)	II(n=81)	III(n=46)
0	40%	37%	65%
1	40%	47%	28%
>2	20%	16%	7%
	100%	100%	100%

Samengevat kunnen we stellen dat groep I in 60%, groep II in 63% en groep III in 35% een of meerdere verschillende life events heeft meegemaakt. Het verschil tussen de groepen I en II enerzijds en groep III anderzijds is significant resp: ($X^2=9,3$; $df=1$; $P<0,05$) en ($X^2=9,4$; $df=1$ $P<0,05$).

VI-9 Analyse van de patiënten met meerdere, en een combinatie van verschillende life events.

Per groep I, II en III is gekeken hoeveel patiënten een life-event in meerdere, verschillende categorieën hadden, dus een combinatie van life events vermeldden (tabel VI-3). Tevens is in deze tabel aangegeven in hoeverre er sprake was van een combinatie van A en/of B, omdat deze categorieën betrekking hebben op gebeurtenissen die direkt met de vrouwelijke identiteit samenhangen. (menarche, huwelijk, geboorte). Dit gaf per groep de volgende verdeling:

Tabel VI-3. Gegroepede life events onderscheiden naar de drie groepen patiënten.

<u>Groep I n=81</u>	<u>Combinatie van</u>	<u>Combinatie</u>
<u>Aantal patiënten</u>	<u>categorieën</u>	<u>A en/of B</u>
8	CD	-
1	BCD	1
1	AAC	1
2	CDD	-
1	ABC	1
1	BB	1
1	AE	1
Totaal 15		5
<u>Groep II n=81</u>	<u>Combinatie van</u>	<u>Combinatie</u>
<u>Aantal patiënten</u>	<u>categorieën</u>	<u>A en/of B</u>
2	CD	-
4	AB	4
2	BC	2
2	AC	2
Totaal 10		8
<u>Groep III n=46</u>	<u>Combinatie van</u>	<u>Combinatie</u>
<u>Aantal patiënten</u>	<u>categorieën</u>	<u>A en/of B</u>
2	CD	-
1	BB	1
Totaal 3		1

Uit bovenstaand overzicht blijkt dat bij groep I er 8 patiënten zijn met een combinatie van life events in de categorie C en categorie D. Verder zijn er 7 patiënten met een verschillende combinatie van twee of drie life events en twee patiënten met een combinatie van C en tweemaal D. Voor groep II geldt dat 4 patiënten een combinatie hebben van life events in categorie A en B, d.w.z. geboorte en voortplanting en huwelijk, relatie en sexualiteit. Verder zijn er nog zes patiënten met een verschillende combinatie van life events. Bij groep III zijn er twee patiënten met een life event in zowel categorie C als in categorie D. Groep I is dus het hoogst vertegenwoordigd met 15 patiënten. Dit aantal verschilt niet significant van het aantal bij groep II (10). Wel is er een duidelijk significant verschil met enerzijds patiënten uit groep I en anderzijds patiënten uit groep III wat betreft het aantal patiënten dat een combinatie van life events kent: ($X^2=5,6$; d.f.=1; $P<0,05$).

Ook is aangegeven in tabel VI-3 hoeveel patiënten uit de drie groepen bij een gecombineerd voorkomen van life events een life event in de categorie A en of B hebben. In groep I zijn dit 5 patiënten, in groep II 8 patiënten en in groep III één patiënt. Dit verschil is niet significant.

VI-10 Conclusies.

De conclusie betreffende de life events luidt: er is tussen de beide buikpijngroepen onderling geen verschil, noch in het aantal patiënten dat een combinatie van life events aangeeft, noch in het voorkomen van life events per onderscheiden categorie. Wel blijkt dat de patiënten ongeacht de aard van de buikpijn vaak aangeven ten tijde van het ontstaan van de buikpijnklacht een life event uit de categorie geboorte en voortplanting te hebben meegemaakt: 33% van de patiënten met en 44% van de patiënten zonder een organische verklaring voor hun pijnklachten.

Uit ons onderzoek blijkt, dat de patiënten met een organische oorzaak voor hun klachten bijna iden-

tieke totaalscores aan life events hebben als de patiënten met een niet organische verklaring daarvoor. Dit betekent, dat de veronderstelling dat patiënten met onverklaarde onderbuikpijn meer - en meer diverse - life events zouden hebben dan patiënten met een organische verklaring voor onderbuikpijn moet worden verworpen.

VI-11 Beschouwing.

De interviews hebben geen aanwijzingen opgeleverd dat sterk emotioneel belastende specifieke seksuele trauma's als incest, verkrachting en aanranding bij het ontstaan van de buikpijnklachten een rol hebben gespeeld. Wel is er een sterke aanwijzing dat meer "gewone" gebeurtenissen op het gebied van voortplanting, geboorte, seksualiteit en relaties, zoals bv. het instellen van anticonceptie, abortus en geboorte, het leren kennen van een partner, van betekenis bij het ontstaan van de pijnklachten zijn geweest. De vraag is wel of het om een relatief grote, al dan niet psychosexuele kwetsbaarheid gaat dan wel om een relatief ernstig psychotrauma. De kwalitatief belangrijkste categorie life events in dit verband was die van geboorte en voortplanting, waarbij niet alleen grote veranderingen in het psychologisch vlak in het geding zijn maar ook zuiver lichamelijke veranderingen ter plekke van de inwendige geslachtsorganen. Een oorzakelijke factor kan gevonden worden in het samentreffen van grote psychische, sociale en fysieke veranderingen ten tijde van het ontstaan van de klacht. Daarbij sluit de bevinding aan, dat het grootste deel van de patiënten een life event aangeeft uit de categorieën A en B. Deze hebben te maken met seksualiteit, relaties en vrouwelijke identiteit. Dit duidt erop dat - voor zover chronische onderbuikpijn bij de vrouw samenhangt met een life event - het in de regel gaat om een gebeurtenis op het gebied van de vrouwelijk identiteit, de seksualiteit of de partnerrelatie.

In Hoofdstuk VIII-6 wordt verder op deze resultaten ingegaan.

Hoofdstuk VII.

Nadere analyse naar scoring, leeftijd en organiceiteit.

VII-1 Inleiding.

In de voorgaande drie hoofdstukken is ingegaan op de hoofdvraag van dit onderzoek namelijk of er in psychologisch opzicht onderscheid te maken valt tussen patiënten met en patiënten zonder organische afwijking voor hun onderbuikpijnklachten.

In de volgende paragrafen zal een verdere uitsplitsing van het onderzoek plaatsvinden om een meer gedifferentieerd beeld te krijgen van enkele variabelen die een rol spelen bij het tot stand komen van de scores.

Achtereenvolgens zal aan de orde komen:

- a. De verdeling van de scores binnen de steekproef. Dit zal geschieden middels de berekening van percentielwaarden.
- b. De invloed van leeftijd op de onderzoeksresultaten.
- c. De vraag of patiënten met descensus uteri te onderscheiden zijn van de andere patiënten.
- d. De vraag of een positief dan wel een negatief uitvallen van de ringtest van betekenis is t.a.v. de psychologische variabelen.

VII-2. Resultaten.

De tabellen en figuren staan, voor zoverre ze niet in dit hoofdstuk worden vermeld, in bijlage I (tabellen) en bijlage II (figuren).

VII-2.1 Verdeling van de scores binnen de drie onderzochte groepen.

Tot nu toe werd met gemiddelde scores gewerkt waarbij het ging om significante verschillen tussen de scores op de vragenlijsten en het voorkomen van life events tussen de beide buikpijngroepen onder-

ling en de buikpijngroepen afzonderlijk vergeleken met de controlegroep. Een bezwaar van deze werkwijze is, dat bepaalde effecten die voor subgroepen gelden niet onderkend kunnen worden.

Om na te gaan of er binnen de drie onderscheiden groepen subgroepen met bijvoorbeeld een extreem hoge of een extreem lage score te onderscheiden zijn die het gemiddelde van de gehele groep beïnvloeden, is gekeken naar mogelijke extreme scores binnen de drie hoofdgroepen. Hiertoe is gekozen voor de bepaling van de percentielwaarden. Nagegaan werd voor elk van de drie groepen welke percentages van de patiënten laag, gemiddeld en hoog scoorden op de vragenlijsten.

Wanneer we de L-schaal van tabel VII-1 als voorbeeld nemen, zien we bij het 25e percentiel van groep I een score van 54 genoteerd. Dit betekent dat 25 % van de patiënten een score heeft van 54 of minder. Het 50e percentiel van groep I geeft een score van 58, wat betekent dat 50 % van de patiënten uit groep I een score heeft van 58 of minder. Bij het 75e percentiel hoort bij groep I een score van 66, wat aangeeft dat 75 % van de patiënten een score heeft van 66 of minder.

De gegevens van deze bewerking zijn grafisch weergegeven in figuur VII-1. In deze figuur zijn naast de percentielwaarden ook de hoogste en de laagste score weergegeven. De overige gegevens van deze bewerking van de MMPI en SBS staan in tabellen (VII-2 - VII-9) en de figuren (VII-2 - VII-9).

VII-2.2 Conclusie.

Er zijn binnen de drie hoofdgroepen geen afzonderlijke subgroepen te vinden die door een extreem hoge of extreem lage score het groepsgemiddelde hebben beïnvloed. Er is sprake van een ongeveer gelijke verdeling van de scores rond het gemiddelde voor alle drie groepen bij alle onderzochte vragenlijsten.

Tabel VII-1 Percentielwaarden van de drie onderzochte groepen op de L-score van de MMPI.

Percentielwaarden.

		Percentiel		
		<u>25</u>	<u>50</u>	<u>75</u>
Groep I		54	58	66
Groep II		54	62	68
Groep III		54	62	66

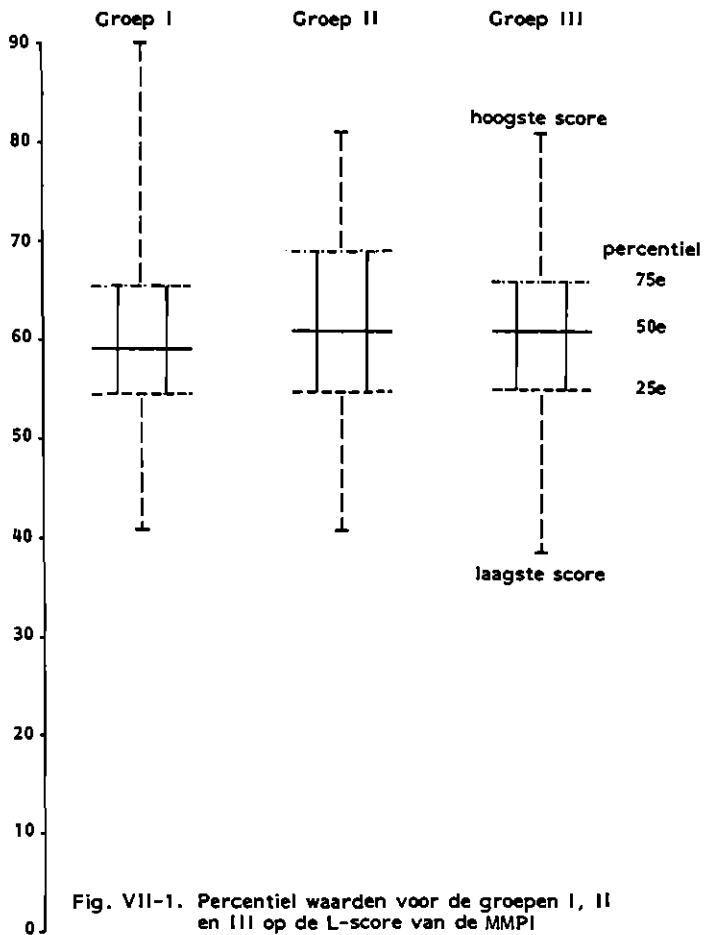


Fig. VII-1. Percentiel waarden voor de groepen I, II en III op de L-score van de MMPI

VII-3 De invloed van leeftijd op de onderzoeksresultaten.

Om na te gaan of de leeftijd van de onderzochte patiënten van invloed is op de resultaten van ons onderzoek, is allereerst gekeken naar de gemiddelde leeftijd van de drie onderzochte groepen. Deze gemiddelde leeftijd is per groep:

groep I	----->	32,1 jaar
groep II	----->	31,3 jaar
groep III	----->	28,1 jaar

De gemiddelde leeftijd ligt voor de drie onderzochte groepen uiteen en is significant verschillend tussen groep I en groep III ($P < 0,01$). Om na te gaan of dit van invloed is op de scores op de MMPI en de SBS vragenlijst en het voorkomen van life-events is de leeftijdsrange, die loopt van 18 - 45 jaar, als volgt in drie categorieën verdeeld:

- a. 18 - 25 jaar
- b. 26 - 35 jaar
- c. 36 - 45 jaar

Vervolgens is gekeken hoe de patiënten uit de drie groepen over deze drie leeftijdscategorieën verdeeld zijn. (Tabel VII-10)

Tabel VII-10.

Overzicht van het percentage patiënten per groep I, II en III binnen de drie leeftijdscategorieën (a, b, c)

		<u>Leeftijdscategorie</u>			
		a	b	c	Totaal
		<u>(18 - 25)</u>	<u>(26 - 35)</u>	<u>(36 - 45)</u>	
Groep I	(n=81)	12 %	68 %	20 %	100 %
Groep II	(n=81)	27 %	41 %	32 %	100 %
Groep III	(n=46)	46 %	46 %	8 %	100 %

VII-3.1 Resultaten.

