

UNIVERSITEIT TWENTE.



MASTERTHESIS

**DE INVLOED VAN DE COPINGSTIJL VAN
CHRONISCHE PIJNPATIËNTEN OP HET EFFECT VAN EEN
MULTIDISCIPLINAIRE REVALIDATIEBEHANDELING**

Student: F.M. van der Meijden (s1128612)

Faculteit der Gedragwetenschappen

Master: Geestelijke Gezondheidsbevordering

Afstudeerdatum: 29 augustus 2013

Universiteit Twente te Enschede

Eerste begeleidster: Dr. R. van der Vaart

Tweede begeleider: Prof. Dr. G.J. Westerhof

Externe opdrachtgever: Medinello te Amersfoort

Begeleidster: Dr. L.E.M.A. Pfenning

SAMENVATTING

Inleiding: Ongeveer één op de vijf volwassenen in Nederland lijdt aan chronische pijn. Het is een complex probleem, omdat het wordt beïnvloed door zowel biologische als psychologische als sociale factoren. De pijn heeft meestal geen medische oorzaak (meer) en kan niet worden genezen. Een multidisciplinaire revalidatiebehandeling blijkt effectief voor het adequaat leren omgaan met de pijn. In dit onderzoek wordt nagegaan of de copingstijl van chronische pijnpatiënten van invloed is op het effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling. Copingstijl is de manier waarop mensen omgaan met tegenslagen en problemen. De hypothese in dit onderzoek is dat chronische pijnpatiënten met een meer actieve copingstijl meer baat hebben bij een multidisciplinaire revalidatiebehandeling dan patiënten met een meer passieve copingstijl. Patiënten met een actieve copingstijl pakken namelijk stressvolle situaties aan, terwijl patiënten met een passieve copingstijl afwachtend zijn en problemen over zich heen laten komen. **Methode:** Er zijn 57 chronische pijnpatiënten geïncludeerd die een multidisciplinaire revalidatiebehandeling hebben ondergaan. Voorafgaand aan en na afloop van de behandeling hebben zij de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie - Participatie [USER-P] ingevuld. Hiermee is de frequentie van hun activiteiten, hun beperkingen in activiteiten en de tevredenheid over hun participatie gemeten. De voor- en nameting geven het effect van de behandeling weer. Voor het vaststellen van de copingstijl is voorafgaand aan de behandeling de Utrechtse Coping Lijst [UCL] afgenomen. Door middel van een lineair mixed model is de data-analyse uitgevoerd. **Resultaten:** Na de behandeling bleek de gehele groep een significant betere score te hebben op alle schalen van de USER-P. Patiënten ondernemen na de behandeling meer activiteiten, ervaren minder beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en zijn meer tevreden over hun participatie. De meeste copingstijlen blijken geen effect te hebben op de effectiviteit van de behandeling. Alleen een lagere score op de copingstijl 'passief reactiepatroon' blijkt te zorgen voor een groter effect van de behandeling. **Conclusie:** De copingstijl van chronische pijnpatiënten blijkt nauwelijks invloed te hebben op het effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling. Alleen chronische pijnpatiënten die een hoog passief reactiepatroon hebben, lijken tot onze verbazing meer baat te hebben bij de behandeling dan patiënten met een laag passief reactiepatroon. Zij scoren echter voorafgaand aan de behandeling beduidend lager op de participatieschalen, wat deze uitkomst kan verklaren. Er is meer longitudinaal onderzoek nodig om uitspraken te kunnen doen over de invloed van copingstijlen op het effect van de behandeling op de lange termijn.

ABSTRACT

Introduction: Approximately one in every five adults in the Netherlands suffers from chronic pain. It is a complex problem because it is influenced by biological as well as psychological as well as social factors. The pain usually does not have or no longer has a medical cause and cannot be cured. A multidisciplinary rehabilitation treatment is effective in learning to cope with the pain. This research studies whether the coping style of chronic pain patients has an influence on the effect of a multidisciplinary rehabilitation treatment. Coping is defined as the way people cope with setbacks and problems. The hypothesis in this research is that chronic pain patients that have an active coping style benefit more from a multidisciplinary medical rehabilitation treatment than chronic pain patients with a passive coping style. Patients with an active coping style tackle and deal with stressful situations, whereas patients with a passive coping style are hesitant and more inclined to let the problems run their course. **Method:** 57 chronic pain patients that have undergone multidisciplinary rehabilitation treatment are included in this research. They filled in the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation - Participation [USER-P] both before and after the treatment. This evaluation was used to measure the frequency of their activities, their restrictions in activities and the satisfaction regarding their participation. The measurement of the situation before and after treatment show the effect of the treatment. The coping style was determined by filling in the Utrecht Coping List [UCL] before commencement of the treatment. The data analysis was executed using a linear mixed model. **Results:** After the treatment, the whole group proved to have a significantly better score on all scales of the USER-P. After the treatment, patients undertake more activities, experience less restrictions in undertaking activities and are more satisfied about their participation. Most coping styles do not influence the effectiveness of the treatment. Only a low score on the coping style “passive reaction pattern” appears to lead to more effectiveness of the treatment. **Conclusion:** The coping style of chronic pain patients appears to barely have an influence on the effect of a multidisciplinary rehabilitation treatment. Surprisingly, only chronic pain patients with a high passive reaction pattern, appear to benefit more from the treatment than patients with a low passive reaction pattern. However, they score significantly lower on the participation scales prior to the treatment, which could explain this surprising outcome. More longitudinal research is needed before any conclusions can be drawn on the long term influence of coping styles on the effect of the treatment.

VOORWOORD

Voor u ligt mijn masterthesis, het resultaat van een onderzoek naar de invloed van de copingstijl van chronische pijnpatiënten op het effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling. Deze thesis heb ik geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de masteropleiding Psychologie, specialisatie Geestelijke Gezondheidsbevordering, aan de Universiteit Twente te Enschede. De keuze voor dit onderzoek is voortgekomen uit mijn klinische masterstage die ik bij Medinello te Amersfoort heb gelopen. Ik heb hier als psycholoog in opleiding ervaring opgedaan met het multidisciplinair werken met mensen met o.a. chronische pijn. Ik vind dit een boeiende doelgroep vanwege de complexiteit van de klachten en diversiteit aan persoonlijkheden. Ik was dan ook benieuwd of de behandeling bij al deze verschillende mensen eenzelfde effect zou hebben. Dit onderzoek kan worden gezien als een eerste inventarisatie van het verschil in effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling tussen mensen met chronische pijn.

Graag wil ik Roos van der Vaart bedanken voor haar positieve begeleiding en het meedenken en meelesen tijdens het schrijven van mijn thesis. Ze heeft me op een wetenschappelijke manier aan het denken gezet en heeft me verder wegwijs gemaakt in de wereld van het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast wil ik Gerben Westerhof bedanken voor zijn ideeën, het meelesen en het corrigeren van mijn thesis. Ook wil ik het team van Medinello bedanken voor de kans om mijn onderzoek bij hen uit te voeren. In het speciaal bedank ik Lilian Pfenning voor het helpen formuleren van een onderzoeksvraag en het meelesen.

Daarnaast wil ik Daan bedanken voor zijn aanmoedigingen, vertrouwen en geduld tijdens mijn proces van het schrijven van deze thesis. Tot slot bedank ik mijn familie en vriendinnen voor hun hulp en support. Dit onderzoek heeft bijgedragen aan een boeiende en leerzame afsluiting van mijn studietijd in Enschede.

