

# Pijn cursus: een eerste stap van somatische fixatie naar onderkennen van psychische problematiek?

C.E. FLIK, W.A. VAN DER KLOOT, H. KOERS

**ACHTERGROND** Chronische pijn wordt in de klinische praktijk beschouwd als moeilijk behandelbare problematiek.

**DOEL** Bepalen of een pijn cursus bijdraagt aan de verbetering van kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn en aan afname van medische consumptie.

**METHODE** Alle patiënten die van februari 1998 tot oktober 2002 waren verwezen voor deelname aan de 'cursus pijnbeheersing' op een psychiatrische polikliniek werden betrokken in het onderzoek. Zij kregen vooraf, direct na deelname en een half jaar na deelname een vragenlijst met daarin onder meer opgenomen de McGill Pain Questionnaire, de Multidimensional Pain Inventory, en de Symptom Checklist-90. De voor- en nametingen werden vergeleken en de cursusgroep werd vergeleken met een controlegroep van patiënten die op de wachtlijst stonden.

**RESULTATEN** Er bleek een afname in pijnintensiteit en gebruik van morfineachtige medicijnen na deelname aan de cursus. Psychische klachten en het gebruik van antidepressiva namen toe. Dit wijst op een verschuiving van somatische klachten naar onderkenning van psychische problematiek. Vergelijking van cursus- met de controlegroep leverde een minder helder beeld op.

**CONCLUSIE** De pijn cursus lijkt voor patiënten met chronische pijn een eerste stap van de fixatie op lichamelijke sensaties naar het onderkennen en benoemen van emotionele problematiek.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)2, 63-73]

**TREFWOORDEN** chronische pijn, cursus pijnbeheersing, medische consumptie, pijnafname

Chronische pijn is zowel lichamelijk als geestelijk zeer stressvol. Pijn heeft invloed op bewustzijn, slaap, concentratie en dagelijkse activiteiten en noopt tot het ontwikkelen van cognitieve en gedragsmatige coping-strategieën om de pijn emotioneel en praktisch aan te kunnen (Banks & Kerns 1996).

Bij pijn zijn sensorische en emotionele componenten nauw verbonden. Volgens de International Association for the Study of Pain (International

Association for the Study of Pain 1979) is pijn een onplezierige sensorische en emotionele ervaring, veroorzaakt door (dreigende) weefselbeschadiging of beschreven in termen van weefselbeschadiging. Deze definitie geldt bij zowel een bekende als een ontbrekende somatische oorzaak.

Melzack (1996) geeft een fysiologische verklaring voor de samenhang van sensorische en emotionele aspecten van pijn. Hij heeft hiertoe het model van de 'neuromatrix' ontwikkeld, een uit-

bouw van de 'gate control theory' (Melzack & Wall 1965). Deze neuromatrix is een netwerk van neuronen die als lussen tussen de thalamus, de cortex en het limbische systeem lopen en wordt door erfelijkheid en leerprocessen bepaald. Hersenprocessen kunnen beïnvloed worden door input van buiten, maar kunnen ook uit zichzelf optreden. Fantoempijnen of pijnervaringen zonder weefselbeschadiging zijn hiervan een voorbeeld. De mate waarin iemand pijn ervaart en de mate waarin hij hierdoor beperkt wordt, hangen niet alleen van de aanwezigheid en mate van weefselbeschadiging af, maar ook van psychologische factoren, gedragsmatige factoren, persoonlijkheidsfactoren en sociaal-culturele factoren (Lousberg 1994).

Voor het ontstaan en het voortduren van chronische pijn zijn verschillende psychologische verklaringen voorgesteld (Lousberg 1994; Vendrig 1999): de klassiek conditionering; de operante conditionering; het cognitieve gedragsmodel; de cognitieve benadering; het diathese-stressmodel; en het persoonlijkheidsmodel.

**Klassieke conditionering** Aan bepaalde bewegingen die eerder pijn hebben opgeroepen, wordt een heftige aanspanning van de spieren gekoppeld, wat opnieuw pijn veroorzaakt.