Het leek zinvol voor iedere groep per leeftijds-categorie a, b of c, een variantie analyse uit te voeren op de gemiddelden op de MMPI en de SBS. Het kleine percentage (8%) van patiënten in groep III binnen leeftijds-categorie c is aanleiding geweest deze patiënten niet in de variantie-analyse mee te nemen. De resultaten van de variantie-analyses zijn te zien in tabel VII-11.

In deze tabel is aangegeven dat er enkele significante verschillen gevonden tussen de buikpijn-patiënten (groep I en II) en de controlegroep ($P < 0,01$) Dit geldt voor de HS en HY scores van de MMPI binnen de leeftijds-categorie 18-25 jaar. Alleen binnen de leeftijds-categorie b (26-35 jr) zijn er significante verschillen tussen enerzijds de patiënten uit groep I en II en anderzijds de controlegroep (III) op de HS-, de D- en de HY-schaal van de MMPI. Dit betekent, dat de door ons gevonden verschillen tussen de drie groepen het meest overtuigend tot uitdrukking komen in de leeftijds-categorieën 18-25 jaar en 26-35 jaar. Op de SBS schalen zijn er geen significante verschillen. Wel werd ook hier de tendenzen aange-troffen die eerder al bij de analyses van de drie hoofdgroepen als geheel werden gevonden.

Ook werd per groep I, II of III gekeken of er tussen de drie onderscheiden leeftijds-categorieën significante verschillen bestonden tussen de gemiddelden op de MMPI en SBS. Dit was niet het geval: Tabel VII-12.

Vervolgens is gekeken naar het percentage life events per groep en per categorie (figuren VII-10-VII-12). Patiënten behorende tot eenzelfde leeftijds-categorie toonden bij vergelijking tussen de groepen I, II en III één significant verschil in het percentage life events in de categorie A binnen de leeftijds-categorie 26-35 jaar tussen groep II enerzijds en groep III anderzijds: ($X^2 = 9,9$; $df=1$; $P < 0,01$).

VII-3.2 Conclusie.

In dit onderdeel werd onderzocht of er per

leeftijdscategorie significante verschillen voorkwamen op de scores op de MMPI en de SBS en in frekwentie van voorkomen van life events binnen de drie groepen. De significante verschillen en de tendenzen die eerder werden gevonden komen in deze analyse terug. Uiteraard lijdten de uitkomsten onder de geringe aantallen proefpersonen, zoals in deze nadere analyse moesten worden gebruikt. De verkregen uitkomsten bevestigen echter alle "overall" bevindingen.

VII-4 Het onderzoek naar de betekenis in psychologisch opzicht van de aanwezigheid van descensus uteri.

In hoofdstuk III is ingegaan op de indeling naar de patiënten. Er werden drie hoofdgroepen onderscheiden: Groep I, II en III. Het is echter mogelijk binnen iedere groep subgroepen te onderscheiden. Dit is allereerst met groep I gedaan. Daarin laten zich twee groepen onderscheiden: groep IA en groep IB. Groep IA bestaat uit patiënten met een duidelijk aantoonbare en palpabele gynaecologische afwijking (n=22). Groep IB bestaat uit patiënten met descensus uteri (n=59). Deze laatste afwijking wordt klassiek gezien als een verklaring voor de pijnklacht maar is echter in zoverre omstreden dat descensus uteri ook voorkomt zonder dat het tot pijnklachten aanleiding geeft. De vraag is of beide bovengenoemde groepen met een verschillende verklaring voor hun onderbuikpijnklachten een verschillende score hebben op de MMPI en SBS vragenlijst. Verder is de vraag gesteld of er bij de beide groepen een verschil in voorkomen van life events aanwezig is. De gedachte is daarbij dat patiënten met descensus uteri (groep IB) een hogere MMPI-score en een hogere SBS-score hebben dan patiënten uit groep IA omdat de klachten van patiënten uit groep IB eerder in aanmerking komen voor een psychosomatische origine. Tevens bestaat vanuit dezelfde veronderstelling de verwachting dat patiënten uit groep IB meer en of meer verschillende life events zullen aangeven dan patiënten uit groep IA.

VII-4.1 Resultaten.

De variantie-analyses op de gemiddelden van de MMPI en de SBS zijn weergegeven in tabel VII-13. Op een enkele uitzondering na scoren de groepen IA en IB weinig verschillend.

Er is een significant verschil op de HS score van de MMPI tussen groep IA en groep IB, ($P < 0,01$). Dit verschil wil zeggen dat patiënten uit groep IA minder hypochondrisch reageren dan patiënten uit groep IB. Op de SBS 3, FI-schaal is eveneens een significant verschil: ($P < 0,01$). Groep IA scoort significant lager dan groep IB. Dit geeft aan dat patiënten uit groep IB minder coitus wensen dan de patiënten uit groep IA.

Vervolgens is gekeken naar de frekwentie van life events. In tabel VII-14 wordt een overzicht gegeven van het voorkomen van het percentage patiënten met één of meer life events.

Uit tabel VII-14 blijkt dat groep IA in 32 % geen life events heeft en groep IB in 42 %. Dit betekent dat respectievelijk 68 % en 58 % één of meer life events hebben. Dit verschil is niet significant. In figuur VII-13 wordt het percentage patiënten per groep per onderscheiden categorie weergegeven. We kunnen uit deze figuur concluderen dat 36% van de patiënten met descensus uteri (groep IB) een life event heeft meegemaakt in de sfeer van geboorte en voortplanting. Het percentage bij groep IA is 27%. Een ander verschil is te vinden in categorie c. Patiënten uit groep IA hebben in 32% een life event meegemaakt binnen deze categorie, patiënten uit groep IB in 12%. Geen van de verschillen is echter significant.

VII-4.2 Vergelijking van de groepen IA en IB afzonderlijk met groep II.

In de vorige paragrafen is nagegaan of er in psychologisch opzicht een onderscheid te maken is tussen patiënten met een verschillende gynaecologische verklaring voor hun onderbuikpijn. Na deze bewerking is de vraag gerezen of beide

bovengenoemde groepen IA en IB ieder op zich in psychologisch opzicht verschillen van de patiënten zonder een organische afwijking voor hun klachten (groep II). In tabel VII-15 zijn de resultaten weergegeven van de variantie-analyse op de gemiddelden van de drie groepen. Er is slechts één significant verschil tussen groep IA en groep II op de SBS FI-schaal ($P < 0,01$).

Vervolgens is gekeken naar de life events. In tabel VII-14 is het voorkomen van life events aangegeven voor groep IA, groep IB en groep II. Bij groep IA, groep IB en groep II werden respectievelijk in 32%, 42% en 37% geen life events gevonden. Deze verschillen zijn niet significant. Het percentage patiënten met één of meer life events per categorie is weergegeven in figuur VII-13. Hier is één significant verschil tussen groep IA en groep II binnen de life events categorie A ($X^2 = 6,59$; $df = 1$, $P = < 0,01$).

VII-4.3 Conclusie.

De verwachting, dat patiënten uit groep IB in psychologisch opzicht meer dan patiënten uit groep IA zouden aansluiten bij patiënten uit groep II, wordt verworpen. Dat wil zeggen dat de pijn bij descensus uteri niet meer of minder een psychosomatische klacht genoemd mag worden dan de pijn bij een andere palpabele gynaecologische afwijking. Het blijkt dat patiënten met een palpabele gynaecologische afwijking en patiënten met descensus uteri in psychologisch opzicht weinig uiteenlopen. Het gegeven dat 9% meer patiënten met descensus uteri aangeven een life event in de sfeer van geboorte en voortplanting te hebben meegemaakt, past wellicht bij de aard van hun gynaecologische klachten (descensus uteri) en kan betekenen dat een dergelijk voorval de pijn - die ook op het moment van onderzoek als oorzaak voor het ontstaan van de chronische buikpijn beleefd werd, heeft geïnitieerd.

VII-5 De ringtest.

Bij alle patiënten uit het onderzoek is door de

gynaecoloog een zogenoemde ringtest uitgevoerd om na te gaan of een verzakking van de uterus de oorzaak van de pijn zou kunnen zijn. Een volledig uitgevoerde ringtest bestaat uit drie delen. Allereerst heeft er door de gynaecoloog een evaluatie plaatsgevonden van de buikpijn, rugpijn en dyspareunie bij de patiënt. Hierna wordt de ring geplaatst. Na drie weken wordt de ring verwijderd en worden de pijnklachten geëvalueerd. Vervolgens is er een periode waarin de patiënt geen ring draagt. Hierna volgt opnieuw een pijnevaluatie. Er is sprake van een positieve ringtest wanneer de pijn tijdens het dragen ervan belangrijk minder wordt en even hevig terugkeert na uitlaten van de ring. Als de pijn niet duidelijk minder is tijdens het dragen van de ring of niet terugkeert na uitlaten van de ring geldt de uitslag als negatief. Een negatieve uitslag van de ringtest zegt niets als de ring geen steun kan verlenen aan de uterus. Dit is het geval bij een slappe bekkenbodem omdat de ring dan zelf gemakkelijk naar beneden zakt. Dit houdt in dat voor een evaluatie van de betekenis van de uitslag van de ringtest voor het psychologisch profiel alleen die patiënten in het onderzoek betrokken mogen worden, die geen slappe bekkenbodem hebben. Bij voldoende stevige bekkenbodem betekent een positieve ringtest dat de pijn te maken heeft met verzakking van de uterus.

VII-5.1 Resultaten.

In tabel VII-16 zijn de resultaten van de ringtest weergegeven.

Tabel VII-16. Overzicht van patiënten met een positieve ringtest, negatieve ringtest, slappe bekkenbodem en uitslag niet te beoordelen voor de onderzochte groepen.

Groep	Ringtest		Totaal	Slappe bekken- bodem	Ringtest niet te beoordelen	Totaal	Totaal Generaal
	Pos.	Neg.					
IA	4	10	14	4	4	8	22
IB	24	17	41	11	7	18	59
II	<u>15</u>	<u>34</u>	<u>49</u>	<u>24</u>	<u>8</u>	<u>32</u>	<u>81</u>
Totaal	43	71	104	39	19	58	162

VII-5.2 Vergelijking tussen alle patiënten met een positieve en alle patiënten met een negatieve ringtest.

De vraag na bovengenoemde analyse van de ringtest is of er binnen de groepen I en II verschillen bestaan tussen patiënten met een positieve ringtest (R+), en patiënten met een negatieve ringtest (R-). Uit tabel VII-17 blijken slechts twee significante verschillen te bestaan tussen beide groepen op de SBS-2 AE en de SBS-4 ES, beide subschalen ($P < 0,01$). Dit resultaat geeft aan dat patiënten met een negatieve ringtest minder opgewonden worden bij het lezen van erotische boeken en hun seksuele partner minder seksueel opwindend ervaren dan de patiënten met een positieve ringtest. Het voorkomen van life events en het percentage per patiënt per life event staan weergegeven in tabel VII-18 en figuur VII-14. Er zijn geen significante verschillen.

Vervolgens is binnen de groep patiënten met descensus uteri (groep IB) gekeken naar de verschillen tussen de gemiddelden op de MMPI en de SBS en het voorkomen van life events bij de patiënten met een positieve ringtest en de patiënten met een negatieve ringtest. De resultaten van deze bewerking staan vermeld in tabel VII-19, tabel VII-20 en figuur VII-15. Er is geen enkel significant verschil tussen de patiënten met een positieve en de patiënten met een negatieve ringtest. Uiteindelijk is nog gekeken of binnen de groep patiënten met slechts drukpijn van het parametrium (groep II) het positief of negatief uitvallen van de ringtest verschil maakte t.a.v. de scores op de MMPI en de SBS en in het voorkomen van life events. In tabel VII-21, tabel VII-22 en figuur VII-16 zijn de gegevens weergegeven. Er werden geen significante verschillen gevonden, noch in de gemiddelden op de scores van de MMPI en de SBS noch in de percentages life events.

VII-5.3 Conclusie.

Een positieve of negatieve uitslag van de ringtest blijkt noch t.a.v. de patiënten met descensus

uteri, noch t.a.v. de andere vrouwen met chronische onderbuikpijn enig verschil uit te maken t.a.v. hun psychologisch profiel zoals dat blijkt uit de scores op de MMPI, SBS en het voorkomen van life events bij het begin van hun pijnklachten. Het is zelfs opvallend hoezeer de scores op de MMPI en SBS voor de patiënten met positieve en negatieve ringtest identiek zijn. Het is duidelijk dat de ringtest t.a.v. de vraag in hoeverre deze psychologische aspecten bij de pijnklachten van betekenis zijn, geen enkele betekenis heeft. Wel hebben de patiënten met een positieve ringtest wat vaker een life event op het terrein van geboorte en voortplanting en de patiënten met een negatieve ringtest wat meer life events op het terrein van huwelijk, relatie en seksualiteit. Gezien het ontbreken van significantie t.a.v. deze verschillen, mag hieraan geen grote betekenis worden gehecht. De mogelijkheid dat de uitslag van de ringtest toch iets zegt over de organiciteit van de pijnklacht mag niet over het hoofd gezien worden. De waargenomen verschillen in life events zouden kunnen berusten op een verband van descensus uteri met baren (de groep met positieve ringtest) en van bandenpijn zonder aanwijsbare organische afwijking met een emotioneel conflict i.v.m. huwelijk, relatie of seksualiteit (de groep met een negatieve ringtest).

Hoofdstuk VIII

Beschouwing.

VIII-1. Inleiding.

In dit hoofdstuk wordt onder VIII-2 ingegaan op de uitkomsten van de drie hoofdgroepen op de MMPI. In VIII-3 wordt gezocht naar een relatie tussen de scores op de HS-, de D- en de HY-schaal en chronische pijn. De discussie over de MMPI wordt in VIII-4 afgerond met een aantal opmerkingen t.a.v. de conversie-V en de inhoud van de items die betrekking hebben op de HS- en HY- scores. In VIII-5 volgt de discussie t.a.v. de SBS-scores. In VIII-6 wordt de discussie gericht op het voorkomen van life events binnen de categorie geboorte en voortplanting. Hierbij wordt een suggestie gedaan voor nader onderzoek. In VIII-7 wordt een algemene slotbeschouwing gegeven.