Fijke van der Meijden

Utrecht, augustus 2013

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
Chronische pijn	6
Biopsychosociale factoren.....	6
Multidisciplinaire behandeling bij chronische pijnpatiënten	8
Chronische pijn en coping.....	9
METHODE.....	12
Participanten en proces.....	12
Materialen.....	14
Analyse.....	16
RESULTATEN.....	17
Effect van de behandeling	17
Coping	17
Invloed van coping	18
DISCUSSIE.....	21
Conclusie.....	24
REFERENTIES.....	25

INLEIDING

Naar schatting lijdt 18% van de volwassenen in Nederland aan chronische pijn met een gemiddelde tot ernstige intensiteit (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). Deze grote groep patiënten bezoekt veel verschillende medisch specialisten. De pijn heeft bij chronische pijnpatiënten echter meestal geen medische oorzaak (meer) en kan dus niet worden genezen (Bekkering et al., 2011). Deze patiënten dienen adequaat om te leren gaan met de pijnklachten in plaats van een medische oplossing hiervoor te zoeken. Het kan hen helpen om hiervoor een multidisciplinaire revalidatiebehandeling te volgen. Het is echter niet bekend of deze behandeling voor iedere patiënt even goed werkt. In dit onderzoek wordt gekeken of de manier waarop chronische pijnpatiënten omgaan met problemen en tegenslagen, hun copingstijl, invloed heeft op het effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling.

Voorbeeldcasus

Hieronder wordt een voorbeeldcasus beschreven om een beeld te geven van hoe chronische pijn kan worden veroorzaakt, in stand kan worden gehouden en welke impact het kan hebben op het leven van de patiënt.

Een 35 jarige Marokkaanse man is op zijn achtste met zijn ouders naar Nederland verhuisd. Hij heeft zijn hele leven hard gewerkt om zich hier te bewijzen. Inmiddels heeft hij sinds vier maanden een baan met veel verantwoordelijkheid, waar hij meer dan fulltime voor werkt. Hij heeft een vrouw en twee jonge kinderen. Hij heeft zijn leven op orde en geniet daar van. Dan krijgt hij op de snelweg een kop-staartbotsing en ontstaan er pijnklachten aan zijn nek en schouders. Hij is lange tijd onder behandeling bij een fysiotherapeut geweest, maar dat heeft nauwelijks geholpen. Specialisten in het ziekenhuis kunnen geen medische aanwijzingen vinden die zijn pijnklachten kunnen verklaren. Hij durft door de pijn nauwelijks lichamelijke activiteiten te ondernemen, piekert veel en raakt na verloop van tijd zijn baan kwijt. Hij helpt niet meer in het huishouden en gaat niet meer voetballen met vrienden. Hij zit veel thuis en ligt dan vooral op de bank in de hoop dat de pijn niet te hevig wordt. In de loop van de tijd is de pijn toegenomen, is zijn stemming verslechterd en is het aantal sociale contacten verminderd.

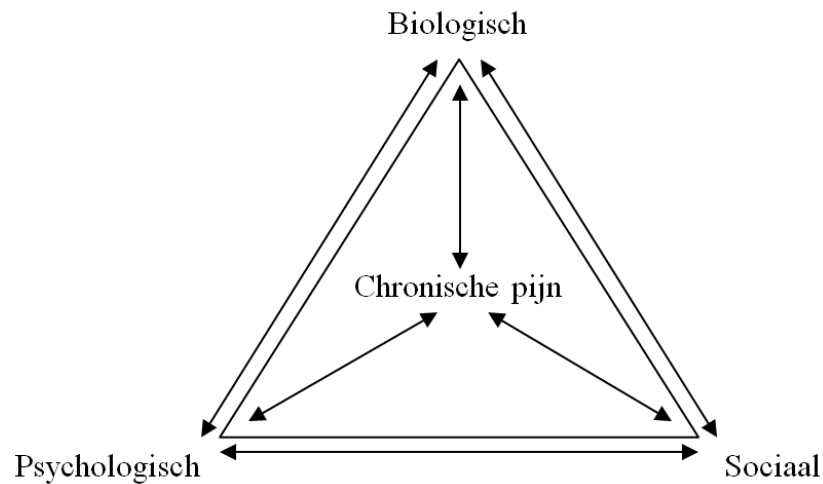
CHRONISCHE PIJN

De definitie van pijn is volgens de International Association for the Study of Pain [IASP]: ‘een onplezierige sensorische en emotionele ervaring die in verband staat met feitelijke of mogelijke weefselschade of die beschreven wordt in termen van deze schade’ (Merkey & Bogduk, 1994). Wanneer de pijn chronisch genoemd mag worden is onduidelijk (Bekkering et al., 2011). Over het algemeen wordt chronische pijn gediagnosticeerd wanneer de pijn ten minste drie maanden bestaat en er geen weefselschade (meer) is aan te wijzen die de pijn kan verklaren (Bekkering et al., 2011). De klachten kunnen een somatische oorsprong hebben, zoals de patiënt in de voorbeeldcasus die pijn blijft ervaren na een kop-staartbotsing. Het lichaam herstelt normaal gesproken binnen drie maanden van een dergelijke klap. Als de pijn langer aanwezig blijft, kan er worden gesproken van chronische pijn (Bekkering et al., 2011). Het kan echter ook zijn dat patiënt een fysiek aantoonbare aandoening heeft die niet meer zal overgaan, zoals een reumatisch proces of artrose. Dit wordt ook onder chronische pijn geschaard (Bruijn-Kofman, 2004). De pijnklachten kunnen zich in verschillende delen van het lichaam en op verschillende manieren manifesteren. De meest voorkomende chronische pijnklachten bevinden zich volgens Breivik et al. (2006) in de (lage) rug, nek en gewrichten.

Chronische pijn heeft een grote negatieve invloed op de kwaliteit van leven van patiënten. Zij ervaren onder andere dat zij slechter slapen, het huishouden niet meer (volledig) kunnen uitvoeren, minder sociale activiteiten ondernemen, minder goed in staat zijn auto te rijden en afhankelijk worden van anderen (Breivik et al., 2006). Ook zegt een grote groep chronische pijnpatiënten dat het onderhouden van de relatie met partner en/of familie moeizamer gaat. Veel chronische pijnpatiënten geven tevens aan dat zij niet in staat zijn (volledig) te werken (Breivik et al., 2006). Chronische pijn heeft veel invloed op het psychisch en sociaal welbevinden van mensen.

BIOPSYCHOSOCIALE FACTOREN

Volgens het biopsychosociale model is er bij chronische pijn sprake van een interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren en de pijn, zoals in Figuur 1 schematisch is weergegeven. Chronische pijn kan op verschillende manieren worden veroorzaakt en in stand worden gehouden door de drie factoren. Er dient binnen de behandeling rekening gehouden te worden met het complexe geheel van biopsychosociale factoren dat een rol speelt bij de chronische pijnklachten (Vlaeyen, Kole-Snijders, & Eek, 1996).



Figuur 1: *Biopsychosociaal Model bij Chronische Pijn*

Bij biologische oorzaken valt te denken aan een verstoring in het brein of in andere delen van het lichaam. Het blijkt dat ontregelingen van het zenuwstelsel en het stresssysteem een rol spelen bij het chronisch aanblijven van pijnklachten (Loeser & Melzack, 1999). Het is ook bekend dat er bij chronische pijnpatiënten sprake is van een verlaagde pijndrempel in het zenuwstelsel, waardoor zij gevoeliger zijn voor pijn en dus eerder pijn ervaren (Woolf & Doubell, 1994). Deze verlaging van de pijndrempel wordt sensitatie genoemd. Chronische stress kan, zoals in de voorbeeldcasus, een predisponerende factor zijn voor chronische pijn. Deze man ervoer al langere tijd druk om te presteren. Spieren gaan na een lange periode van stress verkrampen, waardoor onnodig veel energie verbruikt wordt. Hierdoor raakt de patiënt overbelast en wordt hij gevoeliger voor pijnprikkels (Houdenrove, 2005).

De gedachten over en het handelen naar de pijn zijn psychologische factoren die chronische pijn kunnen veroorzaken en/of in stand kunnen houden. Gedachten en opvattingen van de patiënt over zijn pijnklachten, kunnen invloed hebben op de mate van klachten en de impact van de pijn op zijn dagelijks leven. Bijvoorbeeld gedachten over de ervaren hulpeloosheid en het gebrek aan acceptatie van de pijnklachten (Evers et al., 2001). De man in de voorbeeldcasus is veel gaan piekeren over zijn klachten, waardoor de pijn zijn leven is gaan beheersen. Het frustreert hem dat hij niet meer kan wat hij voorheen deed en dat heeft gezorgd dat hij somber is geworden.