**Operante conditionering** Positieve en negatieve bekrachtigingen vanuit de omgeving spelen een rol bij het voortbestaan van pijn (Fordyce 1978).

**Cognitieve gedragsmodel** Pijnlijke ervaringen kunnen catastrofale gedachten uitlokken over beweging. Dit leidt tot bewegingsangst, vermijdingsgedrag en achteruitgang in conditie (Vlaeyen & Kole-Snijders 1996).

**Cognitieve benadering** Onheilspellende gedachten en attributies betreffende oorzaak en verloop van de pijnklachten kunnen deze verergeren (Beck 1976; Ellis 1994).

**Diathese-stressmodel** Pijn heeft speciale stres-

serende aspecten en roept specifieke individuele responsen op die worden bepaald door cognitieve schema's, reeds bestaande coping-strategieën en mogelijkheden tot zelfcontrole (Banks & Kerns 1996; Rudy e.a. 1988).

**Persoonlijkheidsmodel** Verschillende aspecten van de persoonlijkheid blijken verbonden met de ernst van de pijnbeleving. Iedere vorm van persoonlijkheidsstoornis geeft een grotere kans op de ontwikkeling van chronische pijnklachten (Vendrig 1999).

Gezien de complexiteit van pijn verdient het aanbeveling om de behandeling multidisciplinair te laten plaatsvinden (Flik e.a. 2001; Flor e.a. 1992; Van Houdenhove 1997; Reitsma 1994; Turk & Okifuji 2002) en verschillende psychologische benaderingen te combineren (Linszen 1990; Reitsma 1994). Een dergelijke aanpak wordt in cursusvorm toegepast in het Mesos Medisch Centrum Utrecht.

## ONDERZOEK

De laatste jaren is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van groepsbehandelingen bij chronisch zieke patiënten (Holroyd 2002; Turk & Okifuji 2002). Dit onderzoek richtte zich ook wel op specifieke patiëntengroepen, bijvoorbeeld patiënten met kanker (Fawzy & Fawzy 1998), pijnpatiënten (Reitsma 1994), en patiënten met diabetes mellitus (Van der Ven & Snoek 2001). De ontwikkelde groepsprogramma's bleken effectief te zijn voor het verbeteren van de situatie van betreffende patiëntencategorieën.

Ook bij ons in het Mesos Medisch Centrum Utrecht is de behoefte ontstaan om een inventarisatie te maken van de effecten van onze cursus pijnbeheersing en om daarnaast enkele specifieke verwachtingen te onderzoeken die volgen uit de doelstelling van de cursus om patiënten meer greep te laten krijgen op hun pijnsituatie. Patiënten hebben reeds vele onsuccesvolle behandelingen achter de rug. Daarom verwachten we niet zozeer pijnvermindering te kunnen bereiken, als

wel een toename van de kwaliteit van leven (Reitsma 1994) en van een interne locus of control, wat zou moeten leiden tot afname in medische consumptie, in dit geval artsbezoek en medicijngebruik. Ook verwachten wij dat psychische problematiek een belemmerende factor is voor een positief effect van de behandeling.

*Cursus pijnbeheersing* Deze cursus vormt vanaf 1995 onderdeel van het behandelaanbod van het multidisciplinaire chronische-pijnteam van het Mesos Medisch Centrum Utrecht. De cursus is gebaseerd op een door Linssen en Spinhoven ontwikkeld behandelmodel (Linssen 1990) en combineert verschillende psychologische benaderingen. De cursus is voor patiënten met verschillende typen pijn (met of zonder aangetoonde weefselbeschadiging en neuropathische pijn). Ook partners of andere belangrijke systeemleden kunnen deelnemen. Contra-indicaties vormen een (te) gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal en psychiatrische problematiek die (eerst) om een andere behandeling vraagt. Contra-indicatie voor partners is de verwachting dat eventuele relatieproblematiek in de groep uitgeleefd gaat worden. In een individueel voorgesprek komen uitvoerig de verschillende aspecten van chronische pijn en de opbouw van de cursus aan de orde. Daarna volgen elf groepsbijeenkomsten (maximaal acht patiënten) met een combinatie van voorlichting en oefeningen. De cursus wordt begeleid door een psychotherapeut in samenwerking met verschillende gast sprekers. De deelnemers krijgen een cursusboek en oefenopdrachten op een cassetteband of cd-rom. Na drie en na zes maanden zijn er vervolgzittingen.