VIII-2. Beschouwing ten aanzien van de scores op de MMPI.

Ons uitgangspunt voor het onderzoek was de veronderstelling dat er op grond van scores op een persoonlijkheidsvragenlijst onderscheid gemaakt zou kunnen worden tussen patiënten met en patiënten zonder organische verklaring voor de buikpijnklacht. Ten eerste werd verondersteld dat patiënten zonder organische verklaring voor hun onderbuikpijn een hogere score op de neurotische triade van de MMPI zouden vertonen. Hiernaast werden beide buikpijngroepen vergeleken met een groep patiënten zonder pijnklachten, waarbij de veronderstelling was dat deze controlegroeppatiënten significant lager zouden scoren op de neurotische triade van de MMPI dan de beide groepen met buikpijn. De scores op de MMPI vragenlijst geven aan dat er inderdaad een verhoogde score is op de neurotische triade bij beide buikpijngroepen, vergeleken met de patiënten uit de controlegroep. Dit verschil is significant (op de HS-, de D- en de HY-schaal van de MMPI). In de tweede plaats bestaat er geen verschil in scores op de neurotische triade van de MMPI tussen beide buikpijngroepen

onderling. De eerste veronderstelling dient dus verworpen, terwijl de tweede veronderstelling kan worden geaccepteerd. De conclusie is derhalve gerechtvaardigd dat vrouwen met chronische onderbuikpijn zoals die voor dit onderzoek werden geselecteerd neurotische gedragskenmerken vertonen ongeacht of voor hun pijnklacht een mogelijke verklaring op organisch gebied kan worden gevonden.

VIII-3 De relatie tussen de HS (hypochondrie)-schaal, D (depressie)-schaal en de HY (hysterie)-schaal en chronische pijn.

VIII - 3.1 Chronische pijn en hypochondrie.

Ladee (1966) geeft de volgende omschrijving van het begrip hypochondrie: "Hypochondrie is het geobsedeerd worden door een gevoel van fysieke, lichamelijke en geestelijke aantasting. Het geobsedeerd worden slaat op de ervaring van de patiënt machteloos te zijn om de geestelijke en fysieke situatie te veranderen. Van belang hierbij is de vroegere ervaring van de patiënt, omdat de subjectieve beleving van de pijn in hoge mate bepaalt wat de patiënt zegt of doet. Hypochondrie staat dus los van een eventueel gevonden lichamelijke afwijking, omdat primair staat het feit dat de patiënt geobsedeerd en gefascineerd wordt door: de beleving van aantasting met de overtuiging van een ziekteproces". Uit deze omschrijving blijkt dat hypochondrie los staat van de aantoonbare lichamelijke afwijking. In ons onderzoek vonden wij dat alle buikpijnpatiënten, ongeacht de eventuele organische verklaring, een verhoogde score op de hypochondrie schaal vertoonden wanneer deze groep patiënten werd vergeleken met de patiënten uit de controlegroep. In de literatuur is de relatie tussen hypochondrie en pijn o.a. terug te vinden bij Pilowsky (1967) en Kenyon (1973). Bij hypochondrische patiënten vond hij bij de helft hoofden nekpijnklachten en bij 30% borst- en buikpijnklachten. Als verklaring hiervoor nam hij aan dat libido wordt onttrokken aan externe objectrelaties en zich dan richt op het eigen lichaam in de vorm van een narcistische regressie. Het blijkt in ons onderzoek dat ook bij patiënten bij wie een

organische afwijking voor de pijnklacht wordt gevonden een verhoogde HY-score wordt gevonden en dat deze patiënten zich niet onderscheiden van de niet organische patiënten. De redenering van Kenyon zal wanneer we deze op onze onderzoekspopulatie betrekken niet beperkt kunnen blijven tot de patiënten bij wie geen organische oorzaak gevonden wordt, maar ook van toepassing kunnen zijn op de patiënten die wel een organische verklaring hebben voor hun onderbuikpijn.

VIII-3.2. Chronische pijn en depressiviteit.

In onderzoek bij psychiatrische patiënten is een verband gelegd tussen enerzijds chronische pijn, anderzijds depressiviteit. Chronische pijn wordt als een bijkomend symptoom bij depressiviteit genoemd door Redlich e.a., (1966). In zijn onderzoek wordt een percentage van 60 tot 100 genoemd van patiënten die pijn als bijkomend symptoom hebben bij depressiviteit. Ook bij de gemaskeerde depressie behoort pijn als voornaamste symptoom (Von Knorring, 1975; Ward e.a., 1979; Lopez Ebor, 1972). Bevindingen bij andere soorten chronische pijn zoals lage rugpijn, chronische hoofdpijn, vertonen eveneens een verhoogde depressiviteitsscore in vergelijking met een controlegroep patiënten zonder pijnklachten (Black, 1975; Renaer, 1978; Hendler, 1979, Merskey, 1967; Sternbach, 1973 1974). Ook wordt de veronderstelling genoemd dat er een gemeenschappelijk mechanisme ten grondslag kan liggen aan zowel chronische pijn als depressiviteit (Bradley, 1963; Merskey, 1972; en Sternbach, 1974). Bij de behandeling van depressiviteit werd naast de afname van de depressiviteitsklachten ook de pijn minder (Kocher, 1978; Lascelles, 1966; Merskey, 1972; Sternbach, 1966). Onderzoekingen van de laatste tijd geven aanwijzingen dat er een biologisch gefundeerd verband zou bestaan tussen chronische pijn en depressie, beide toestanden zouden gemedieerd worden door eenzelfde neurotransmittersysteem. Met name serotonine, noradrenaline en endorfine zouden als neurotransmitter een rol kunnen spelen in bepaalde pijninhibitorische banen in het ruggemerg (Sternbach 1976; Garvey 1983; Ward

e.a., 1983; Cannon e.a., 1978; Almay e.a., 1978). Evenals bij de uiteenzetting voor hypochondrie geldt voor de verklaring van het voorkomen van depressiviteit in onze onderzoekspopulatie dat ze in even grote mate aanwezig is bij de patiënten met en patiënten zonder een organisch verklaarde chronische onderbuikpijn. Evengoed als Redlich (1966) chronische pijn als bijkomend symptoom van depressiviteit noemde, kan aan de hand van het resultaat uit ons onderzoek worden geconcludeerd dat depressiviteit een bijkomend symptoom is bij chronische onderbuikpijn. Niet uit dit onderzoek, maar in de klinische praktijk blijkt dat depressiviteit vaak verdwijnt wanneer de chronische onderbuikpijn verdwijnt, zowel na een succesvolle lichamelijke als na een geslaagde psychotherapeutische behandeling.

VIII - 3.3. Hysterie en conversie.

Beide buikpijngroepen (groep I en II) hebben een significant hogere score op de HY (hysterie)-schaal vergeleken met de controlegroeppatiënten. In de literatuur wordt vaak een verband gelegd tussen enerzijds hysterie en anderzijds conversie. Ladée (1976) omschrijft conversie als: "het mechanisme waarmee wordt aangegeven dat een persoonlijk conflict, dat gepaard gaat met een affectieve spanning, uit het bewustzijn wordt verdrongen en in een lichamelijke stoornis van objectieve aard, zoals bijvoorbeeld verlamming, evenwichtsstoornis, of subjectieve aard, zoals pijn, zintuigstoring tot uiting komt". De affectieve klacht wordt geconverteerd in een lichamenlijk lijden. In ons onderzoek hebben beide buikpijngroepen een verhoogde score op de HY-schaal, zodat het niet mogelijk is bij één van beide groepen een conversie uit te sluiten. Wel blijken - ook naar onze klinische ervaring - bij de behandeling van met name patiënten met onverklaarde buikpijnklaften conversiesymptomen te bestaan. Deze kunnen o.a. berusten op een sexueel konflikt, niet geuite gevoelens van agressie of een onverwerkt rouwproces. Dit gegeven sluit geenszins uit dat er bij de organische groep niet dergelijke konflikten een rol spelen, die al of niet verbonden zijn met de

klacht. Tot nu toe zijn we bij de psychotherapeutische behandeling grotendeels alleen ingegaan op de klachten van de niet-organische-pijnpatiënt. Het feit dat sommige van de operatief behandelde patiënten klachten blijven uiten, of dat er sprake is van verschuiving van klachten naar een ander orgaan of lichaamsdeel, doet vermoeden dat ook bij deze patiënten sprake kan zijn van conversie symptomen.

VIII-4 Algemene opmerkingen ten aanzien van het gebruik van de MMPI vragenlijst.

Bij de scores op de MMPI valt het zg. V-profiel op (figuur IV-1). Deze V-vorm ontstaat door het bevestigen van vragen die slaan op somatische klachten van hypochondrie (HS-schaal) en hysteric (HY-schaal) en de ontkenning van items die met ontevredenheid van doen hebben, zoals die worden gemeten door de depressiviteit (D)-schaal. De score op de D-schaal is dan de laagste van de drie en wanneer de D-schaal de positie tussen de HS- en de HY-schaal inneemt ontstaat een V-vormige score-uitslag. Dit patroon wordt wel de V van conversie genoemd, omdat het vaak de MMPI profielen vormt van patiënten van wie de pijn moeilijk te diagnosticeren valt. Gough (1964) noemde dit: "het dal van de depressie". Tevens noemde hij het een "succesvolle neurose", omdat de patiënten zonder het ongenoegen leven, dat vaak aan depressies te pas komt. Sternbach (1974) stelde dat: de conversie-V een somatische preoccupatie aangeeft en een neiging de emotionele problemen te ontkennen, zodat in psychodynamische terminologie de somatische klacht dient om het gevoel te binden, met als gevolg dat de depressie (in de vorm van de lagere D-score) niet aanwezig is. Met andere woorden: de patiënt weert met haar buikpijn haar depressie af. In ons onderzoek hebben beide buikpijngroepen een zogenaamd V-patroon.

Niet alleen de beide buikpijngroepen vertonen dit V-patroon, de controlegroep geeft hetzelfde patroon (figuur IV-1). Het lijkt waarschijnlijk dat het voorkomen van het V-patroon een meer algemene trend aangeeft, die ook terug te vinden is in onze

controlegroep. Het is derhalve wat ons onderzoek betreft te ver gaan te veronderstellen dat wanneer er sprake zou zijn van een gemaskeerde depressie, die slechts beperkt blijft tot de patiënten met een onverklaarde onderbuikpijn. Voor zowel de organische als de niet-organische groep en zelfs voor de controlegroep zou eenzelfde intrapsychische dynamiek niet uitgesloten kunnen worden. De mogelijkheid is aanwezig dat ook bij de patiënten met een organische afwijking de pijn niet (of grotendeels niet) het gevolg is van de afwijking maar (bijna) evenzeer als bij de patiënten zonder organische afwijking een somatische klacht is, die het gevoel moet binden. Voor deze mogelijkheid bestaat zeker ruimte omdat de betrokken organische afwijkingen alle ook kunnen worden aangetroffen bij vrouwen zonder buikpijnklachten.

Een mogelijke andere verklaring voor het voorkomen van de V-score zou kunnen zijn dat de HS- en de HY-schaal beide veel items bevatten die betrekking hebben op de lichamelijke gezondheid, de lichaamsbeleving en andere somatische zaken, Leavitt (1985). Bovendien is er een overlap in items van beide schalen in 20 van de 33 gevallen en ze scoren bovendien in dezelfde richting. Deze schalen scoren waarschijnlijk om die reden beide vrij hoog. Deze schalen scoorden met name hoog bij een medische populatie met pijnklachten, Butcher (1979), omdat patiënten met fysieke problemen en chronische pijnklachten gepreoccupeerd zijn met hun ziekte en met name de somatische items onderschrijven en de items die te maken hebben met depressiviteit minder benadrukken, Lair e.a. (1962).

VIII-5 Beschouwing over de uitkomsten op de Sexualiteits Belevings Schaal

Wanneer we teruggaan naar onze uitgangsgedachte, dan was de verwachting dat de patiënten uit groep I significant minder sexualiteitsproblemen zouden kennen dan patiënten uit groep II en dus een lagere score zouden hebben op de diverse schalen van de S.B.S. dan groep II. Dit blijkt echter niet of

nauwelijks het geval. Verder was de verwachting dat beide buikpijngroepen significant meer seksuele problemen zouden kennen dan de patiënten uit de controlegroep. Dit blijkt wel het geval. Het is duidelijk dat beide buikpijngroepen seksuele lustbeleving meer vermijden, seksueel contact meer afweren en in hun seksuele lustbeleving sterker geblokkeerd zijn dan de controle-groep. De niet-organische groep heeft wat meer problemen bij de seksuele lustbeleving en wenst minder coïtus dan de huidige frequentie in vergelijking met de controlegroep.

Wanneer we de resultaten uit ons onderzoek vergelijken met de resultaten uit ander onderzoek dan blijkt in die laatste, dat alle patiënten met een organisch onverklaarde onderbuikpijn seksuele problematiek aangaven, (Taylor 1949, Duncan en Taylor, 1952; Benson, 1952; Gidro-Frank, 1960; Kingma, 1972 en Beard, 1972). Beard (1972) vond bij de patiënten zonder organische verklaring voor de onderbuikpijn meer relationele problemen met de partner. Verder gaven de organische en de niet-organische groep in gelijke mate problemen bij de orgasmebeleving aan. De resultaten uit ons onderzoek sluiten grotendeels aan bij de resultaten uit bovengenoemd onderzoek voor zover het betreft de patiënten met een niet-organische onderbuikpijn. Beard (1972) die een met ons onderzoek vergelijkbare controlegroep met niet-organische pijn patiënten heeft, deed een tegengestelde bevinding t.a.v. de relationele problemen bij deze niet-organische groep, nl. dat deze patiënten meer relationele problemen hadden. Het verschil is wellicht te verklaren door het gebruik van een verschillende onderzoeksmethode of het verschil in onderzoekspopulatie. De enige overeenkomst betreft de orgasticiteitsproblemen van zowel de patiënten uit het onderzoek van Beard (1972) als de patiënten uit ons onderzoek.