Naast deze biologische en psychologische factoren kunnen sociale componenten een rol spelen in het in stand houden van chronische pijn. Reacties uit de omgeving, zoals het overnemen van werkzaamheden en extra aandacht geven aan de (klachten van de) patiënt, kunnen het vermijdingsgedrag van patiënten in stand houden of zelfs bekrachtigen (Koulil,

Kraaimaat, Riel, & Evers, 2010). Ook is gebleken dat het ervaren van weinig sociale steun op de lange termijn een ongunstig effect heeft op het beloop van functionele beperkingen bij reumatische aandoeningen en de mate van emotioneel leed bij patiënten met fibromyalgie (Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs, & Bijlsma, 2003; Koulil, Lankveld, Kraaimaat, Riel, & Evers, 2010).

De verschillende factoren uit het biopsychosociaal model versterken elkaar en sluiten elkaar niet uit. Een voorbeeld van wisselwerking tussen de factoren is hoe stress tot pijn kan leiden en deze in stand kan houden. Door psychosociale stress wordt er een verhoogde spierspanning opgebouwd. Deze spierspanning houdt de pijn in stand of maakt hem zelfs erger. Pijn roept vervolgens allerlei gedachten op, waardoor meer stress wordt ervaren. De negatieve cognities kunnen leiden tot vermijding van allerlei (sociale) activiteiten, waardoor minder positieve gebeurtenissen worden meegemaakt. Dit kan zorgen voor gevoelens van hulpeloosheid, waardoor depressieve gevoelens en een verminderde kwaliteit van leven kunnen worden ervaren (Nicassio, Schuman, Radojevic, & Weisman, 1999; Samwel, Kraaimaat, Crul, & Evers, 2007). De inactiviteit kan op lange termijn zorgen voor een daling van de fysieke conditie en spierkracht (Bortz, 1984). Zo kunnen pijnpatiënten in een vicieuze cirkel terecht komen met toenemende functionele beperkingen.

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING BIJ CHRONISCHE PIJNPATIËNTEN

Chronische pijn is een complex probleem, omdat het invloed heeft op en beïnvloed wordt door alle drie de factoren uit het biopsychosociaal model. Een behandeling van chronische pijn zal dus ook moeten inspelen op zowel de biologische als de psychologische als de sociale aspecten van de klachten.

Alhoewel vaak geen medische oorzaak (meer) aan te wijzen is voor de pijnklachten, ervaren chronische pijnpatiënten daadwerkelijk pijn in hun lichaam. Zij gaan te rade bij specialisten, therapeuten en eventueel alternatieve genezers om de oorzaak van de klachten te vinden en deze weg te laten nemen. Vaak krijgt men geen bevredigend antwoord of helpt de behandeling onvoldoende. Op het moment dat zij ervaren dat er geen verbetering (meer) is, kunnen zij worden doorverwezen naar een multidisciplinaire revalidatiebehandeling.

Een multidisciplinaire behandeling houdt in dat patiënten door verschillende disciplines worden behandeld. Zij krijgen bijvoorbeeld fysieke training, psychologische behandeling, pijneducatie, ergotherapie, manuele therapie, diëtetiek en ontspanning aangeboden. Door vanuit verschillende disciplines in te spelen op de klachten, komen alle drie de factoren uit het biopsychosociaal model aan bod. Het doel van multidisciplinaire

behandeling is dat patiënten minder bewegingsangst ervaren, een adequater ziekte-inzicht ontwikkelen en (weer) op een adequate manier met hun pijnklachten leren omgaan. Hierdoor zullen zij meer activiteiten gaan ondernemen, minder beperkingen ervaren en meer tevreden zijn over hun participatie. Een multidisciplinaire behandeling is dus niet gericht op het verminderen of elimineren van de pijn, maar op het adequaat leren omgaan met de pijn en het optimaliseren van het activiteiten- en participatieniveau.

Uit een review van Guzmán et al. (2001) bleek dat een intensieve multidisciplinaire behandeling van meer dan 100 behandeluren voor patiënten met chronische pijn in de lage rug, op de lange termijn het meest succesvol is in het verminderen van de pijnklachten en het verbeteren van het functioneren. Voor de behandeling van chronische nek- of schouderpijn lijkt nog weinig betrouwbaar onderzoek gedaan naar het effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling op het activiteiten- en (sociale) participatieniveau. Uit een onderzoek van Jensen, Bergström, Ljungquist, and Bodin (2005) blijkt echter dat op de arbeidsparticipatie een positief effect zichtbaar is, wanneer mensen met chronische nek- of rugpijn een multidisciplinair traject hebben gevolgd. Middelkoop et al. (2011) hebben gevonden dat multidisciplinaire behandeling bij pijnklachten in de lage rug effectiever is in het verminderen van de pijnklachten dan de wachtlijstgroep of actieve therapie (als fysieke training of fysiotherapie). Tevens is volgens hen op de korte termijn minder ziekteverzuim onder de patiënten die een multidisciplinaire behandeling hebben ondergaan.

CHRONISCHE PIJN EN COPING

Een multidisciplinaire revalidatiebehandeling is erop gericht om zo adequaat mogelijk met de pijn om te gaan. Het is echter de vraag of deze aanpak voor ieder individu even effectief is. Niet iedereen gaat namelijk op dezelfde manier om met tegenslagen. De manier waarop mensen gedragsmatig, cognitief en emotioneel met problemen en stressvolle situaties omgaan, wordt 'coping' genoemd. Copingstijlen zijn de cognitieve- en gedragshandelingen die iemand toepast om met deze situaties om te gaan (Rosenstiel & Keefe, 1983). De copingstijl van mensen hangt vaak samen met hun persoonlijkheid, waardoor deze zich kenmerkt door een zekere stabiliteit (Schreurs, Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993).

Over het algemeen worden copingstijlen onderverdeeld in passieve en actieve copingstijlen (Brown & Nicassio, 1987). Onder passieve copingstijlen valt bijvoorbeeld situaties vermijden of alles over je heen laten komen (Keefe et al., 1997). Een passieve copingstijl blijkt een ongunstige factor bij mensen met chronische pijn en wordt vaak geassocieerd met depressieve klachten, meer beperkingen in activiteiten en hulpeloosheid

(Ferrari & Louw, 2011; Snow-Turek, Norris, & Tan, 1996). Ook blijkt dat passieve coping een sterke en onafhankelijke voorspeller is voor invaliditeit bij nek- en/of rugpijn (Linton, 2000; Mercado, Carroll, Cassidy, & Côté, 2005). Vermijdings- en terugtrekgedrag bij pijn blijkt bij reumatische aandoeningen als fibromyalgie, een voorspeller voor een toename van klachten en beperkingen (Evers et al., 2003; Steultjens, Dekker, & Bijlsma, 2001). Volgens Ramond et al. (2011) is een passieve copingstijl, zoals situaties vermijden door angst, een duidelijkere voorspeller voor aanhoudende invaliditeit dan de ontwikkeling van pijn in de lage rug.

Actieve copingstijlen zijn bijvoorbeeld problemen actief aanpakken, sociale steun zoeken, je emoties uiten en geruststellende gedachten hanteren. Actieve coping wordt geassocieerd met minder voorkomen van depressie, hoger activiteitsniveau en minder functionele beperkingen, maar lijkt niet gerelateerd aan de mate van pijn (Ferrari & Louw, 2011; Snow-Turek et al., 1996). Het effect van actieve coping op het ziektebeloop is nog onduidelijk. In een aantal onderzoeken worden positieve effecten gevonden bij het hebben van een actieve copingstrategie. Zo kan actieve coping bij pijnklachten leiden tot meer sociale interactie en meer positieve psychologische aanpassing (Smith, Wallston, Dwyer, & Dowdy, 1997; Strahl, Kleinknecht, & Dinnel, 2000). Er bestaat echter ook een subgroep van patiënten die constant doorgaat met activiteiten om afleiding te zoeken, ondanks hun pijnklachten. Langdurige overbelasting kan zorgen voor toename van klachten en vermoeidheid (Hasenbring, Plaas, Fischbein, & Willburger, 2006; Koulil et al., 2008; Smith et al., 1997). Dit kan vervolgens weer negatieve gevolgen hebben op het activiteiten- en participatieniveau van de patiënt.