De voorlichting wordt verzorgd door drie personen: een anesthesist die ingaat op de fysiologie van pijn en op medicatiegebruik; een fysiotherapeut die het belang van activiteit op de opbouw van conditie behandelt en tevens het belang van afwisseling van activiteiten en rust (benadering vanuit het cognitieve gedragsmodel); en een psychotherapeut die met de groep zoekt naar positieve en negatieve bekrachtigingen die een rol kunnen

spelen in het omgaan met de pijn (operante conditionering). Vervolgens komen de cognities aan bod die bij pijn van invloed zijn; er wordt gewerkt met het ABC-schema (*Activating event; Belief; Consequence*) van de rationeel-emotieve therapie (RET; Ellis 1994) (cognitieve benadering).

De oefeningen zijn ontleend aan de hypnotherapie voor pijnklachten. Men leert een progressieve relaxatieoefening van Jacobson (1929), omdat de meeste pijnpatiënten hun spieren chronisch aanspannen (klassieke conditionering); een oefening om de aandacht van de pijn af te leiden (Spinhoven & Linssen 1987); een oefening om de pijn meer te beheersen (*clenched-fist-methode*; Stein 1963); en een toekomstgerichte oefening. In de slotzitting wordt besproken hoe men de komende drie maanden (tot de eerste vervolgzitting) met de pijn denkt om te gaan.

Gedurende de cursus komen bepaalde thema's steeds weer terug. De belangrijkste zijn: ten eerste de overgang van een 'externe locus of control' naar een 'interne locus of control': dat wil zeggen, niet meer alle heil verwachten van medici, maar onderzoeken wat men zelf kan doen om de pijn draaglijker te maken; ten tweede worden patiënten met bewegingsangst gestimuleerd in beweging te komen en 'overactieven' worden gestimuleerd een evenwicht te vinden tussen activiteit en rust; en ten derde de omgang met de sociale omgeving – gezin, familie en vrienden – in relatie tot de pijn. Ook de opstelling van de patiënten in de, vaak langdurige, strijd met keurende en uitkerende instanties komt aan de orde.

## PATIËNTEN EN METHODEN

*Patiënten* In het tijdvak februari 1998 tot oktober 2002 werd aan alle nieuwe patiënten die waren verwezen voor deelname aan de cursus pijnbeheersing vóór het voorgesprek een vragenlijst toegestuurd. De lijst ging vergezeld van een begeleidende brief over het onderzoek en een verzoek om *informed consent*. Wanneer iemand langer dan elf weken op de wachtlijst stond, werd opnieuw de vragenlijst afgenomen. Deze patiënten

vormden een via toevalsfactoren (in het bijzonder het tijdstip van aanmelding voor de cursus) ontstane controlegroep voor hen die de cursus meteen volgden. Na afloop van de cursus en zes maanden daarna werd de vragenlijst wederom opgestuurd.

**Vragenlijst** De vragenlijst bestaat uit vier onderdelen. Deel één bevat vragen over de sociale situatie, het medicijngebruik, de bezoekfrequentie aan artsen, fysiotherapeuten en/of alternatieve genezers en de behandelverwachting.

Als tweede deel is de MPQ-DLV opgenomen, de Nederlandse bewerking (Van der Kloot & Verdommen 1989) van de McGill Pain Questionnaire-Dutch Language Version; Melzack 1975). Hierin staan vragen over duur, plaats en ontstaan van de pijn en de mate waarin de pijn invloed uitoefent op de kwaliteit van het dagelijks leven; dit genereert de *Quality of Life Index (QLI)*.