De andere onderzoekers gebruikten geen controlegroep, zodat een vergelijking verder onmogelijk is. De belangrijkste conclusie t.a.v. de sexualiteitsbeleving in ons onderzoek is dat de patiënten met een organische verklaring voor hun pijnklachten

vrijwel dezelfde sexuele attitude en sexuele problematiek aangeven als de patiënten zonder organische verklaring. Men kan daarom uit het bestaan van een sexuele klacht of probleem niet zonder meer afleiden dat het ook de oorzaak van de pijn is.

Verder is opvallend dat alle patiënten, inclusief de patiënten uit de controlegroep, aangeven een redelijke huwelijksrelatie te hebben. Veelal wordt, wanneer er naar de sexuele relatie gevraagd wordt, de vraag gesteld: "en hoe is het met uw huwelijk?" Wanneer de patiënt hierop positief antwoordt, wordt verondersteld dat de sexuele relatie in orde is en verder geen nadere uitdieping noodzakelijk is. Ons onderzoek toont aan dat er een duidelijke discrepantie bestaat tussen hoe men de partnerrelatie beleeft en hoe men de sexuele relatie beleeft. Verder is opvallend dat hoewel respectievelijk 60% en 69% van de buikpijnpatiënten last van dyspareunie heeft, slechts de niet-organische patiënten aangeven minder coïtus te wensen. Dit kan wat betreft de organische groep betekenen, dat de organische afwijking als zodanig in sexueel opzicht niet het enige en wellicht zelfs niet het belangrijkste probleem is. De bevinding kan goed passen bij het feit dat juist de coïtus het gedeelte van het sexueel gedrag vormt waarbij de organische afwijking en de dyspareunie direkt interfereren.

VIII-6. Beschouwing omtrent de resultaten bij de life events.

Onze uitgangspositie was de veronderstelling dat patiënten met onverklaarde chronische onderbuikpijn meer, en meer intensieve life events hadden doorgemaakt dan de patiënten met een gynaecologische verklaring van de onderbuikpijn en de controlegroep-patiënten. Deze veronderstelling wordt wat betreft het verschil tussen beide buikpijngroepen niet bevestigd. Wel is er een significant verschil in het percentage life events bij enerzijds de patiënten met en anderzijds de patiënten zonder pijnklachten (controlegroep) betreffende die life events die te maken hebben met geboorte en

voortplanting. Deze resultaten sluiten aan bij de bevindingen van Duncan en Taylor (1952) en Benson (1958). In die beide onderzoeken werden life events (binnen de categorie geboorte en voortplanting) bij gynaecologische patiënten met een onverklaarde chronische onderbuikpijn gevonden. Wat betreft de andere categorieën life-events (B t/m E) zijn geen significante verschillen tussen de door ons onderzochte groepen naar voren gekomen. Bij de patiënten uit de controlegroep was de moeilijkheid dat deze geen pijnklacht hadden. Deze patiënten hadden dus ook geen referentiepunt waaraan ze hun life events konden relateren. Dit maakt de controlegroep van patiënten zonder pijnklachten wat minder goed bruikbaar voor een vergelijking op dit punt.

Opmerkelijk genoeg komen binnen de groep patiënten met chronische onderbuikpijn life events op het gebied van geboorte en voortplanting bijna even vaak voor bij de patiënten met een pijnverklarende organische afwijking als bij de patiënten zonder organische afwijking. Dit werpt de vraag op wat dan een life event en een gynaecologische afwijking elk voor zich betekenen bij die vrouwen die zowel de ene als de andere mogelijke verklaring voor hun pijn hebben. Minstens twee mogelijkheden doen zich voor:

- a. Het life event was oorzaak van de pijnverklarende gynaecologische afwijking. Dit zou kunnen opgaan voor de patiënten met descensus uteri aangezien de baring als oorzakelijke faktor voor het ontstaan van verzakkingen mag gelden. Er zijn echter ook patiënten met een ander soort organische afwijking en life event, waarvoor een onderling oorzakelijk verband niet in de rede ligt.
- b. De organische afwijking leidde indertijd tot een pijnsensatie waaraan de patiënte door een opgetreden life event een psychische lading gaf, die tot onderhoudende faktor voor de pijn is geworden. De organische afwijking kan dan nog wel tot de pijn bijdragen maar de pijn zal niet hoeven te verdwijnen als de organische afwijking

wordt opgeheven.

Het voorkomen van een life event ten tijde van het ontstaan van de pijn kan aangenomen worden als een oorzakelijke verklaring voor de pijn, via het psychodynamische model van pijn als somatische conversie ter afvloeiing van de psychische spanning. Deze spanning ontstaat door een emotioneel konflikt dat opgeroepen of geluxeerd wordt door het life event. Het meest sprekend in dit model is wellicht het als "pijnlijk" ervaren verlies van een geliefde. Baren als life event op het gebied van de voortplanting zou een emotioneel konflikt kunnen oproepen tussen de eis tot liefdevolle verzorging van het geboren kind en onmacht daartoe, b.v. wegens eigen vroege affectieve verwaarlozing.

Het beginnen met anticonceptie zou een konflikt kunnen betekenen tussen de wens tot genieten en de meegegeven moraal om dan ook zwangerschap te willen accepteren. Het stoppen van anticonceptie zou een innerlijk konflikt kunnen oproepen vanwege de sociaal of innerlijk opgedrongen eis nu moeder te worden en het gevoel daar niet aan toe te zijn.

Het gegeven uit ons onderzoek dat bij driekwart van alle pijnpatiënten met een life event dit de geboorte en voortplanting betrof, past goed bij de veronderstelling dat er een verband bestaat tussen de aard van het konflikt en de plaats van de pijn. Hierbij passen echter niet die gevallen waarbij het life event op geheel ander gebied dan geboorte en voortplanting ligt. Dat een life event op het gebied van geboorte of voortplanting, als het tot somatische pijn leidt, de pijn doet lokaliseren in de onderbuik en bij de inwendige geslachtsorganen lijkt wel voor de hand liggend. Een open vraag blijft echter hoe die lokalisatie feitelijk tot stand komt. Een mogelijk verband zou kunnen liggen in de verklaring van het begrip alexithymie. In de literatuur wordt wel een verband gelegd tussen het voorkomen van alexithymie (hetgeen betekent geen woorden hebben voor gevoelens; Sifneos 1973, 1975) en het voorkomen van chronische pijn, (Groen, 1979): de pijn zou in de plaats van gevoelens komen. De buik is voor het kind vaak het orgaan

waarmee gevoelens van onbehagen, wensen en verlangens worden doorgegeven. Het kind kan deze lichaamstaal ook in de vorm van symptoomtaal of ziektegedrag gebruiken, (Wolters, 1980). Wanneer deze situatie niet wordt doorbroken zal ook tijdens het volwassen leven deze lichaamstaal gebruikt kunnen worden om gevoelens van onlust, agressie en teleurstelling te uiten. De klinische ervaring leert ons dat patiënten met chronische onderbuikpijn vaak weinig woorden beschikbaar hebben om hun gevoelens te uiten. De gevoelens van onlust blijven wellicht bij hen vaak in een diffuse psychosomatische sfeer steken, wat kan worden gezien als een persoonlijkheidskenmerk, (Blumer en Heilbronn, 1982). Benedetti (1980) legt in dit verband een relatie met een vroege (préverbale) ontwikkelingsstoornis.

Voor een goed inzicht in de rol van psychische processen bij het ontstaan en onderhouden van pijnklachten in de onderbuik is nader onderzoek nodig. Dit onderzoek zal zich moeten richten op de psychische ontwikkeling van het kind tot volwassene, de plaats van de seksualiteit in die ontwikkeling, de mogelijkheid tot identificatie met de moeder, de partnerrelatie en de beleving t.a.v. seksualiteit, zwangerschap en moederschap en de balans tussen draagkracht en draaglast, v.d. Does (1985).

VIII - 7. Algemene slotbeschouwing.

De literatuur omtrent chronische onderbuikpijn bij vrouwen bevat wel gegevens die kunnen wijzen op een oorzakelijk verband tussen psychosexuele ontwikkeling, neurotisch gedrag, life events en het ontstaan van chronische onderbuikpijn, maar deze gegevens zijn onderling niet geheel consistent en deels strijdig. Veel meer dan een al oude notie over een mogelijke samenhang en een vaak casuïstieke onderbouwing is er niet. Wel leverden sommige onderzoekingen, evenals ons onderzoek, aanwijzingen op voor neurotische gedragsveranderingen in de richting van histerie, hypochondrie en depressiviteit die vrouwen met

chronische onderbuikpijn tonen, maar zulke veranderingen worden ook bij andere chronische pijnpatiënten als regel gezien. Ze kunnen even goed primair als secundair t.a.v. de pijnklachten zijn en hebben niet persé te maken met de vrouwelijke identiteit als zodanig. In ons onderzoek werden geen aanwijzingen gevonden voor een "groot" psychotrauma in het algemeen dan wel in het sexuele vlak in het bijzonder, als mogelijke oorzaak van de pijnklachten. Wel bleek bij de vrouwen met een chronische onderbuikpijn niet alleen een neurotische reactie in het algemeen maar ook op het gebied van sexualiteit te bestaan, en wel een tendens naar een restrictieve attitude en afweer van sexuele lustbeleving. Even belangrijk is dat dit zowel de pijnpatiënten zonder als met een pijnverklarende organische afwijking bleek te betreffen. Deze eigenschap van de vrouwen met chronische onderbuikpijn, of een organische afwijking aanwezig is of niet, lijkt toch nauwelijks een psychologische oorzaak van de pijnklacht te kunnen zijn. Het zou echter wel in die zin met de pijn en met de lokalisatie ervan kunnen samenhangen dat patiënten met een dusdanige persoonlijkheidsstructuur ertoe neigen om onder bepaalde bedreigende, omstandigheden met een chronisch onderbuikpijnsyndroom en wel in het bijzonder het bandenpijnsyndroom, te reageren. Meer fysiek bepaalde omstandigheden zouden vooral een bevalling en een verzakking van de uterus kunnen zijn, meer sociaal de gespannen situatie waarin deze "life events" plaatsvinden, meer psychologisch de wijze waarop de gebeurtenissen door de vrouw worden beleefd.

Hoofdstuk IX.

Samenvatting.

Hoofdstuk I.

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd wat de aanzet is geweest voor het starten van het onderzoek. Er ontbrak voldoende inzicht in het functioneren van patiënten met chronische onderbuikpijn. Samenwerking vanuit de gynaecologie is gezocht met de afdeling medische psychologie. De opzet van het onderzoek zou moeten zijn om met behulp van psychologische tests, vragenlijsten en een interview meer inzicht te krijgen in de persoonlijkheid, de seksualiteitsbeleving en het voorkomen van life events bij patiënten met chronische onderbuikpijn.

Hoofdstuk II.

Hierin wordt een overzicht gegeven van eerder verricht onderzoek naar de psychologische aspecten van de chronische onderbuikpijn. Dit wordt o.a. weergegeven in schema I en II. De conclusie luidt dat door verschillen in selectie in het patiëntenmateriaal en methode van onderzoek, de bestaande onderzoekingen slecht onderling vergelijkbaar zijn.

Hoofdstuk III.

In dit gedeelte van het proefschrift wordt de verzameling en samenstelling van de onderzochte groepen vrouwen aangegeven. Ook de reden van polikliniekbezoek van de controlegroep wordt vermeld. In III-2 wordt de opzet van het onderzoek aangegeven en worden de patiënten vergeleken op gemiddelde leeftijd, pariteit, pijn duur en aard van de klachten. Ook de patiënten die om diverse redenen niet in het onderzoek zijn opgenomen, worden vermeld. In III-3 wordt ingegaan op de methode van onderzoek, zowel wat betreft het gynaecologisch als het psychologisch onderzoek. In III-4 tenslotte wordt de bewerking van de gegevens weergegeven.

Hoofdstuk IV.

Allereerst wordt in dit hoofdstuk de vraagstelling die ten grondslag ligt t.a.v. de afname van de MMPI uitgelegd. Vanuit de literatuur blijkt dat er geen

eenduidigheid is t.a.v. het wel of niet voorkomen van neuroticisme en/of neurotisch gedrag bij patiënten met chronische onderbuikpijn. Patiënten met onderbuikpijn worden onderling vergeleken wat betreft de scores op de MMPI en als groep afzonderlijk eveneens vergeleken met de scores op de MMPI van de controlegroep. De conclusie van deze bewerking is dat er geen significante verschillen bestaan bij buikpijnpatiënten uit beide groepen. Wel is er een verschil in score op de neurotische triade van de MMPI (HS, D en HY) tussen zowel groep I als groep II in vergelijking met de controlegroep.

Hoofdstuk V.