Coping wordt in dit onderzoek beschouwd als een factor met een zekere stabiliteit, omdat hij deels blijkt samen te hangen met de persoonlijkheid (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). Iedere patiënt heeft dus een eigen manier van omgaan met problemen en tegenslagen en deze zal over het algemeen niet veranderbaar zijn. Coping zal dus nauwelijks te beïnvloeden zijn door middel van behandeling. Aangezien een multidisciplinaire behandeling zich richt op het leren omgaan met de pijnklachten is het de vraag of de coping van chronische pijnpatiënten invloed heeft op het effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling. Bij het effect van de behandeling gaat het vooral om de mate van participatie in de dagelijkse activiteiten. Doordat chronische pijnpatiënten met een actieve copingstijl al beter lijken te kunnen omgaan met hun klachten en minder vermijdend zijn, is het aannemelijk dat zij frequenter activiteiten ondernemen en hierbij minder beperkingen ervaren. Dit kan zorgen voor meer tevredenheid over hun participatie in de dagelijkse

activiteiten. Zij staan wellicht ook meer open voor behandeling en ervaren daardoor meer effect van de behandeling in hun participatie. Om adequater om te leren gaan met de pijnklachten, is verandering in gedrag en in cognities nodig en dat vraagt om een actief aandeel van de patiënt. Dit onderschrijft de hypothese dat patiënten met een meer actieve coping deze veranderingen wellicht sneller kunnen integreren. Een passieve coping betekent immers dat je afwachtend bent en alles over je heen laat komen (Keefe et al., 1997).

De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: *Welke invloed heeft de copingstijl van chronische pijnpatiënten op het effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling?*

Hierbij worden de volgende deelvragen meegenomen:

1. *Hebben chronische pijnpatiënten baat bij een multidisciplinaire revalidatiebehandeling?*
Om een uitspraak te kunnen doen over het effect van de behandeling, wordt gekeken naar het activiteiten- en participatieniveau van de patiënten.
 - a. Hebben chronische pijnpatiënten een hogere frequentie van activiteiten na een multidisciplinaire revalidatiebehandeling?
 - b. Ervaren chronische pijnpatiënten minder beperkingen in hun activiteiten en participatie na een multidisciplinaire revalidatiebehandeling?
 - c. Zijn chronische pijnpatiënten meer tevreden met hun participatie en activiteiten na een multidisciplinaire revalidatiebehandeling?
2. *Zorgen actieve copingstijlen bij chronische pijnpatiënten voor een groter effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling dan passieve copingstijlen?*

METHODE

PARTICIPANTEN EN PROCES

Voor dit onderzoek zijn alle patiënten geïnccludeerd die sinds augustus 2011 bij Medinello, een zelfstandig behandelcentrum voor poliklinische revalidatie te Amersfoort, een multidisciplinaire revalidatiebehandeling van zestien weken voor chronische pijn hebben ondergaan. Deze patiënten hebben voorafgaand aan en na afloop van hun behandeling vragenlijsten ingevuld waarmee het effect van de behandeling kan worden gemeten. Daarnaast hebben zij voor aanvang van de behandeling een vragenlijst ingevuld die hun copingstijl meet.

Voorafgaand aan de behandeling ontvingen alle patiënten het huisreglement van Medinello. Hierin stond vermeld dat de gegevens van de patiënt zonder toestemming kunnen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek of kwaliteitsdoelen. Om de privacy van de patiënt te waarborgen is de voorwaarde voor het gebruik van de data dat de gegevens niet tot de patiënt te herleiden zijn. Tevens staat vermeld dat als de patiënt bezwaar heeft tegen het gebruik van zijn gegevens voor (anoniem) wetenschappelijk onderzoek of voor kwaliteitsdoelen, hij dit kenbaar kan maken bij zijn casemanager binnen Medinello.

Medinello

Medinello, is een tweedelijns zelfstandig behandelcentrum voor poliklinische revalidatie. De meeste patiënten worden hier behandeld voor chronische pijn in de nek, wervelkolom, schouders en/of fibromyalgie. Om in aanmerking te komen voor een multidisciplinaire revalidatiebehandeling bij Medinello, hebben patiënten reeds een traject doorlopen in een eerstelijns gezondheidsinstelling (bijvoorbeeld eerstelijns fysiotherapie) wat onvoldoende resultaat heeft opgeleverd. Daarnaast waren de pijnklachten voorafgaand aan de behandeling tenminste 3 maanden aanwezig en niet (meer) te verklaren door een medische oorzaak, waardoor deze als chronisch kunnen worden gezien.

Binnen Medinello wordt multidisciplinair behandeld. Dit houdt in dat de patiënten een aantal modules krijgen aangeboden, waaronder pijneducatie, fysieke training (onder andere conditieopbouw, spierversterkende oefeningen en verminderen van bewegingsangst), psychologische behandeling (cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie, EMDR en/of inzichtgevende therapie), balans in de dag (plannen van activiteiten) en ontspanning. Desgewenst kan de patiënt daarnaast worden behandeld door een manueel therapeut en/of

diëtiste. Behalve de fysieke training en de pijneducatie, worden de modules individueel aangeboden.

Participanten

Van de patiënten die sinds augustus 2011 een multidisciplinaire behandeling zijn gestart, zijn zestien patiënten uitgesloten voor het onderzoek vanwege bijvoorbeeld comorbiditeit (zoals het doorgaan van een ernstige depressieve episode), ernstige familieomstandigheden of doordat zij een korter behandeltraject hebben gehad dan zestien weken. Uiteindelijk zijn er 57 patiënten geïncludeerd. In Tabel 1 worden hun demografische gegevens weergegeven. Bijna 65% van de participanten is vrouw en de gemiddelde leeftijd is 42.7 jaar. De overgrote meerderheid van de participanten heeft een Nederlandse nationaliteit, is gehuwd of woont samen en heeft al meer dan 5 jaar pijnklachten.

Tabel 1: *Demografische Gegevens van de Participanten (N=57)*

Variabele	Categorie	N	%	<i>M (SD)</i>
Geslacht	Man	20	35.1	
	Vrouw	37	64.9	
Leeftijd				42.7 (13.1) jaar (range: 21-68 jaar)
Leeftijdsgroepen	20-29 jaar	11	19.3	
	30-39 jaar	13	22.8	
	40-49 jaar	16	28.1	
	50-59 jaar	8	14.0	
	60-69 jaar	9	15.8	
Nationaliteit	Nederlands	51	89.5	
	Turks	2	3.5	
	Marokkaans	3	5.3	
	Surinaams	1	1.8	
Burgerlijke staat	Alleenstaand	10	17.5	
	Gehuwd/samenwonend	40	70.2	
	LAT-relatie	1	1.8	
	Bij ouders	4	7.0	
	Gescheiden	2	3.5	
Opleidingsniveau	Laag	10	17.5	
	Middel	30	52.6	
	Hoog	17	29.8	
Duur van de pijnklachten	Tot 1 jaar	11	19.4	
	1 tot 5 jaar	14	24.6	
	Meer dan 5 jaar	32	56.1	

MATERIALEN

Na aanmelding voor een multidisciplinaire revalidatiebehandeling, vond een pre-intake plaats. Dit is een semigestructureerd interview door een professional (psycholoog, fysiotherapeut of ergotherapeut) met als doel een beeld te krijgen van de patiënt, de klachten en de huidige leefsituatie. In dit gesprek werden gegevens uitgevraagd als geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, nationaliteit, opleidingsniveau, werk en de locatie en duur van de klachten. Naar aanleiding van dit interview schat de professional in of de behandeling geschikt kan zijn voor de patiënt. Wanneer dit het geval lijkt, zal de patiënt een intake krijgen bij de revalidatiearts, fysiotherapeut, psycholoog en manueel therapeut.