Daarna volgen twee visueel analoge schalen waaruit drie maten voor pijnintensiteit (visueel analoge schaal nù, minimaal en maximaal) worden verkregen. Als laatste is er een lijst met pijnwoorden die in drie schalen de sensorische, affectieve en evaluatieve aspecten van pijn uitdrukken. De schalen van de MPQ-DLV hebben acceptabele tot hoge Cronbachs alfa's en test-hertestbetrouwbaarheden (Van der Kloot e.a. 1996; Van der Kloot e.a. 1995).

Om de invloed van de pijn op het dagelijks leven en het controlegevoel van de patiënt te meten is als derde deel de MPI-DLV (Lousberg 1994) gebruikt, een Nederlandse versie van de *Multidimensional Pain Inventory* van Turk & Rudy (1988). Deze vragenlijst bestaat uit 61 items verdeeld over 9 schalen binnen 3 onderdelen: pijngerelateerde psychologische variabelen, de reactie van partner van de patiënt op diens pijngedrag, en de frequentie van diverse dagelijkse activiteiten.

Het laatste onderdeel van de vragenlijst bestaat uit de SCL-90, de door Arrindell & Ettema (1986) vervaardigde Nederlandstalige versie van de *Symptom Checklist* van Derogatis e.a. (1973). De SCL-90 heeft 8 subschalen en een totaalscore, psycho-

neuroticisme (PSNEUR). Deze schalen hebben acceptabele tot hoge Cronbachs alfa's (Van der Kloot e.a. 1996).

**Analyse** Omdat het aantal variabelen uit de vragenlijst (zeer) groot is vergeleken met het aantal respondenten, is het aantal variabelen gereduceerd. Daartoe zijn verschillende onderdelen van de eerste meting (n = 62) geanalyseerd met principale componentenanalyse (PCA) en zijn voor de belangrijkste componenten indicatoren geconstrueerd door scores op variabelen met hoge ladingen te sommeren.

De indicatoren kunnen niet berekend worden indien iemands antwoord op een of meer van de betrokken variabelen ontbreekt. Daarom zijn de *missing values* geïmputeerd door middel van regressieanalyse op basis van de scores die wél beschikbaar zijn (MVA, *Missing value analysis*; SPSS Inc. 1999). Aan iedere geschatte waarde wordt een random residu toegevoegd. Omdat componenten combinaties zijn van subschalen die zelf combinaties van afzonderlijke vragen zijn, hebben we ontbrekende componentscores berekend uit de afzonderlijke items van de schalen (bij PSNEUR dus alle 90 items van de SCL-90), zodat er per respondent zoveel mogelijk gegevens voor een schatting gebruikt werden.

Aangezien maar 17 van de 62 patiënten alle 3 de vragenlijsten invulden, is afgezien van gebruik van de derde meting en is de analyse beperkt tot de gegevens van de wachtlijst en van de eerste en tweede meting.

Eerst zijn meting 1 en 2 vergeleken van de respondenten die de cursus gevolgd hebben. Daarna zijn de effecten van de cursus onderzocht door het verschil tussen de wachtlijstgegevens en eerste meting te vergelijken met het verschil tussen de eerste en tweede meting. De respondenten die de wachtlijstmeting en de eerste meting hebben ingevuld fungeren als controlegroep voor degenen die meteen de cursus hebben gevolgd.

Voor bovengenoemde vergelijkingen is *repeated-measures*-analyse met covariaten toegepast.

RESULTATEN

**Respondenten** In totaal ontvingen we 127 ingevulde vragenlijsten van 62 patiënten. Van deze patiënten kwamen er om uiteenlopende redenen 15 niet in behandeling en kwamen 5 patiënten na enkele zittingen niet meer opdagen. Van de 42 patiënten die de cursus afmaakten, retourneerden 31 de tweede vragenlijst. Na de eerste meting kwamen 13 patiënten op de wachtlijst. Na 3 maanden vulden zij, voorafgaand aan de behandeling, nogmaals een vragenlijst in.