In hoofdstuk V wordt na een inleiding en een literatuuroverzicht als vraagstelling geformuleerd: waarin verschillen patiënten met chronische onderbuikpijnklachten met organische afwijking op de SBS-vragenlijst van patiënten zonder organische afwijking voor hun onderbuikpijn? Als tweede vraagstelling wordt geformuleerd: waarin verschillen patiënten ongeacht de oorzaak van hun onderbuikpijn in scores van de controlegroep? In V-5 wordt uitleg gegeven over de SBS-schalen. In V-6 worden de resultaten op de SBS - vragenlijst besproken. In V-7 wordt een algemene conclusie gegeven die als volgt samengevat kan worden: buikpijnpatiënten, ongeacht de oorzaak van hun klacht, hebben meer gevoelens van afkeer van sexueel contact vergeleken met een controlegroep patiënten. De patiënten zonder organische oorzaak voor hun klachten hebben minder behoefte aan coitus dan patiënten uit de controlegroep. Alle patiënten, inclusief die uit de controlegroep, geven aan een redelijke partnerrelatie te hebben. Verder hebben buikpijnpatiënten in vergelijking met de controlegroep een meer restrictieve opvatting over sexualiteit.

Hoofdstuk VI.

Hierin wordt na een literatuuroverzicht geconcludeerd dat er life events worden gevonden in de sfeer van geboorte en voortplanting. Controlegroepen van patiënten met een organische afwijking

en patiënten zonder pijnklachten ontbreken. In het onderzoek worden 36 verschillende life events genoemd die gekoppeld worden aan het ontstaan van de klachten. Uit de resultaten blijkt dat patiënten uit groep I in 33%, patiënten uit groep II in 44% en patiënten uit groep III in 11% een life-event aangeven die te maken heeft met geboorte en voortplanting. Tussen de beide buikpijngroepen komen geen significante verschillen in aantallen life events voor, wel tussen de buikpijngroepen en de controlegroep.

Hoofdstuk VII.

Vervolgens wordt een andere analyse naar scoring, leeftijd en organiciteit gemaakt. Via berekening van de percentielwaarden wordt geconcludeerd dat er sprake is van een regelmatige spreiding van de scores rondom het gemiddelde. Dit geldt voor alle drie de groepen. Wat betreft de leeftijd valt te concluderen dat deze geen invloed heeft op de scores van de vragenlijsten en niet van belang is bij het voorkomen van life events.

Hierna is een onderscheid gemaakt naar organiciteit tussen patiënten met een duidelijk palpabele gynaecologische afwijking en patiënten met descensus uteri. Deze groepen bleken nauwelijks onderling verschillend te zijn in psychologisch opzicht. De patiënten met descensus uteri gaven in 9% meer aan life events op het terrein van geboorte en voortplanting te hebben meegemaakt, die ze koppelden aan het ontstaan van de onderbuikpijn.

Ook bleken bovengenoemde groepen vergeleken met de grote groep niet organische buikpijnpatiënten ieder op zich van deze groep niet te onderscheiden. Daarna wordt uitgelegd wat de ringtest inhield. Hierop volgend zijn patiënten met een positieve en een negatieve ringtest onderling vergeleken op de diverse vragenlijsten en op het voorkomen van life events.

Als algemene conclusie werd geformuleerd dat de groepen met een positieve en een negatieve ringtest opvallend weinig verschillen t.a.v. de scores op de MMPI en de SBS. Hetzelfde geldt voor het percentage van life events, ook daar werden geen significante verschillen gevonden.

Hoofdstuk VIII.

Beschouwing.

In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op de scores van de MMPI en de relatie van de diverse onderdelen van de MMPI met chronische pijn. Als algemene conclusie is getrokken dat zowel patiënten met een verklaarde als met een onverklaarde onderbuikpijn een neurotische reactie vertonen.

Er wordt verder ingegaan op het V-profiel in de scores op de MMPI. Dit V-profiel komt bij alle groepen voor, ook bij de controlegroep.

In VIII-5 wordt ingegaan op de resultaten van de SBS. Nieuw in dit onderzoek is dat ook patiënten met een verklaarde, chronische onderbuikpijn in ongeveer dezelfde mate seksuele problemen aangeven als de niet-organische groep.

Omtrent de life events wordt in VIII-6 een tweetal mogelijkheden voor de betekenis van life events aan de orde gesteld: a. het life event was de oorzaak voor de gynaecologische klacht; b. het life event had voor de patiënt een psychische lading die een onderhoudende faktor voor de pijn is geworden. Met de term alexithymie wordt een verband gelegd naar een mogelijke vroege ontwikkelingsstoornis.

In de algemene slotbeschouwing VIII-7 wordt gesteld dat de oorzaak voor het ontstaan van de pijnklachten niet wordt gevormd door een "groot" psychotrauma. Fysiek kan een life event op het terrein van de geboorte en voortplanting aanleiding geven tot de buikpijn. Psychologisch is het vooral de gevoeligheid voor een dergelijke life event die de pijn luxeert en wellicht in stand houdt.

Summary.

Chapter I.

In this chapter an explanation is given about the origins of the study. There was a lack of insight into the functioning of patients with chronic pelvic pain. Therefore cooperation with the department of Medical Psychology was necessary. The purpose of the study was to gain insight, with the help of psychological tests, questionnaires and an interview, into the personality, the sexual experience and the effects of life events of patients with chronic pelvic pain.

Chapter II.

In this part of the study an overview is provided from research into the psychological aspects of chronic pelvic pain. This is detailed in schemes I and II. The conclusion of these schemes is that due to differences in selection of patients and research methods current research methods are not always comparable.

Chapter III.

The collection and composition of the group of women in the study is described in this chapter. The reason for attending the outpatient-clinic is also mentioned. In III-2 the purpose of the project is explained. The patients are compared with respect to age, number of pregnancies, duration of pain, and nature of the complaints. A description is given of the patients who, for many various reasons, were not included in the study. In III-3 the gynaecological and psychological research methods are provided. Finally, in III-4 the statistical methods are explained.

Chapter IV.

The hypotheses in relation to the MMPI are explained. From the literature it seems that there is no definite answer to the question of neuroticism or neurotic behaviour of patients with chronic pelvic pain. Scores of patients with pelvic pain are compared concerning the MMPI and are also compared separately with the scores of the control group. The conclusion is that there are no

significant differences between patients with chronic pelvic pain within both groups. There is however a difference in scores for the neurotic triad of the MMPI (HS, D and HY) between group I as well as group II compared with the control group.

Chapter V.

In chapter V after an overview of the literature two questions are formulated: firstly, are there differences in SBS scores between patients with chronic pelvic pain with or without an organic cause? Secondly, in which way do all the patients with chronic pelvic pain differ in SBS scores from the control group?

In V-5 an explanation about the SBS-scales is given.

In V-6 the results of the SBS scores are described. In V-7 the overall conclusions can be summarised as follows: patients with chronic pelvic pain, notwithstanding the cause of the pain, dislike sexual contact compared with control-group patients: Patients without an organic cause for their complaints have less need of coitus than patients from the control-group. All patients, controls included, say they have a rather good partnerrelationship: pelvic pain patients have a more restrictive attitude about sexuality than controls.

Chapter VI.

Following a literature review, it can be concluded that life events around birth and reproduction are found in patients with pelvic pain without an organic cause. There are no controls in these studies with an organic cause for their pain. In our study 36 different life events are mentioned which are associated with the start of the complaints. From the results it appears that in 33% of the patients in group I, in 44% of the patients in group II and 11% of the patients from group III a life event concerning birth and reproduction was mentioned. There are no significant differences between the groups with pelvic pain. There are significant differences between pelvic pain patients and the control-group patients.

Chapter VII-1.

In this section a further analysis of scores, age, and organic causes is made. Evaluation of the percentage values revealed that there is a regular spread of the scores around the means. This is true for all three groups. From the analysis of age it is concluded that there is no influence on the scores of the questionnaires and the frequency of life events. Thereafter, a differentiation is made between patients with clearly palpable gynaecological abnormalities and patients with descensus uteri. Patients with descensus uteri described nine percent more life events in the field of birth and reproduction which they associated with the start of pelvic pain. These results were not significantly different from the non organic group.

In chapter VII-2 the ring-test is explained. Thereafter patients with a positive and a negative ring-test are compared concerning the questionnaires, and frequency of life events. Groups with either a positive or negative ring-test are not significantly different from the scores of the MMPI and SBS. The same is true for the frequency of life events. Significant differences are not found in this category either.

Chapter VIII.

In this overview scores on the MMPI and the relationship with the different parts of the MMPI are considered. All patients with chronic pelvic pain show a neurotic reaction. Furthermore, an explanation of the 'V' profile in the scores of the MMPI is given. This 'V' profile is found in all groups. In VIII-5 the results on the SBS are discussed. A new fact from this study is that all patients with pelvic pain suffer to the same degree with sexual problems with regard to life events. In VIII-6 there are two possibilities given: first, the life event was the cause of the gynaecological complaint; second, the life event included a psychological loadingfactor which maintained the pain afterwards. The concept of alexithymia provides a link with an early interference in development.

In the general summing up it is supposed that there

is no "large" psychotrauma which causes the start of the pain. Physically a life event in the field of birth or reproduction can give rise to pelvic pain. Psychologically it is the predisposition towards that kind of life event which probably starts and maintains the pain.

Literatuur.

- ALMAY, B.G., JOHANSSON, F., VON KNORRING., et al
(1978)
Endorphins in chronic pain. Differences in CSF endorphin levels between organic and psychogenic pain syndromes.
Pain, 5: 153-162
- BEARD, R.W., BELSEY, E.N. and LIEBERMAN, J.C.M.
(1977)
Pelvic pain in women.
Amer.J.Obstet. Gynec., 128: 566-570
- BENEDETTI, G., (1980)
Beitrag zum Problem der Alexithymie.
Nervenarzt 51: 534-541
- BENSON, R., HANSON, K. and MATARAZZO, J. (1959)
Atypical pelvic pain in women: gynecologic psychiatric considerations.
Amer. J. Obstet. Gynec., 77: 806-823.
- BLACK, R.J., (1975)
The chronic pain syndrome.
Surg.Clin. Worth Am. 55: 999-1011
- BLUMER, D.&M. HEILBRONN (1982)
Chronic pain as a variant of depressive disease, the painprone disorder.
J. Nerv.Ment.Dis. 170,7:425-428.
- BLUMER, D.F., Zorich, M., HEILBRONN e.a. (1982)
Biological markers for depression in chronic pain.
J.Nerv.Ment.Dis. 170,7:425-428.
- BRADLEY, J.J. (1963)
Severe localized pain associated with depressive syndrome.
Br.J.Psychiatry, 109:741-745.
- BUTCHER, J.N. (1979)
New developments in the use of the MMPI.
Minneapolis:Univ.Minnesota Press.

- CANNON, J.T.J.C., LIEBESKIND, FRENK, H. (1978)
 Neurological and neurochemical mechanisms
 of pain inhibition.
 In: R.A.Sternbach, The Psychology of Pain
 Raven Press, NY.
- CASTELNUOVO - TEDESCO, P. and KROUT, B.M. (1970)
 Psychosomatic aspects of chronic pelvic
 pain.
 Int. J. Psychiat.Med., 1:109-126
- COHEN, M.E., ROBINS, E., PURTELL, J.J., ALTMAN,
 M.W. and REID, D.E. (1953)
 J.A.M.A. 151: 977.
- DIEKSTRA, R.F.W. (1982)
 M.M.P.I.: Edwards' Social Desirability.
 Documentatie van Tests en Testresearch in
 Nederland. Nederlands Instituut van
 psychologen.
- DOES, C.D.v.d., (1985)
 Beleving van gynaecologische klachten.
 Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden.
- DOHRENWEND, B.S., (1974)
 Stressfull Life Events: their nature and
 effect.
 Wiley, New York. B.P. Dohrenwend (eds).
- DOHRENWEND, B.S., (1974)
 Overview and prospects for research on
 stressfull Life Events.
 In: BS en BP Dohrenwend. op cit.
- DROGENDIJK, A.C., (1985)
 Psychosomatische aspecten in de
 gynaecologie in: Psychosomatische aspecten
 in de dagelijkse praktijk.
 Symposium Proceedings 27 september 1985,
 Weyeth, Hoofddorp.
- DROGENDIJK, A.C., (1984)
 Verzakkingen:
 Arts en Wereld, 17, nr.6: 12-30.

- DUNCAN, C.H. and TAYLOR, H.C. (1952)
A psychosomatic study of pelvic congestion.
Amer.J. Obstet. and Gynec. 64:1-12.
- ENGEL, J.L., (1959)
Psychogenic Pain and the painprone patient.
Amer.J.Med. 26:899-918.
- FRENKEN, J. (1976)
Afkeer van sexualiteit.
Van Loghum Slaterus B.V. Deventer
- FRENKEN, J., VENNIX, P., (1978)
SBS Handleiding Nederlands Instituut voor
Sociaal Sexuologisch Onderzoek.
- FRIEDERICH, M.H., (1976)
Psychological aspects of chronic pelvic
pain.
Clin. Obstet. and Gynec. Vol.19,no.2: 399-
406
- GARVEY, M.S., SCHAFFER, C.B. & TAUSON, V.B., (1983)
Relationship of headaches to depression.
Br.J. Psychiatry, 143:544-547.
- GOUGH, H.J., (1964)
Diagnostic patterns on the Minnesota
Multiphasic Personality Inventory.
J.Clin.Psychol. 2: 23-37
- GIDRO-FRANK, L., GORDON, T. and TAYLOR, H.C. (1960)
Pelvic pain and female identity.
Amer. J. Obstet. and Gynec.,79: 1184-
1202.
- GRANT, I., SWEETWOOD, H., MARVIN, S, GERST, S.,
JAGER., J. (1978)
Scaling procedures in life events Research.
J. of Psychosom.Research Vol.22: 525-530.
- GRIFFIN, M., (1956)
M. Clin. Worth. America 34: 995

- GROEN, J.J. (1979)
 Het syndroom van de onbehandelbare pijn.
 Ned. Tijdschrift Geneeskunde , 123, 10:
 374-379.
- HANVIK, L.J., (1951)
 MMPI profiles in patients with low
 backpain.
 J.Consult Psychol.15: 350-353
- HAYS, N.L. (1972)
 Statistics for Social sciences:
 London, Holt Rinehart and Winston.
- HENDLER, N.H. and FENTON, J.A. (1979)
 Coping with chronic pain.
 Clarckson N. Potter, Inc., New York: 30-36.
- KENYON, F.E. (1964)
 Hypochondriasis: A clinical study.
 British Journal of Psychiatry 110.
- KINGMA, J. (1972)
 Vrouwen in conflict, een verkennend
 onderzoek naar de etiologie van het
 bekkenpijnsyndroom.
 N.T.V.G.: 1033-1035.
- KIRK, R.E. (1968)
 Experimental design: procedures for the
 Behavioral Sciences.
 Brooks/Cole Publishing Company, Belmont
 California.
- KOCHER, R., (1978)
 Die Behandlung Chronischer Schmerzen mit
 Psychopharmaka.
 Sweisz. Med. Wochen schr. 108: 686-691.
- LADEE, J.A., (1966)
 Hypochondriacal syndromes.
 Amsterdam, Elsevier.