De patiënten hadden voorafgaand aan de intake bij de psycholoog de Utrechtse Coping Lijst [UCL] (Schreurs et al., 1993) via een online platform (Pearson Platform Online [P2O]) ingevuld. Patiënten hadden hiervoor via e-mail een link toegestuurd gekregen waarmee zij de vragenlijst online konden invullen en terugsturen. Voorafgaand aan de intake met de fysiotherapeut en na afloop van de behandeling hadden zij de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie [USER-P] (Post et al., 2012) ingevuld.

Utrechtse Coping Lijst (UCL)

De UCL beoogt vast te stellen welk copinggedrag over het algemeen wordt uitgevoerd als de patiënt wordt geconfronteerd met problemen of gebeurtenissen die aanpassing vereisen (Schreurs et al., 1993). De vragenlijst bestaat uit 47 items, die beschrijven wat patiënten kunnen denken of doen als er problemen zijn. Een aantal voorbeelden van items zijn: *proberen je te ontspannen, je volledig afzonderen van anderen, een probleem van alle kanten bekijken en je gevoelens tonen*. De patiënt scoort op een vier-keuzeschaal (1= zelden of nooit, 2= soms, 3= vaak en 4= zeer vaak) hoe vaak hij over het algemeen op de beschreven manier reageert bij tegenslagen of problemen.

Met de UCL worden zeven subschalen gemeten (Schreurs et al., 1993), die in te delen zijn in vier actieve en drie passieve copingstijlen. De actieve copingstijlen zijn ‘actief aanpakken’ (ACT; 7 items), ‘sociale steun zoeken’ (SOC; 6 items), ‘expressie van emoties’ (EXP; 3 items) en ‘geruststellende gedachten hanteren’ (GER; 5 items). De passieve copingstijlen zijn ‘palliatieve reactie’ (PAL; 8 items), ‘vermijden/afwachten’ (VER; 8 items) en ‘passief reactiepatroon’ (PAS; 7 items).

De scores van de participanten zijn vergeleken met de normgroep waarbinnen zij vallen qua geslacht en leeftijd: mannen tussen 19-35 jaar/35-45 jaar/45-55 jaar/55-65 jaar of vrouwen tussen 18-25 jaar/25-35 jaar/35-45 jaar/45-65 jaar. Aan de hand van de scores op de

items is per schaal bepaald in hoeverre de patiënt de copingstijl toepast. Zodra de vragenlijst volledig was ingevuld, werd door het programma Pearson2 Online [P2O] automatisch de score berekend op een vijf-puntsschaal van zeer laag tot zeer hoog.

De betrouwbaarheid van de UCL is bij verschillende groepen berekend. De interne consistentie van de zeven schalen kan matig tot goed genoemd worden ($.43 < \alpha < .89$) (Schreurs et al., 1993). De meeste schalen blijken gemiddeld voldoende consistent. De stabiliteitscoëfficiënten (test-hertest) zijn redelijk hoog (tussen .37 en .85), wat er op wijst dat met de UCL-schalen redelijk stabiele eigenschappen gemeten worden (Schreurs et al., 1993). De betrouwbaarheid bij de specifieke doelgroep chronische pijnpatiënten is onbekend.

Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-P)

Om het effect van de behandeling te meten, is gebruik gemaakt van de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie - Participatie [USER-P]. De USER-P is een vragenlijst die participatie meet bij mensen met fysieke beperkingen (Post et al., 2012). Dit houdt in dat er wordt gekeken naar de frequentie van het uitvoeren van activiteiten, de mate waarin de participanten beperkingen ervaren in het uitvoeren van hun activiteiten en hoe tevreden ze zijn ten aanzien van hun participatie.

De vragenlijst bestaat uit 32 items, waarbij verschillende activiteiten als *sporten, werk, dagtochtjes, mobiliteit* en *sociale contacten* op drie dimensies van participatie (frequentie, beperkingen en tevredenheid) worden beoordeeld door de patiënt. Voor het scoren van de frequentie kruist de patiënt het aantal uren aan dat hij besteedt aan de activiteiten. De mate van beperkingen die de patiënt ervaart wordt per activiteit gescoord op een vier-keuzeschaal: *zonder moeite, met hulp, met moeite* en *niet mogelijk*. Tot slot beoordeelt de patiënt op een vijf-keuzeschaal van *zeer ontevreden tot zeer tevreden* hoe tevreden hij is met zijn mate van participatie bij de activiteiten. De drie dimensies van participatie worden gescoord op een schaal van 0 tot 100, waarbij een hogere score staat voor een hogere frequentie van activiteiten, het minder ervaren van beperkingen en meer tevredenheid. De totaalscore op de USER-P is een gemiddelde van de scores op de drie schalen.

Volgens onderzoek van Post et al. (2012) is de USER-P een valide vragenlijst om de factor *participatie* te meten bij volwassenen met milde functionele beperkingen.

ANALYSE

De demografische gegevens van de participanten werden bepaald (Tabel 1). Daarnaast zijn de scores op de UCL berekend door P2O, het programma waarin de patiënten de vragenlijst hebben ingevuld. De verschillende schalen van de USER-P (frequentie, beperkingen, tevredenheid en totaalscore) zijn berekend in SPSS met behulp van een SPSS-syntax.

Om het effect van de copingstijlen op de USER-P scores te bepalen is er een lineair mixed model gebruikt (SPSS, Versie 21.0, IBM SPSS Statistics, Armonk, NY, USA). Participanten werden in het model opgenomen als random effect. Periode (T0 en T1) en copingstijlen (ACT, SOC, EXP, GER, PAS, VER en PAS) werden geselecteerd als mogelijke fixed effects. De USER-P scores (frequentie, beperkingen, tevredenheid en totaalscore) werden gebruikt als afhankelijke variabele. Het model is eerst gedraaid met één copingstijl per keer als fixed effect met de totaalscore van de USER-P als afhankelijke variabele. Dit gaf een eerste indicatie voor het beste model. Om het meest betrouwbare model te selecteren werden vervolgens modellen met verschillende combinaties van fixed effects met elkaar vergeleken aan de hand van Akaike's Information Criteria (AIC-waarden).

RESULTATEN

EFFECT VAN DE BEHANDELING

Om antwoord te kunnen geven op de eerste deelvraag van het onderzoek, *Hebben chronische pijnpatiënten baat bij een multidisciplinaire revalidatiebehandeling?*, zijn de scores op de USER-P op T0 en T1 vergeleken voor de gehele steekproef. Hieruit blijkt dat de behandeling een significant positief effect had op alle schalen van de USER-P (frequentie, beperkingen, tevredenheid) en op de totaalscore (Tabel 2). Een hogere score op de schalen op T1 betekent dat de behandeling bij chronische pijnpatiënten zorgt voor het uitvoeren van meer activiteiten, het ervaren van minder beperkingen en meer tevredenheid over hun participatie.

Tabel 2: Scores USER-P (n=57)

	T0		T1		p-waarde
	M(SD)		M(SD)		
Frequentie	32.73 (8.93)		36.78 (10.86)		< .01
Beperkingen	71.90 (13.62)		80.69 (14.26)		< .01
Tevredenheid	47.44 (18.58)		63.72 (16.50)		< .01
Totaalscore	51.04 (10.68)		60.40 (10.68)		< .01

COPING

De scores op de Utrechtse Coping Lijst [UCL] zijn te zien in Tabel 3. Op de schaal ‘passief reactiepatroon’ werd door de meerderheid van de participanten (zeer) hoog gescoord. Ook op de andere twee passieve copingschalen, ‘palliatieve reactie’ en ‘vermijden/afwachten’, scoorde bijna de helft van de participanten (zeer) hoog. Op alle vier de actieve copingschalen werd vooral gemiddeld gescoord. De gemiddelde scores op de actieve copingschalen waren lager dan de gemiddelde scores op de schalen van de passieve copingschalen in vergelijking met de normgroepen.