**Persoonsgegevens en sociaal-demografische gegevens** In een eerder onderzoek (Flik e.a. 2001) van de totale groep die zich in een bepaalde periode bij de pijnpolikliniek van Mesos Medisch Centrum aanmeldde, was 36% van de patiënten man en 64% vrouw met een mediane leeftijd van 51 jaar en een mediane duur van de pijnklachten van 2,5 jaar, waarvan 25% met meer dan 7 jaar last. Van de pijncursuspatiënten was 32% man en 68% vrouw, met een mediane leeftijd van respectievelijk 39 en 42 jaar. Bij hen was de mediane pijn-duur 5,8 jaar, waarvan bij 40,7% langer dan 8 jaar. De afwijkingen qua leeftijd en pijn-duur ten opzichte van de totale groep zijn beide significant (resp.  $\chi^2 = 23,203$ ;  $p < 0,001$  en  $\chi^2 = 12,790$ ;  $p < 0,001$ ). Ook hadden de pijncursuspatiënten significant ernstiger psychische problematiek (43,5%) dan de

totale groep (21 %) ( $\chi^2 = 18,885$ ;  $p < 0,001$ ).

De gegevens over geslacht, leeftijd, duur van de pijnklachten en de sociaal-demografische kenmerken van de groep van 62 pijncursuspatiënten staan in tabel 1 en 2. De patiënten waren tussen de 23 en 66 jaar oud. De pijn-duur bleek onafhankelijk van de leeftijd. Het verschil in burgerlijke staat tussen mannen en vrouwen was significant ( $\chi^2 = 3,979$ ;  $p = 0,05$ ).

De variabelen beroep en opleiding zijn ingedeeld volgen respectievelijk de Standaardberoepenclassificatie 1992 en de Standaard Onderwijsindeling 1998 (Centraal Bureau voor de Statistiek 2001a en b). Het merendeel van de respondenten bevond zich voor deze variabelen in het lagere segment van de samenleving. Een categorische principale componentenanalyse (Meulman e.a. 1999) op deze variabelen leidde tot één component: sociaal-economische status (SES). De scores hierop zijn in drie categorieën verdeeld voor verder analyse.

**Medicijngebruik** Op de vraag welke medicijnen in welke hoeveelheden de afgelopen week gebruikt waren, werden 76 medicijnen genoemd, waarvan 46 pijnstillers. Deze zijn in 5 categorieën ingedeeld: perifeer aangrijpende pijnstillers (bv. paracetamol, diclofenac); centraal aangrijpende middelen (bv. morfine, codeïne, tramadol); benzodiazepinen (bv. diazepam, oxazepam); antidepressiva met pijnstillende werking (amitrypti-

TABEL 1 Sociaal-demografische gegevens en duur van de pijnklachten van de 62 deelnemers aan het onderzoek naar het effect van een cursus pijnbeheersing

	Totaal (N = 62)	Vrouwen n = 42 (68%)	Mannen n = 20 (32%)
Mediane leeftijd		42 jaar	39 jaar
Burgerlijke staat			
gehuwd	41	24 (58 %)	17 (85 %)
alleenstaand of weduwschap	19	17 (40 %)	2 (10 %)
onbekend	2	1 (2 %)	1 (5 %)
Pijn-duur			
mediaan (range)	5,8 jaar	5,8 jaar (9 maanden-38 jaar)	5,3 jaar (2-25 jaar)
≤ 8 jaar (%)	59,3	niet bekend	niet bekend
> 8 jaar (%)	40,7	niet bekend	niet bekend

TABEL 2 Gegevens over opleiding en beroep van de 62 deelnemers aan het onderzoek naar het effect van een cursus pijnbeheersing

Beroep	(n (%))
elementair	4 (6)
lager	24 (38)
middelbaar	7 (11)
hoger	1 (2)
wetenschappelijk	2 (3)
onbekend	24 (39)
Opleiding	(n (%))
kleuteronderwijs	0 (0)
lager onderwijs	12 (19)
voortgezet onderwijs lager	33 (53)
voortgezet onderwijs hoger	10 (16)
hoger onderwijs 1ste trap	4 (6)
hoger onderwijs 2de trap	0 (0)
hoger onderwijs 3de trap	0 (0)
onbekend	3 (5)

line); en overige antidepressiva (bv. fluoxetine). Van elke categorie werd het aantal standaarddoseringen per dag gecodeerd, waardoor er vijf kwantitatieve variabelen ontstonden (PERI, MORFI, BENZO, TRYPTI en ANTIDEP).