- LADEE, J.A., (1976)
 Encyclopedie van de Psychiatrie en
 Psychotherapie,
 Elsevier, Amsterdam, Brussel.
- LAIR, C.V., TRAPP, E.P. (1962)
 The differential diagnostic value of MMPI
 with somatically disturbed patients.
 J.Clin.Psychol.: 146-147.
- LASCELLES, R.J., (1966)
 Atypical facial pain and depression.
 Br. J. Psychiatry, 112: 651-659.
- LAVITT, T., (1985)
 The value of the MMPI conversion 'V' in the
 assessment of psychogenic pain.
 Journal of Psychosomatic Research Vol.29,
 no 2: 125-131.
- LOPEZ - IBOR, J.J. (1978)
 Masked depression.
 Br. J. Psychiatry 120: 245-258.
- LUTEYN, F., KINGMA, L., (1982)
 Dimensionaliteit van de MMPI en verkorting
 van de tekst. Documentatie van Tekst en
 Tekstresearch in Nederland.
 Nederlands Instituut van Psychologen.
- MCCREARY, C., TURNER, J., DAWSON, E., (1977)
 Differences between functional versus
 organic low backpain.
 Pain 4: 73-74.
- MERSKEY, H. and SPEAR, F.G., (1967)
 Pain Psychological and Psychiatric aspects.
 Baillière, Findall and Cassell, London.
- MERSKEY, H., (1972)
 Personality traits of psychiatric patients
 with pain.
 J.psychosom. Res., 16.

- NUTTIN en BEUTEN, (1969)
 Handleiding bij de Persoonlijksheidsinventaris MMPI.
 Leuvense universitaire uitgaven: Leuven.
- PILOWSKY, I., (1967)
 Dimensions of hypochondriasis.
 Br. J. of Psychiatry, 1967, 113, 89-93.
- PRILL, H.J., (1964)
 Psychosomatische Gynäkologie. Urbau und Schwarzenberg,
 München - Berlin.
- RAHE, R.H. and HOLMES, T.H., (1965)
 Social, psychologic and psychophysiologic aspects of inguinal hernia.
 J.Psychosom. Res. 8: 487-491.
- RAHE, R.H., MC KEAN, J., and ARTHUR, R.J., (1967)
 A longitudinal study of life change and illness patterns.
 J. psychosom. Res. 10: 355-366.
- RAHE, R.H. and ARTHUR, R.J., (1968)
 Life change patterns surrounding illness experience.
 J.Psychosom.Res. 11: 341-345
- RAHE, R.H., GUNDERSON, E.K.E. and ARTHUR, R.J., (1970)
 Demographic and psychological factors in acute illness reporting.
 J. Chron. Dis. 23: 245-255
- RAHE, R.H., SUNDEBERG, A, BENNETT, L., and THEVIELL, T., (1971)
 The social readjustment rating scale: a comparative study of Swedes and Americans.
 J. Psychosom. Res. 15: 241-249.
- RAHE, R.H., (1972)
 Subjects recent Life changes and their Near Future Illness Susceptibility.
 Adv. psychosom.Med., vol.8: 2-19.

- RAHE, R.H., (1975)
Epidemiological studies of life change and illness.
Int. J. Psychiatry Med. 6: 133-135.
- REDLICH, F.C. and FREEDMAN, D.X., (1966)
The theory and Practice of Psychiatry.
Basic Books, New York.
- RENAER, M., VERSTOMMEN, H., NIJS, P., WAGEMANS, L.,
and VAN HEMELRIJCK, T. (1979)
Psychic aspects of pelvic pain in women.
Amer. J. Obstet. Gynec. 134: 75-82
- RENAER, M., NIJS., P., VAN ASSCHE, A., VERSTOMMEN,
H., (1980)
Chronic pelvic pain without obvious
pathology in women.
Europ. J. Obstet. Gyn. reprod. Biol.
10/6:415-463.
- RYAN, T.H. (1962)
The experiment as the unit for computing
rates of error.
Psychological Bulletin 59: 301-305.
- STERNBACH, R.A., MURPHY, R.W., AKESON, N.H., and
WOLF, S.R., (1973)
Chronic low-back pain.
The "low-back loser".
Postgraduate Medicine 53.
- STERNBACH, R.A. (1974)
Pain Patients.
Academic Press New York.
- STERNBACH, R.A. (1976)
Psychological factors in pain.
Ad. Pain. Res. Ther. 1: 293-299.
- SIFNEOS, P.E. (1973)
The prevalence of alexithymic character-
istics in psychosomatic patients.
Psychotherapy and Psychosomatics 22: 26-32.

- SIFNEOS, P.E. (1975)
Problems of psychotherapy of patients with
alexithymic characteristics and physical
disease.
Psychother. Psychosom. 26: 65-70.
- TAYLOR, H.C. Jr., (1949)
Vascular congestion and hyperemia I.
Amer. J. Obstet. & Gynec. 57: 211, 635.
- TAYLOR, H.C., (1949)
Vasculair congestion and hyperemia II. The
Clinical aspects of the congestion fibrosis
syndrome.
Amer. J. Obstet. & Gynec. 57: 637-653.
- TAYLOR, H.C., (1949)
Vasculair congestion and hyperemia III.
Etiology and therapy.
Amer. J. Obstet. & Gynec. 57: 654-668.
- TAYLOR, H.C., (1961)
The syndrome of pelvic pain in women.
Austr. N.Z. J. Obstet. & Gynaec. 1: 5-
16.
- VON KNORRING, L., (1975)
The experience of pain in depressed
patients.
Neuropsychobiology, 1: 155-165.
- WARD, N.G., BLOOM, V.L. and FRIEDEL, R.V., (1979)
The effectiveness of tricyclic anti-
depressants in the treatment of coexisting
pain and depression.
Pain, 7: 331-341.
- WARD, N.J., BLOOM, V.L. FAWCETT, J., e.a., (1983)
Urinary MHPG in the prediction of pain and
depression relief with doxepin: preliminary
findings.
J. Nerv. and Ment. Dis., 171: 55-58.

WOLTERS, W.H.G., (1980)

Buikpijn: jong geleerd, oud gedaan?
Boerhaavecommissie voor postacademisch on-
derwijs in de geneeskunde.
Staffleu's Wetenschappelijke uitgeversmij.
B.V.: 82-90.

BIJLAGE I
(tabellen hoofdstuk VII)

Tabel VII-2 - VII-9. Percentielwaarden van de drie onderzochte groepen op de K, HS, D, HY-schalen van de MMPI en de SBS 1-4 schalen.

Tabel VII-2 MMPI - K

		<u>Percentielwaarden.</u>		
		Percentiel		
		<u>25</u>	<u>50</u>	<u>75</u>
Groep	I	46	56	61
Groep	II	46	54	62
Groep	III	46	54	61

Tabel VII-3 MMPI - HS

		<u>Percentielwaarden.</u>		
		Percentiel		
		<u>25</u>	<u>50</u>	<u>75</u>
Groep	I	57	65	74
Groep	II	61	64	74
Groep	III	39	50	59

Tabel VII-4 MMPI - D

		<u>Percentielwaarden.</u>		
		Percentiel		
		<u>25</u>	<u>50</u>	<u>75</u>
Groep	I	44	54	61
Groep	II	46	52	63
Groep	III	37	46	54

Tabel VII-5 MMPI - HY

		<u>Percentielwaarden.</u>		
		Percentiel		
		<u>25</u>	<u>50</u>	<u>75</u>
Groep	I	56	61	68
Groep	II	58	65	72
Groep	III	40	47	59

Tabel VII-6 SBS - 1

		<u>Percentielwaarden.</u>		
		Percentiel		
		<u>25</u>	<u>50</u>	<u>75</u>
Groep	I	38	41	46
Groep	II	35	41	46
Groep	III	34	38	42

Tabel VII-7 SBS - 2

		<u>Percentielwaarden.</u>		
		Percentiel		
		<u>25</u>	<u>50</u>	<u>75</u>
Groep	I	42	50	57
Groep	II	46	51	60
Groep	III	38	45	55

Tabel VII-8 SBS - 3

		<u>Percentielwaarden.</u>		
		Percentiel		
		<u>25</u>	<u>50</u>	<u>75</u>
Groep	I	41	47	58
Groep	II	42	50	58
Groep	III	38	43	50

Tabel VII-9 SBS - 4

		<u>Percentielwaarden.</u>		
		Percentiel		
		<u>25</u>	<u>50</u>	<u>75</u>
Groep	I	45	55	63
Groep	II	46	51	60
Groep	III	44	52	60

Tabel VII-11.

Overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de MMPI en SBS per groep en per leeftijdscategorie.

Groep	Leeftijd															
	a (18 - 25)						b (26 - 35)						c (38 - 45)			
	I n=10		II n=22		III n=21		I n=54		II n=33		III n=21		I n=7	II n=28		
MMPI	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd
L	82,0	10,5	57,0	7,9	57,6	10,5	60,4	10,5	61,3	8,8	59	8,8	58,8	8,7	62,2	9,4
K	51,0	11,3	53,5	11,5	52,2	10,2	55,8	11,6	52,6	11,3	56,8	10,4	52,8	10,4	57,9	11,9
HS	68,6*	12,0	66,5*	9,6	48,9	11,2	64,5*	11,6	64,0*	9,2	48,6	10,5	66,1	9,3	69,0	12,8
D	55,8	12,3	51,8	12,0	46,9	13,4	53,2*	10,5	54,5*	11,4	41,8	10,2	54,8	14,7	57,3	11,6
HY	65,5*	11,7	65,1*	8,0	49,6	13,8	60,9*	8,9	64,5*	12,8	47,4	10,1	65,5	8,7	65,2	10,4
<u>SBS 1</u>																
Totaal	41,6	4,3	38,4	5,5	38,3	5,7	41,3	6,4	42,0	7,9	38,0	5,0	43,4	7,8	43,7	7,7
MS	45,0	4,0	40,9	7,0	40,5	5,4	42,5	6,1	44,0	7,9	40,1	6,1	47,6	9,9	46,2	8,4
PS	41,3	3,2	37,7	4,4	37,9	7,0	41,8	6,6	41,8	8,0	37,8	4,3	41,4	6,4	42,3	7,5
SS	43,3	8,6	41,4	9,8	38,5	8,0	42,3	9,2	43,4	8,7	40,1	7,9	43,3	9,3	43,8	9,7
<u>SBS 2</u>																
Totaal	48,4	8,2	51,6	9,9	45,5	9,3	49,4	10,1	52,0	9,0	45,3	10,7	51,0	11,4	53,5	9,9
ZS	51,3	11,9	50,4	11,0	42,0	9,6	49,1	10,4	51,2	10,7	44,0	13,4	48,8	13,1	54,0	9,9
EE	45,2	6,4	50,0	16,4	47,9	10,3	49,2	10,6	51,6	8,9	45,9	9,4	51,6	10,3	53,3	8,9
AE	51,8	8,2	54,1	8,3	47,3	8,2	50,2	9,5	51,5	7,6	48,0	9,9	51,0	9,8	52,8	10,7
<u>SBS 3</u>																
Totaal	51,7	13,9	50,0	10,8	45,5	8,0	49,5	10,2	52,2	12,7	44,0	12,1	50,4	15,5	49,6	9,2
EP	49,0	8,1	47,8	9,5	44,5	7,2	48,5	8,5	49,8	10,0	45,8	9,7	48,4	11,6	50,5	10,2
OE	53,9	15,8	53,5	11,9	47,8	10,3	49,9	11,5	53,7	13,3	46,4	9,5	51,4	12,4	49,0	10,4
AS	54,9	17,1	52,2	12,2	48,7	8,6	52,2	10,9	53,6	13,4	46,1	12,6	52,0	17,2	49,8	8,8
FI	48,9	8,9	49,8	11,5	43,7	7,4	46,9	8,6	50,9	12,3	43,7	8,9	48,1	11,2	30,4	7,8
LF	49,4	12,7	45,1	11,4	52,5	12,1	51,0	10,6	51,1	11,4	47,4	10,4	53,6	11,8	48,8	9,0
<u>SBS 4</u>																
Totaal	56,4	15,8	52,2	7,7	53,6	13,3	56,1	12,3	53,9	13,0	53,3	9,4	53,3	12,4	55,7	11,8
MS	56,5	15,7	52,7	8,3	52,4	12,5	55,4	12,8	51,7	12,4	52,3	9,1	57,9	13,1	55,7	13,0
AE	49,3	8,6	49,7	8,1	54,3	10,1	54,4	10,1	50,9	10,8	52,2	10,7	49,6	7,9	51,9	11,4
ES	54,8	16,6	50,1	8,0	51,9	12,6	51,9	11,3	52,3	12,4	48,3	7,5	56,4	17,0	53,4	16,1

* - P < 0,01

Groep I en II <----> Groep III

ANOVA, a posteriori paarsgewijze toetsing.