Tabel 3: Resultaten Utrechtse Coping Lijst (UCL) (n=57)

	(Ze)er laag		Gemiddeld		(Ze)er hoog		M (SD)*
	n	%	n	%	n	%	
Palliatieve reactie	6	10.5	26	45.6	25	43.8	2.51 (0.905)
Vermijden/afwachten	1	1.8	30	52.6	25	45.6	2.60 (0.773)
Passief reactiepatroon	3	5.3	20	35.1	34	59.7	2.82 (0.905)
Actief aanpakken	9	15.8	29	50.9	19	33.4	2.25 (0.983)
Sociale steun zoeken	6	10.6	32	56.1	19	33.3	2.21 (0.814)
Expressie van emoties	14	24.5	29	50.9	14	24.6	1.98 (0.931)
Geruststellende gedachten hanteren	12	21.1	28	49.1	17	29,8	2.23 (0.941)

* Schaal van 0 tot 5.

INVLOED VAN COPING

De tweede deelvraag waar een antwoord op is gezocht was: *Zorgen actieve copingstijlen bij chronische pijnpatiënten voor een groter effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling dan passieve copingstijlen?* In Tabel 4 zijn de uitkomsten te zien van het lineair mixed model met één copingstijl als fixed effect per keer met de totaalscore van de USER-P als afhankelijke variabele. Deze uitkomsten gaven een indicatie dat de copingschalen ‘passief reactiepatroon’ en ‘expressie van emoties’ mogelijk een effect hebben op de totaalscore van de USER-P ($p < .10$). Er is alleen een aanwijzing gevonden voor een interactie-effect voor de copingstijl ‘passief reactiepatroon’ ($p < .01$) met de tijd. Uit de vergelijkingen van de Akaike’s Information Criteria (AIC-waarden) blijkt dat het model met de fixed effects ‘passief reactiepatroon’ en ‘expressie van emoties’ alsmede de interactie periode x ‘passief reactiepatroon’ het beste model vormde (AIC = 815.75).

Tabel 4: Effect van de Copingstijlen op de Totaalscore van de USER-P op T0 en T1 (n=57)

	Effect op Totaalscore		Interactie-effect met tijd	
	<i>F</i>	<i>p</i> -waarde	<i>F</i>	<i>p</i> -waarde
Palliatieve reactie	0.32	.57	0.518	.46
Vermijden/afwachten	0.15	.70	2.093	.15
Passief reactiepatroon	5.85	.02	9.976	.00
Actief aanpakken	0.39	.54	0.08	.78
Sociale steun zoeken	0.08	.78	1.839	.18
Expressie van emoties	3.04	.09	1.502	.23
Geruststellende gedachten hanteren	1.84	.18	0.156	.69

Op de copingschalen, ‘actief aanpakken’, ‘sociale steun zoeken’, ‘geruststellende gedachten hanteren’, ‘palliatieve reactie’ en ‘vermijden/afwachten’, is geen effect gevonden op de score op de schalen van de USER-P op T0 en T1. De participanten hebben dus niet anders gescoord op deze schalen van de USER-P dan gemiddeld. Ook is bij deze copingschalen geen interactie-effect gevonden met het effect van de behandeling op de USER-P-schalen. Deze copingstijlen lijken dus geen invloed te hebben op het effect van de behandeling.

Er was een trend dat EXP een effect heeft op de Beperkingenschaal ($F(53.00) = 3.48$, $p = .07$), Tevredenheidschaal ($F(53.00) = 3.28$, $p = 0.08$) en Totaalscore ($F(53.00) = 3.09$, $p = .08$). De participanten die hoog scoorden op ‘expressie van emoties’, lijken minder beperkingen te ervaren in hun activiteiten en lijken meer tevreden met hun participatie, zowel voor als na de behandeling. De score op EXP bleek echter geen invloed te hebben op het effect van de behandeling.

Passief reactiepatroon (PAS)

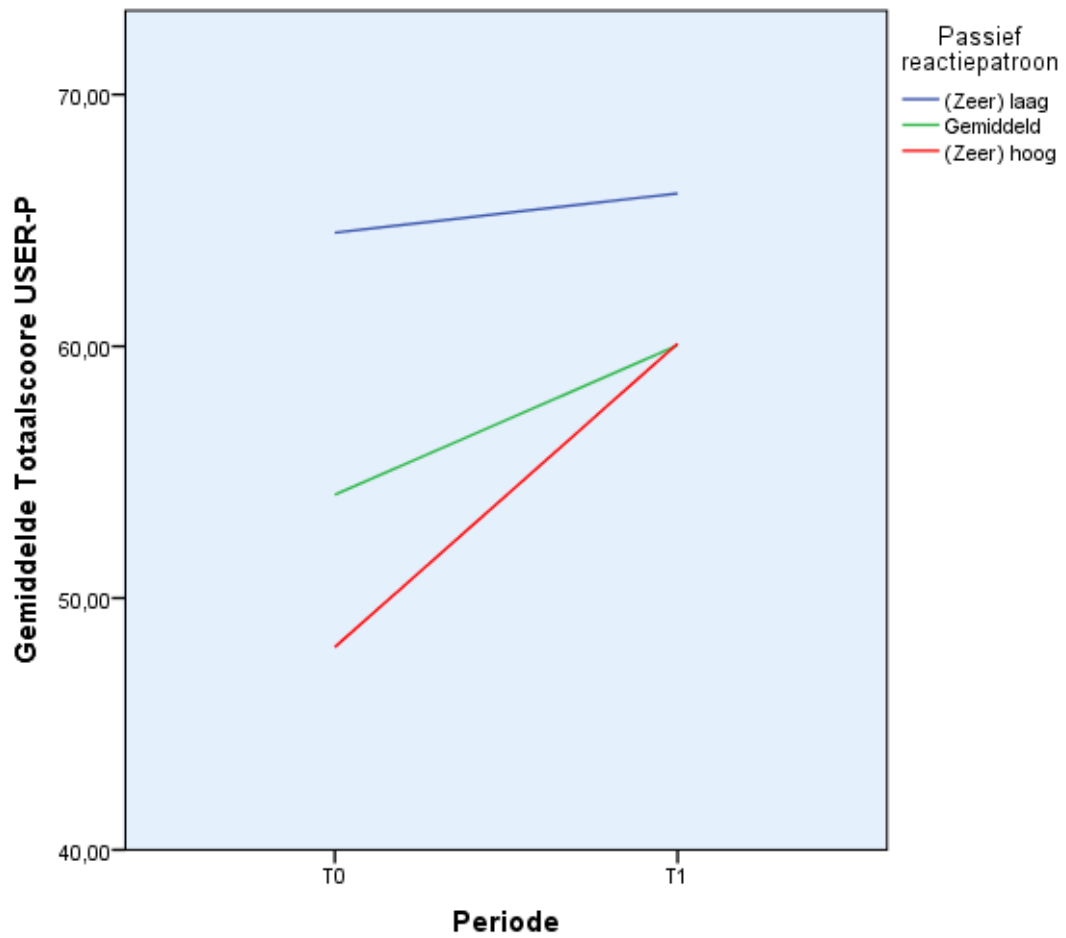
De copingstijl PAS had een effect op de Tevredenheidschaal ($F(52.96) = 8.46, p < .01$) en de Totaalscore ($F(53.00) = 6.19, p = .02$) en er was een trend dat PAS een effect had op de Frequentieschaal ($F(53.05) = 3.92, p = .05$). De participanten die laag scoorden op PAS, hadden een hogere score op de frequentieschaal, tevredenheidschaal en totaalscore van de USER-P, dan degenen die hoog scoorden op PAS (Tabel 5). Dit geldt voor zowel T0 als T1. PAS had geen effect op de Beperkingenschaal.

Participanten die een hoog passief reactiepatroon hebben, bleken minder tevreden te zijn met hun participatie en ook op de totaalscore van participatie scoorden zij minder hoog, zowel voor als na de behandeling. Bij een hoge score op PAS, lijken de participanten een lagere frequentie te hebben van activiteiten, maar dit is niet significant aangetoond.