**Datareductie** Principale componentenanalyse (PCA) op de subschalen van de MPI-DLV leverde 3 componenten op (AFHANKELIJKHEID, IRRITATIE, en ACTIVITEIT). PCA op de 9 subschalen van de SCL-90 leverde 1 component op. Deze component wordt benaderd door de totaalscore van de SCL-90, de psychoneurotismeschaal (PSNEUR). Op basis van hun PSNEUR-scores zijn de patiënten in 2 groepen ingedeeld door middel van een 'k-means'-clusteranalyse. De variabele die de clusterindeling weergeeft is PSYPROB. De eerste groep (27 patiënten; 43,5%) had een gemiddelde PSNEUR-score van 209,8; dit wijst op wat ernstige psychische problematiek, aangezien deze score nagenoeg gelijk is aan de gemiddelde normscore van 208,6 voor psychiatrische patiënten (Arrindell & Ettema 1986). De tweede groep (35 patiënten; 56,5%) had een gemiddelde van 132,4 en dat komt overeen met de psychisch gezonde normgroep van Arrindell & Ettema (124,7). Soortgelijke groepsgemid-

delden werden gevonden door Flik e.a. (2001) bij vergelijkbare patiënten van de pijnpolikliniek van Mesos Medisch Centrum, zij het dat de percentages toen respectievelijk 21% en 79% waren. Aangezien de huidige onderzoeksgroep een selectie is uit dezelfde populatie die de pijnpolikliniek bezoekt, zijn patiënten met ernstige psychische problematiek oververtegenwoordigd.

PCA op de variabelen die de intensiteit en de effecten van pijn meten leverde twee componenten op: PIJNSTERKTE (incl. QLI) en PIJNSENSATIE (hoe hoger de scores op deze component, hoe gevarieerder de pijnsensaties).

**Effecten van de pijn cursus** De afhankelijke variabelen waarop Meting 1 en Meting 2 van de cursusdeelnemers (n = 31) met elkaar vergeleken zijn, waren PIJNSTERKTE, PIJNSENSATIE, AFHA, IRRI, ACTIV, PSNEUR, ARTSBEZOEK, PERI, BENZO, TRYPTI, ANTIDEP, en MORFI. Hierop zijn 12 univariate variantieanalyses met 1 binnenpersonenfactor (METING) en 1 tussenpersonenfactor (SEKSE) uitgevoerd. Iedere analyse werd 5 keer herhaald met respectievelijk PIJN-DUUR, SES, VERWACHTING ('wat verwacht u van een behandeling op onze polikliniek ...' met de antwoordmogelijkheden 'slechter', 'geen verandering', 'lichte verbetering', en 'beter'; alleen de laatste 3 antwoorden kwamen voor), BURGERLIJKE STAAT (gedichotomiseerd in 'alleenstaand' versus 'samenlevend') en PSYPROB als covariaat. Omdat het aantal respondenten en dus de power in alle analyses klein is, hebben we een significantieniveau van 0,10 gebruikt.

Een significant effect van METING is gevonden voor PIJNSTERKTE (p = 0,08; Cohens d = 0,34), MORFI (p = 0,046; d = 0,40), ANTIDEP (p = 0,095; d = 0,33) en PSNEUR (p = 0,073; d = 0,35). In de eerste 2 gevallen ging het om een daling van de totale pijnintensiteit en het gebruik van centraal werkende pijnstillers; in het derde en vierde geval om een stijging van het gebruik van algemene antidepressiva en de totaalscore op de SCL-90. Na afloop van de cursus was de gemiddelde pijnsterkte dus significant verminderd, gebruikte men gemiddeld

minder centraal aangrijpende pijnstillers en meer antidepressiva die niet als pijnstiller bedoeld waren. Daarnaast was het gemiddeld aantal klachten op de SCL-90 toegenomen.