Tabel VII-12.

Overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de MMPI binnen een groep in drie leeftijdscategorieën.

	Groep I						Groep II						Groep III			
	a		b		c		a		b		c		a		b	
	(18-25)		(26-35)		(36-45)		(18-25)		(26-35)		(36-45)		(18-25)		(26-35)	
MMPI	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd	\bar{X}	sd
L	62,0	10,5	60,4	10,5	58,8	8,7	57,0	7,9	61,3	8,8	62,2	9,4	57,6	10,5	59,0	8,8
K	51,0	11,3	55,8	11,7	52,8	10,4	53,5	11,5	52,6	11,3	57,9	11,9	52,2	10,2	56,8	10,4
HS	68,6	12,0	64,5	11,6	66,1	9,3	66,5	9,6	64,0	9,2	69,0	12,8	48,9	11,2	48,6	10,5
D	55,8	12,3	53,2	10,5	54,8	14,7	51,8	12,0	54,5	11,4	57,3	11,6	46,9	13,4	41,8	10,2
HY	65,8	11,7	60,9	8,9	65,5	8,7	65,1	8,0	64,5	12,8	65,3	10,4	49,6	13,8	47,4	11,1
<u>SBS 1</u>																
Totaal	41,6	4,3	41,3	6,4	43,4	7,8	38,4	5,5	42,0	7,9	43,7	7,7	38,3	5,7	38,0	5,0
MS	45,0	4,0	42,5	6,1	47,6	9,9	40,9	7,0	44,0	7,9	46,2	8,4	40,5	5,4	40,1	6,1
PS	41,3	3,2	41,8	6,6	41,4	6,4	37,7	4,5	41,8	8,0	42,2	7,5	37,9	7,0	37,8	4,3
SS	43,3	8,6	42,3	9,2	43,3	9,3	41,4	9,8	43,4	8,7	43,8	9,7	38,5	8,0	40,1	7,9
<u>SBS 2</u>																
Totaal	48,4	8,2	49,4	10,1	41,0	11,4	51,6	9,9	52,0	9,0	53,5	9,9	45,5	9,3	45,3	10,7
ZS	51,3	11,9	49,1	10,4	48,8	13,1	50,4	11,0	51,2	10,7	54,0	9,9	42,5	9,6	44,0	13,4
EE	45,2	6,4	49,2	10,6	51,6	10,3	50,0	16,4	51,6	8,9	53,3	8,9	47,9	10,3	45,9	9,4
AE	51,8	8,2	50,2	9,5	51,0	9,8	54,1	8,3	51,6	7,6	52,8	10,7	47,3	8,2	48,0	9,9
<u>SBS 3</u>																
Totaal	51,7	13,9	49,5	10,2	50,4	15,5	50,0	10,8	52,2	12,7	49,6	9,2	45,5	8,0	44,0	12,1
EP	49,0	8,1	48,5	8,5	48,4	11,6	47,8	9,5	49,8	10,0	50,5	10,2	44,5	7,2	45,8	9,7
OE	53,9	15,8	49,9	11,5	51,4	12,4	53,5	11,9	53,7	13,3	49,0	10,4	47,8	10,3	46,4	9,5
AS	54,9	17,1	52,2	10,9	52,0	17,2	52,2	12,2	53,6	13,4	49,8	8,8	48,7	8,6	46,1	12,6
FI	48,9	8,9	46,2	8,6	48,1	11,2	49,8	11,5	50,9	12,3	30,4	7,8	43,7	7,4	43,7	8,9
LF	49,4	12,7	51,0	10,6	53,6	11,8	45,1	11,4	51,1	11,4	48,8	9,0	52,5	12,1	47,4	10,4
<u>SBS 4</u>																
Totaal	56,4	15,8	56,1	12,3	53,3	12,4	52,2	12,7	53,9	13,0	55,7	11,8	53,6	13,3	53,3	9,4
MS	56,5	15,7	55,4	12,8	57,9	13,1	49,8	10,0	51,7	12,4	55,7	13,0	52,4	12,5	52,3	9,1
AE	49,3	8,6	54,4	10,1	49,6	7,9	50,9	12,3	50,9	10,8	51,9	11,4	54,3	10,1	52,2	10,7
ES	54,8	16,6	51,9	11,3	56,4	17,0	51,1	11,4	52,3	12,4	53,4	16,1	51,9	12,6	48,3	7,5

ANOVA, paarsgewijze toetsing a posteriori. ($P < 0,01$).

Tabel VII-13.

De gemiddelden en standaard deviaties van de scores op de MMPI en de SBS voor de groepen IA en IB.

	<u>Groep IA (n=22)</u>		<u>Groep IB (n=59)</u>	
<u>MMPI</u>	\bar{X}	<u>sd</u>	\bar{X}	<u>sd</u>
L	60,5	11,7	60,1	9,3
K	56,9	10,8	53,6	11,4
HS	60,4*	11,2	67,2	10,6
D	51,1	10,6	55,1	11,8
HY	61,1	8,0	63,0	9,8
<u>SBS 1</u>				
Totaal	40,9	6,0	42,0	6,6
MS	42,4	5,0	44,3	7,6
PS	41,6	6,5	41,7	6,1
SS	41,4	10,0	43,0	8,7
<u>SBS 2</u>				
Totaal	51,7	10,4	48,8	9,9
ZS	51,7	11,2	48,6	11,0
EE	50,8	10,7	48,6	10,0
AE	52,2	9,8	50,0	9,2
<u>SBS 3</u>				
Totaal	46,5	7,1	51,3	12,8
EP	45,9	4,4	49,5	10,1
OE	48,5	9,2	51,4	13,0
AS	48,0	9,1	54,1	13,8
FI	43,2*	7,9	49,0	9,0
LF	7,9	12,3	9,0	10,5
<u>SBS 4</u>				
Totaal	52,0	11,5	56,9	13,0
MS	51,4	12,6	56,3	13,0
AE	51,2	8,0	53,3	10,3
ES	49,6	9,7	54,4	14,1

*) $P < 0,01$

Groep A <----> Groep B

ANOVA paarsgewijze toetsing a posteriori.

Tabel VII-14 Overzicht van het voorkomen van life events bij de groepen IA, IB en groep II

		<u>Groep</u>		
		<u>IA(n=22)</u>	<u>IB(n=59)</u>	<u>II(n=81)</u>
Voorkomen	0	32 %	42 %	37 %
van	1	36 %	41 %	47 %
life events	≥2	<u>32 %</u>	<u>17 %</u>	<u>16 %</u>
		100 %	100 %	100 %

Tabel VII-15. De gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de MMPI en SBS voor de groep IA, IB en groep II

		Groep IA(n=22)	Groep IB(n=59)	Groep II(n=81)
<u>MMPI</u>				
L	\bar{X}	60,5	60,2	60,4
	sd	11,7	9,3	8,9
K	\bar{X}	56,9	53,6	54,5
	sd	11,4	11,4	11,4
HS	\bar{X}	60,4	67,2	66,5
	sd	11,2	10,6	10,7
D	\bar{X}	51,0	55,1	54,6
	sd	10,6	11,8	11,7
HY	\bar{X}	61,1	63,0	64,9
	sd	8,0	9,8	10,8
<u>SBS 1 totaal</u>				
	\bar{X}	40,9	42,0	41,6
	sd	6,0	6,6	7,5
MS	\bar{X}	42,4	44,3	43,9
	sd	5,0	7,6	8,0
PS	\bar{X}	41,6	41,7	40,8
	sd	6,5	6,1	7,2
SS	\bar{X}	41,4	43,0	43,0
	sd	10,0	8,7	9,3
<u>SBS 2 totaal</u>				
	\bar{X}	51,7	48,8	52,3
	sd	10,4	9,9	9,5
ZS	\bar{X}	51,7	48,6	51,9
	sd	11,2	11,0	10,4
EE	\bar{X}	50,8	48,6	51,7
	sd	10,7	10,0	9,3
AE	\bar{X}	52,2	50,0	52,6
	sd	9,8	9,2	8,8
<u>SBS 3</u>				
	\bar{X}	46,5	51,3	50,8
	sd	7,1	12,3	11,1
EP	\bar{X}	45,9	49,5	49,1
	sd	4,4	16,1	12,1
OE	\bar{X}	48,5	51,4	52,0
	sd	9,2	13,0	12,0
AS	\bar{X}	47,6	54,1	52,0
	sd	9,1	13,8	10,8
FI	\bar{X}	43,3*	49,0	50,4
	sd	7,9	9,0	10,6
LF	\bar{X}	53,7	50,4	48,9
	sd	12,3	10,5	10,9
<u>SBS 4 totaal</u>				
	\bar{X}	52,0	56,9	54,0
	sd	11,5	13,0	11,3
MS	\bar{X}	51,4	56,3	53,9
	sd	12,6	13,0	11,4
AE	\bar{X}	51,2	53,3	51,0
	sd	8,0	10,3	10,2
ES	\bar{X}	49,6	54,4	52,0
	sd	9,6	14,1	12,7

* $P < 0,01$ groep IA <-----> groep II
ANOVA paarsgewijze toetsing a posteriori.

Tabel VII-17. De gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de MMPI en SBS voor alle patiënten met een positieve ringtest (R+) en alle patiënten met een negatieve ringtest (R-) van de groepen I en II.

	<u>Groep R+ (n=43)</u>		<u>Groep R- (n=61)</u>	
<u>MMPI</u>	<u>X</u>	<u>sd</u>	<u>X</u>	<u>sd</u>
L	61,5	9,6	60,3	9,0
K	56,1	12,9	54,5	11,2
HS	65,9	10,7	65,5	10,9
D	53,4	10,7	52,5	11,1
HY	61,2	9,1	64,7	10,5
<u>SBS 1</u> totaal	41,6	7,4	41,3	7,4
MS	43,3	7,6	43,6	7,9
PS	41,8	7,1	40,6	7,4
SS	42,7	9,1	42,4	8,4
<u>SBS 2</u> totaal	50,0	10,3	51,5	9,9
ZS	50,8	10,7	50,9	11,0
EE	49,4	10,5	50,4	9,5
AE	49,4	10,0	53,2*	8,3
<u>SBS 3</u> totaal	52,9	14,1	50,2	9,7
EP	50,5	11,8	48,9	7,8
OE	52,9	13,9	51,6	11,9
AS	55,2	14,7	51,7	12,0
FI	51,3	11,6	51,7	9,4
FL	51,3	9,8	49,0	11,2
<u>SBS 4</u> totaal	56,1	11,9	52,5	11,4
MS	55,8	12,0	52,6	11,9
AE	52,1	10,8	50,8	10,0
ES	54,4	12,8	48,8*	8,4

* $P < 0,01$

Groep R+ <----->Groep R-

ANOVA paarsgewijze toetsing a posteriori.

Tabel VII-18 Overzicht van het voorkomen van life events bij alle patiënten met een positieve ringtest (R+) en alle patiënten met een negatieve ringtest (R-).

		<u>R+ (n=43)</u>	<u>R- (n=61)</u>
Voorkomen	0	39 %	35 %
van	1	49 %	37 %
life events	≥2	<u>12 %</u>	<u>28 %</u>
		100 %	100 %

Tabel VII-19 De gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de MMPI en SBS vragenlijst voor de groep patiënten van IB met positieve negatieve ringtest (R+ en R-).

<u>MMPI</u>	<u>R+(n=24)</u>		<u>R-(n=17)</u>	
	<u>X</u>	<u>sd</u>	<u>X</u>	<u>sd</u>
L	62,0	9,9	59,0	9,1
K	55,5	13,5	53,7	10,4
HS	67,0	11,6	66,9	11,3
D	54,6	9,8	52,4	12,1
HY	59,6	10,7	64,8	8,0
<u>SBS 1 totaal</u>	41,5	6,8	40,7	7,0
MS	43,8	7,5	43,4	7,7
PS	41,2	6,4	40,6	6,6
SS	43,9	9,3	40,2	7,8
<u>SBS 2 totaal</u>	50,3	9,7	46,8	9,9
ZS	51,8	10,2	45,1	11,7
EE	49,3	11,0	46,5	8,1
AE	49,6	9,5	51,5	8,6
<u>SBS 3 totaal</u>	54,0	14,4	49,9	10,9
EP	51,7	11,8	48,0	8,2
OE	52,9	14,9	52,0	12,6
AS	57,2	15,3	52,1	13,7
<u>SBS 4 totaal</u>	57,4	13,2	56,3	12,5
MS	57,9	13,4	57,4	12,2
AE	50,5	9,5	57,4	12,5
ES	57,8	14,9	48,3	9,4

$P < 0,01$ Anova paarsgewijze toetsing a posteriori; geen significante verschillen.

Tabel VII-20. Overzicht van het voorkomen van life events bij groep IB met positieve(R+) en negatieve(R-) ringtest.

		<u>R + (n=24)</u>	<u>R - (n=17)</u>
Voorkomen	0	46 %	35 %
van	1	42 %	29 %
life events	>2	12 %	36 %
		<u>100 %</u>	<u>100 %</u>

Tabel VII-21

De gemiddelden en standaard deviaties van de scores op de MMPI en de SBS voor de patiënten van groep II met positieve (R+) en negatieve (R-) ringtest.