Tabel 5: Scores op USER P ten opzichte van de Scores op Copingschaal PAS ($n=57$)

	Frequentie		Beperkingen		Tevredenheid		Totaal	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
(Zeer) laag	40.7 (8.6)	38.1 (8.1)	86.2 (6.3)	79.3 (11.2)	66.7 (30.9)	80.8 (14.7)	64.5 (13.2)	66.1 (2.8)
Gemiddeld	34.5 (8.0)	37.6 (7.9)	74.8 (11.6)	79.0 (13.0)	53.1 (11.3)	63.5 (15.9)	54.1 (8.0)	60.0 (10.1)
(Zeer) hoog	31.0 (9.1)	36.2 (12.6)	68.9 (14.2)	81.8 (15.4)	42.4 (19.4)	62.3 (16.6)	48.1 (10.7)	60.1 (11.5)

Er was een periode \times PAS interactie-effect op de schalen Beperkingen ($F(54.00) = 13.17, p < .001$) en Tevredenheid ($F(54.00) = 6.84, p = .01$) en op de Totaalscore ($F(54.00) = 10.85, p < .01$) van de USER-P. In Figuur 2 is te zien dat de participanten die (zeer) hoog scoorden op PAS, een grotere stijging van de totaalscore van de USER-P hadden tussen T0 en T1. Dit betekent dat participanten met een (zeer) hoog passief reactiepatroon een groter positief effect ervoeren van de behandeling dan patiënten met een gemiddeld of (zeer) laag passief reactiepatroon. Ook op de schalen beperkingen en tevredenheid is gebleken dat participanten met een (zeer) hoog passief reactiepatroon meer baat hadden bij de behandeling.



Figuur 2: *Effect PAS op Totalscore USER-P*

DISCUSSIE

Met dit onderzoek is gekeken naar het effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling bij chronische pijnpatiënten op de frequentie van het uitvoeren van activiteiten, hun ervaren beperkingen hierin en hoe tevreden zij zijn met hun participatie. Het is gebleken dat de patiënten na de behandeling op alle gemeten factoren vooruitgang ervaren. Zij ondernemen meer activiteiten, wat kan duiden op minder vermijding door bewegingsangst. Daarnaast ervaren zij minder beperkingen in het uitvoeren van verschillende activiteiten. Dit kan komen doordat zij zich minder laten beperken door hun (pijn)klachten. De tevredenheid van de patiënten is ook verbeterd na de behandeling, wat kan duiden op dat zij beter met hun pijnklachten kunnen omgaan. De bevinding dat een multidisciplinaire revalidatiebehandeling een effectieve manier is om chronische pijnpatiënten te behandelen, komen overeen met eerder onderzoek (Bergström, Jensen, Hagberg, Busch, & Berstrom, 2012; Guzmán et al., 2001; Jensen et al., 2005; Middelkoop et al., 2011). Ondanks dat dit onderzoek niet binnen de setting van een vooropgezette behandeling heeft gemeten, maar in de dagelijkse praktijk, zijn er duidelijk effecten van de behandeling zichtbaar geworden. Een multidisciplinaire behandeling blijkt dus ook in de dagelijkse praktijk effectief. De uitkomstmaat die is gebruikt in dit onderzoek, participatie in dagelijkse (sociale) activiteiten, lijkt niet eerder gebruikt bij het meten van het effect van de behandeling. Eerder werd vooral gekeken naar de mate van (pijn)klachten, het lichamelijk functioneren en het vermogen om te werken (Guzmán et al., 2001; Jensen et al., 2005; Keefe et al., 1997) Dit onderzoek lijkt dus een aanvulling op eerdere effectmetingen van multidisciplinaire behandelingen bij chronische pijnpatiënten.

In dit onderzoek is vervolgens gekeken naar het verschil in het effect van de behandeling tussen patiënten met verschillende copingstijlen. Over het algemeen blijken patiënten met meer actieve copingstijlen niet meer baat te hebben bij een multidisciplinaire revalidatiebehandeling. Dit is niet congruent met de voorafgestelde hypothese. Één actieve copingstijl, het uiten van je emoties, blijkt wel te zorgen voor meer tevredenheid en het ervaren van minder beperkingen, maar deze copingstijl heeft geen invloed op het effect van de behandeling. Andere actieve en passieve copingstijlen blijken ook geen invloed te hebben op het effect van de behandeling, behalve ‘passief reactiepatroon’. Tot onze verbazing blijkt dat patiënten met een hoog passief reactiepatroon, meer baat hebben bij de behandeling dan patiënten die een laag passief reactiepatroon hebben. Dit kan deels worden verklaard doordat patiënten met een hoog passief reactiepatroon veel te winnen hebben tijdens de behandeling. Deze patiënten zijn namelijk voorafgaand aan de behandeling minder actief, ervaren meer

beperkingen en zijn minder tevreden. Dit komt overeen met dat passieve coping een voorspeller is voor invaliditeit en het ervaren van meer beperkingen (Ferrari & Louw, 2011; Mercado et al., 2005; Ramond et al., 2011). Een tweede verklaring voor de uitkomsten kan zijn dat de participanten tijdens de behandeling geactiveerd werden door het volgen van het intensieve programma en het uitvoeren van de opdrachten die zij mee naar huis kregen vanuit verschillende behandeldisciplines. Er werd van hen gevraagd om op een actieve manier om te gaan met hun pijnklachten. Hierdoor hebben de patiënten die in het algemeen meer passieve copingstijlen hanteren wellicht de voordelen ervaren van actievere copingstijlen: minder somberheid, een hoger activiteitsniveau en minder functionele beperkingen (Ferrari & Louw, 2011; Snow-Turek et al., 1996). Dit kan zorgen voor een positiever effect van de behandeling, omdat zij op de participatieschalen hoger scoorden.

Limitaties

Bij dit onderzoek moeten enkele limitaties in acht worden genomen. Zo is er bijvoorbeeld geen mogelijkheid geweest tot het gebruik van een controlegroep. Een wachtlijstgroep of een groep die een andere behandeling onderging was wenselijk geweest om met meer zekerheid te kunnen stellen dat het effect op de participatie toe te schrijven is aan de multidisciplinaire revalidatiebehandeling.

Verder geldt dat de behandelingen binnen de verschillende disciplines worden afgestemd op de patiënt. Dit betekent dat de patiënten inhoudelijk niet exact hetzelfde programma aangeboden krijgen. Zo kan bijvoorbeeld bij de ene patiënt binnen de psychologische behandeling de nadruk liggen op traumaverwerking en bij een andere patiënt op het verbeteren van de stemming. Omdat chronische pijn een complexe stoornis is, is het werken volgens een standaard protocol nauwelijks mogelijk. Het doel van de behandeling, op een constructieve manier omgaan met de pijn, is echter voor alle patiënten hetzelfde.

Het is moeilijk om op een betrouwbare manier de copingstijl van mensen te meten. De copingstijl die mensen hanteren verschilt vaak per situatie (Rhode, Lewinsohn, Tilson, & Seeley, 1990). Het is niet helemaal duidelijk of de coping in dit onderzoek op een betrouwbare manier is gemeten. Het gebruikte zelfrapportage-instrument, de UCL, is betrouwbaar gebleken in het meten van algemene coping, maar om te kunnen begrijpen hoe mensen reageren in stressvolle situaties zou het beter zijn om naar de dimensionaliteit van coping te kijken (Rhode et al., 1990). Hiermee wordt bedoeld dat de coping in verschillende situaties en op verschillende manieren wordt gemeten. In dit onderzoek gaat het niet alleen om de algemene coping, maar ook om de specifieke coping met de pijn. Hier worden immers

de behandeling op toegespitst. Om de stabiliteit van de copingstijl na te gaan, kan bij vervolgonderzoek een nameting worden toegevoegd.

Aanbevelingen

Verder onderzoek moet het effect van de multidisciplinaire behandeling op lange termijn vaststellen. De vragenlijsten worden reeds drie, zes en twaalf maanden na het beëindigen van de behandeling afgenomen. Wellicht bestaat op de lange termijn een verschil in hoe patiënten continueren wat tijdens de behandeling is geleerd. Er valt te verwachten dat patiënten met een actieve coping op eigen initiatief gemakkelijker het geleerde kunnen continueren, omdat zij gewend zijn om problemen, en dus ook terugval en tegenslagen, actief aan te pakken. Hierbij kan verwacht worden dat zij het geleerde op die momenten gemakkelijker kunnen toepassen dan patiënten met een passieve coping.

In dit onderzoek is alleen gekeken naar de invloed van copingstijlen op het effect van de behandeling. Het is wellicht interessant voor vervolgonderzoek om te achterhalen of andere factoren als geslacht, nationaliteit, opleidingsniveau en duur van de klachten invloed hebben op het effect van een multidisciplinaire behandeling.

Uit dit onderzoek blijkt dat de huidige behandeling over het algemeen effectief is bij chronische pijnpatiënten. Om met de behandeling nog beter aan te sluiten bij de individuele patiënt wordt aanbevolen om de uitkomst van de UCL te gebruiken bij het formuleren van behandeldoelen. Een patiënt met een hoge score op 'passief reactiepatroon', lijkt baat te hebben bij activering en zal hier wellicht in gestimuleerd kunnen worden. Ook zal bij deze patiënt aandacht moeten zijn voor hoe hij na de behandeling actief blijft. Bij een patiënt met een laag 'passief reactiepatroon' kunnen de doelen wellicht worden gericht op het hanteren van zijn grenzen om overbelasting te voorkomen. Hierdoor wordt de kans op klachtentoeename of het aanhouden van de klachten kleiner.

CONCLUSIE

Uit de uitkomsten van dit onderzoek blijkt dat de coping van chronische pijnpatiënten nauwelijks invloed heeft op het effect van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling. Alleen chronische pijnpatiënten die een hoog passief reactiepatroon hebben, lijken meer baat te hebben bij de behandeling dan patiënten die een laag passief reactiepatroon hebben. Zij scoren echter voorafgaand aan de behandeling beduidend lager op de participatieschalen. Het lijkt niet te betekenen dat patiënten met een hoog actief reactiepatroon, minder baat hebben bij de behandeling dan patiënten die een laag actief reactiepatroon hebben. Er is meer longitudinaal onderzoek nodig om uitspraken te kunnen doen over de invloed van coping op het effect van de behandeling op de lange termijn.

REFERENTIES

- Bekkering, G. E., Bala, M. M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, R., . . . Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic pain and its treatment in the Netherlands. *The Netherlands Journal of Medicine*, *69*(3), 141-153.
- Bergström, C., Jensen, I., Hagberg, J., Busch, H., & Berstrom, G. (2012). Effectiveness of different interventions using a psychosocial subgroup assignment in chronic neck and back pain patients: a 10-year follow-up. *Disability & Rehabilitation*, *34*, 110-118.
- Bortz, W. M. (1984). The disuse syndrome. *Western Journal of Medicine*, *141*(5), 691.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, *10*(4), 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Brown, G. K., & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, *31*(1), 53-64.
- Bruijn-Kofman, A. d. (2004). *Leven met chronische pijn* (Vol. 13): Bohn Stafleu van Loghum.
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *93*(6), 1080-1107.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, J. W. J. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(11), 1295-1310.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Lankveld, v. W., Jongen, P. J., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of consulting and clinical psychology*, *69*(6), 1026.
- Ferrari, R., & Louw, D. (2011). Coping style as a predictor of compliance with referral to active rehabilitation in whiplash patients. *Clin Rheumatol*, *30*, 1221-1225.
- Guzmán, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ : British Medical Journal*, *322*(7301), 1511-1516.

- Hasenbring, M. I., Plaas, H., Fischbein, B., & Willburger, R. (2006). The relationship between activity and pain in patients 6 months after lumbar disc surgery: Do pain-related coping modes act as moderator variables? *European Journal of Pain*, *10*(8), 701-709.
- Houdenrove, B. v. (2005). *In wankel evenwicht: over stress, levensstijl en welvaartsziekten*. Tiel: Lannoo.
- Jensen, I. B., Bergström, G., Ljungquist, T., & Bodin, L. (2005). A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain*, *115*(3), 273-283.
- Keefe, F. J., Kashikar-Zuck, S., Robinson, E., Salley, A., Beupre, P., Caldwell, D., . . . Haythomwaite, J. (1997). Pain coping strategies that predict patients' and spouses' ratings of patients' self-efficacy. *Pain*, *73*, 191-199.
- Koulil, S. v., Kraaimaat, F. W., Lankveld, W. v., Helmond, T. v., Vedder, A., Hoorn, H. v., . . . Evers, A. W. M. (2008). Screening for pain-persistence and pain-avoidance patterns in fibromyalgia. *International Journal of Behavioral Medicine*, *15*(3), 211-220.
- Koulil, S. v., Kraaimaat, F. W., Riel, P. L. C. M., & Evers, A. W. M. (2010). Psychologische interventies bij reumatische aandoeningen. *Psychosociale zorg bij chronische ziekten*. (pp. 51-60). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koulil, S. v., Lankveld, v. W., Kraaimaat, F. W., Riel, v. P. L. C. M., & Evers, A. W. M. (2010). Risk factors for longer term psychological distress in well-functioning fibromyalgia patients: A prospective study into prognostic factors. *Patient Education and Counseling*, *80*(1), 126-129.
- Linton, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, *25*(9), 1148-1156.
- Loeser, J. D., & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, *353*, 1607-1609.
- Mercado, A. C., Carroll, L. J., Cassidy, J. D., & Côté, P. (2005). Passive coping is a risk factor for disabling neck or low back pain. *Pain*, *117*(1-2), 51-57.
- Merkey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain* (2de druk ed.). Seattle: IASP Press.

- Middelkoop, M., Rubinstein, S. M., Kuijpers, T., Verhagen, A. P., Ostelo, R., Koes, B. W., & van Tulder, M. W. (2011). A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *European Spine Journal*, *20*(1), 19-39.
- Nicassio, P. M., Schuman, C., Radojevic, V., & Weisman, M. H. (1999). Helplessness as a mediator of health status in fibromyalgia. *Cognitive Therapy and Research*, *23*(23), 181-196.
- Post, M. W. M., Van der Zee, C. H., Hennink, J., Schafrat, C. G., Visser-Meily, J. M. A., & Berdenis van Berlekom, S. (2012). Validity of the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation. *Disability & Rehabilitation*, *34*(6), 478-485.
- Ramond, A., Bouton, C., Richard, I., Roquelaure, Y., Baufreton, C., Legrand, E., & Huez, J. F. (2011). Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care - a systematic review. *Family Practice*, *28*(1), 12-21.
- Rhode, P., Lewinsohn, P. M., Tilson, M., & Seeley, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of personality and Social Psychology*, *58*(3), 499-511.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, *17*, 33-44.
- Samwel, H. J. A., Kraaimaat, F. W., Crul, B. J. P., & Evers, A. W. M. (2007). The role of fear-avoidance and helplessness in explaining functional disability in chronic pain: a prospective study. *International Journal of Behavioral Medicine*, *14*(4), 237-241.
- Schreurs, P. J. G., Willige, G. v. d., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL - herziene handleiding*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Smith, C. A., Wallston, K. A., Dwyer, K. A., & Dowdy, S. W. (1997). Beyond good and bad: a multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis. *Annals of behavioral medicine*, *19*(1), 11-21.
- Snow-Turek, A. L., Norris, M. P., & Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, *64*(3), 455-462.
- Steultjens, M. P., Dekker, J., & Bijlsma, J. W. (2001). Coping, pain, and disability in osteoarthritis: a longitudinal study. *The Journal of Rheumatology*, *28*(5), 1068-1072.

- Strahl, C., Kleinknecht, R. A., & Dinnel, D. L. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 863-873.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., & Eek, H., van. (1996). *Chronische pijn en revalidatie*. Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Woolf, C. J., & Doubell, T. P. (1994). The pathophysiology of chronic pain - increased sensitivity to low threshold AB-fibre inputs *Neurobiology* 4, 525-534.