	<u>R +(n=15)</u>		<u>R -(n=34)</u>	
<u>MMPI</u>	<u>X̄</u>	<u>sd</u>	<u>X̄</u>	<u>sd</u>
L	59,3	8,8	60,4	7,7
K	54,0	12,6	54,5	11,4
HS	66,3	9,7	66,6	9,8
D	54,6	11,3	54,6	11,2
HY	63,1	9,4	66,5	12,3
<u>SBS 1</u>				
Totaal	41,2	9,5	42,3	7,9
MS	43,1	8,8	45,0	8,5
PS	41,3	9,3	40,9	7,9
SS	42,0	9,6	44,2	8,5
<u>SBS 2</u>				
Totaal	50,1	11,3	53,0	9,5
ZS	50,9	14,7	53,4	9,9
EE	50,4	10,1	51,7	10,1
AE	48,8	11,3	53,1	8,2
<u>SBS 3</u>				
Totaal	53,5	14,6	51,5	9,5
EP	50,6	12,3	50,0	8,5
OE	53,3	13,3	53,4	12,3
AS	53,7	14,4	52,3	10,8
FI	53,8	14,2	51,1	9,8
LF	50,6	12,8	48,9	11,0
<u>SBS 4</u>				
Totaal	54,7	11,1	52,5	11,1
MS	52,8	10,9	53,9	12,4
AE	54,2	13,0	47,6	7,1
ES	51,2	8,3	49,7	8,0

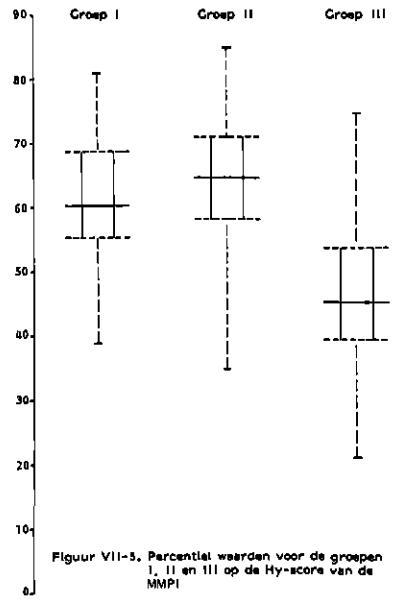
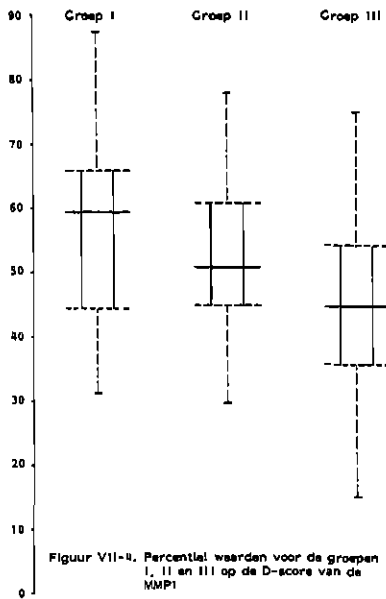
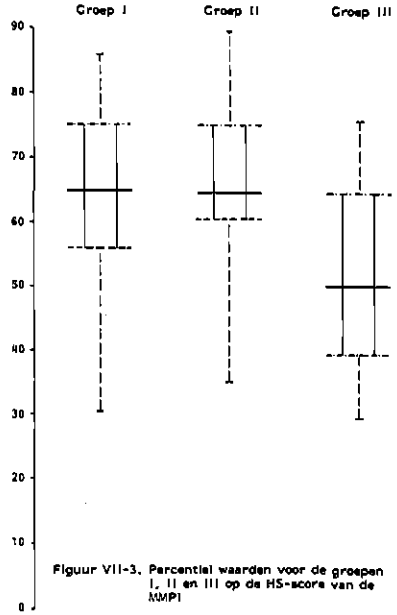
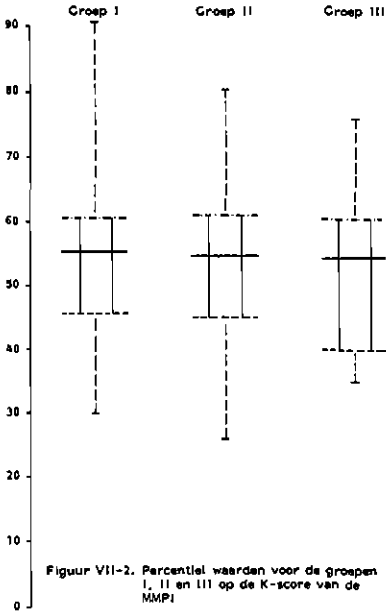
*) $P < 0,01$

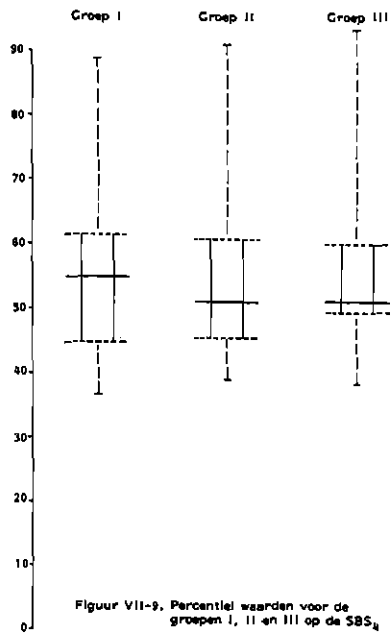
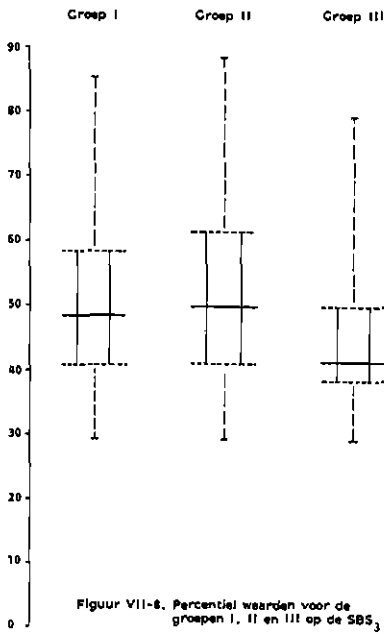
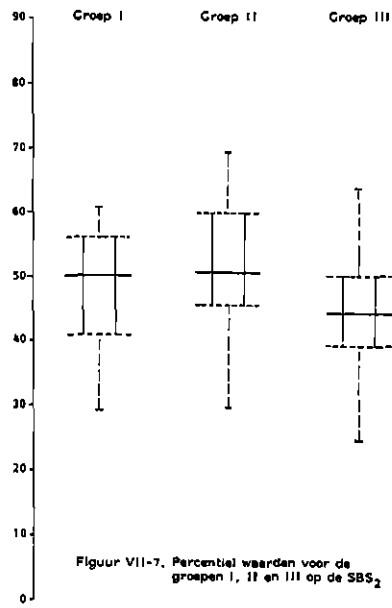
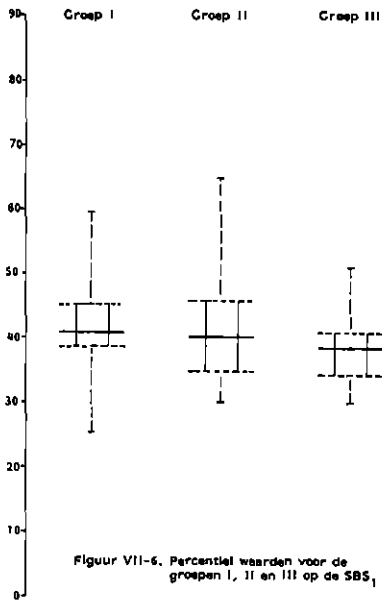
ANOVA paarsgewijze toetsing a posteriori: geen significante verschillen.

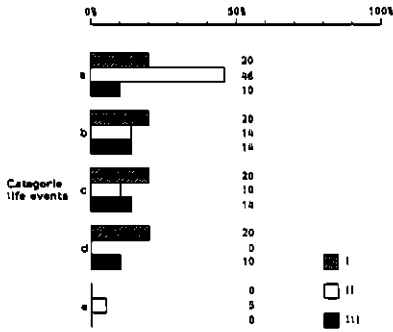
Tabel VII-22 Overzicht van het voorkomen van life events bij de patiënten van groep II met positieve(R+) en negatieve(R-) ringtest.

		<u>R+(n=15)</u>	<u>R-(n=34)</u>
Voorkomen	0	34%	42%
van	1	52%	50%
life events	≥2	<u>14%</u>	<u>8%</u>
		100%	100%

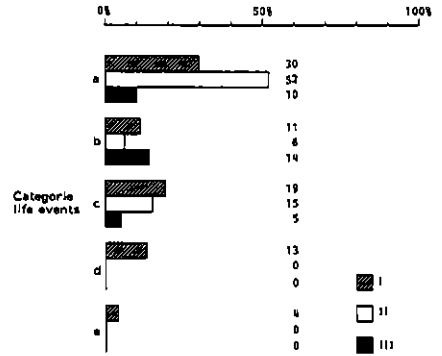
BIJLAGE II
(figuren hoofdstuk VII)



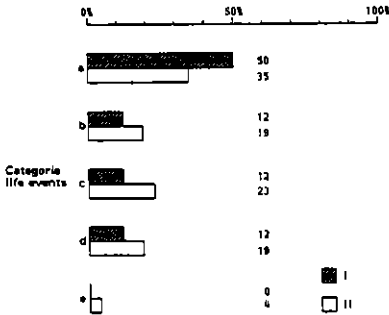




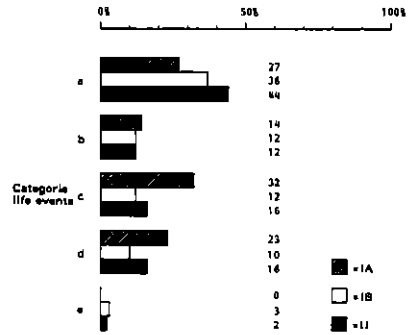
Figuur VII-10. Het percentage patiënten met één of meer life events per categorie life events, onderscheiden naar de groepen I, II en III voor de leeftijdscategorie 18-25 jaar.



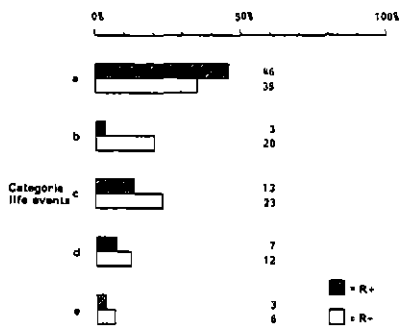
Figuur VII-11. Het percentage patiënten met één of meer life events per categorie life events, onderscheiden naar de groepen I, II en III voor de leeftijdscategorie 26-35 jaar.



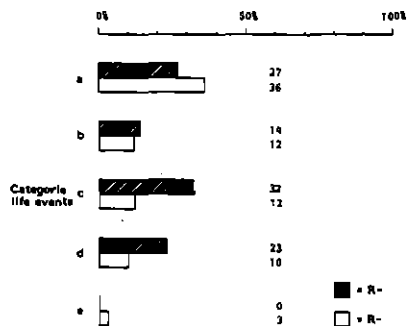
Figuur VII-12. Het percentage patiënten met één of meer life events per categorie life events, onderscheiden naar de groepen I en II voor de leeftijdscategorie 36-45 jaar.



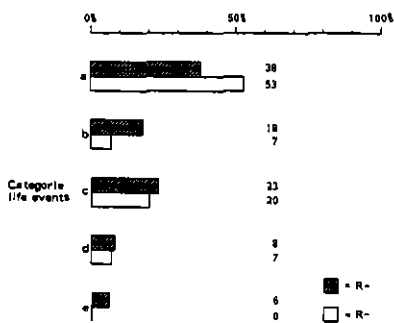
Figuur VII-13. Het percentage patiënten met één of meer life events per categorie life events, onderscheiden naar de groepen IA, IB en II.



Figuur VII-14. Het percentage patiënten met één of meer life events per categorie life events bij alle patiënten met een positieve (R+) of een negatieve (R-) ringtest.



Figuur VII-15. Het percentage patiënten met één of meer life events per categorie life events bij de patiënten met descensus uteri (groep IB), die een positieve (R-) of een negatieve (R+) uitslag van de ringtest hadden.



Figuur VII-16. Het percentage patiënten met één of meer life events per categorie life events bij de patiënten met drukpijn van het parametrium (groep II), die een positieve (R+) of negatieve (R-) uitslag van de ringtest hadden.

Curriculum vitae van A.P. Bak.

- 1949 Geboren te Dubbeldam
- 1968 Eindexamen H.B.S.-A Gemeentelijk Lyceum
te Dordrecht
- 1969 - 1971 Studie Sociologie aan de Erasmus
Universiteit te Rotterdam
- 1971 - 1978 Studie Klinische Psychologie
Rijksuniversiteit te Utrecht
- 1978 - 1982 Lid van de Nederlandse Filmkeuring
- 1978 - Wetenschappelijk medewerker aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam ver-
bonden aan het Instituut Gynaecologie
en Obstetrie (Prof.Dr.A.C. Drogendijk)
Vanaf 1980 in vaste dienst
- 1979 - Honorair medewerker aan de afdeling
Medische Psychologie van de Erasmus
Universiteit te Rotterdam (Prof.
Dr.F.Verhage)
- 1981 - Verbonden als psychotherapeut aan het
I.M.P. te Rotterdam. Sinds 1984 als
psychotherapeut verbonden aan het
RIAGG-Zuid te Rotterdam
- 1983 - Lid van de Nederlandse Vereniging voor
Gedragstherapie
- 1985 - Lid van de Nederlandse Vereniging voor
Psychotherapie
- 1985 - Lid van de Vereniging voor Sexuologie.