Nog 4 significante effecten van METING werden gevonden in analyses met verschillende covariaten: een daling op IRR1 ( $p = 0,088$ ;  $d = 0,33$ ; covariaat = SES) en stijgingen op AKTIV ( $p = 0,013$ ;  $d = 0,53$ ; covariaat = BURGERLIJKE STAAT), PERI ( $p = 0,031$ ;  $d = 0,46$ ; covariaat PSYPROB) en BENZO ( $p = 0,020$ ;  $d = 0,48$ ; covariaat PSYPROB). De eerste 2 resultaten wijzen op een toegenomen coping. In de laatste 2 analyses werden significante SEKSE-METING-interacties gevonden (respectievelijk  $p = 0,032$ ,  $d = 0,45$ ; en  $p = 0,070$ ,  $d = 0,36$ ). In beide gevallen was er sprake van een toenemend medicatiegebruik bij de vrouwen en een afname bij de mannen. Bij de mannen was er dus een daling in gebruik van zowel centraal als perifeer aangrijpende pijnmedicatie en van benzodiazepinen.

*Verschillen tussen cursus- en controlegroep* Een tweede serie analyses is uitgevoerd nadat de patiënten in 2 groepen waren verdeeld: een groep van 6 personen met wachtlijstmeting en meting 1 plus 7 personen met wachtlijstmeting, meting 1 en meting 2 ( $n = 13$ ); en een groep zonder wachtlijstmeting, maar met eerste en tweede meting ( $n = 24$ ). De tweede komt tot stand door de 7 personen af te trekken van de op p. 13 genoemde groep ( $n = 31$ ). De eerste groep fungeert als controlegroep voor de tweede groep. Op elk van de genoemde 12 afhankelijke variabelen zijn univariate variantieanalyses uitgevoerd met 1 binnenpersonenfactor (METING) en 2 tussenpersonenfactoren: GROEP (cursusgroep versus controlegroep) en SEKSE. Deze analyses zijn herhaald met respectievelijk PIJNDUUR, SES, VERWACHTING, BURGERLIJKE STAAT, en PSYPROB als covariaat.

Significante GROEP-METING-interacties zijn alleen gevonden op de afhankelijke variabelen PERI ( $p = 0,054$ ;  $d = 0,38$ ) en ANTIDEP ( $p = 0,045$ ;  $d = 0,34$ ). Er bleek een toename van het gebruik van perifeer werkende pijnstillers in de controlegroep, terwijl het gebruik in de cursusgroep op Meting 1

en Meting 2 gelijk was; tevens was er een toename in het gebruik van antidepressiva in de cursusgroep en een (lichte) afname in de controlegroep. Een drieweginteractie van SEKSE, GROEP en METING ( $p = 0,033$ ;  $d = 0,38$ ) werd gevonden op IRR1 met BURGERLIJKE STAAT als covariaat, namelijk: een stijging van IRR1 in de cursusgroep bij de mannen tegen een daling bij de vrouwen. Het omgekeerde effect wordt gevonden in de controlegroep.

Naast bovenvermelde resultaten, die effecten van de cursus weergeven, waren er enkele effecten van METING – een verandering die losstaat van het al of niet deelgenomen hebben aan de cursus. Bij PERI ( $p = 0,078$ ;  $d = 0,35$ ) en TRYPTI ( $p = 0,054$ ;  $d = 0,37$ ) was er een toename in het medicatiegebruik; wat ARTSBEZOEK betreft, was er sprake van een daling ( $p = 0,069$   $d = 0,33$ ; covariaat PIJNDUUR). Ook was er een stijging van de PIJNSENSATIE-scores bij de mannen, terwijl deze scores bij de vrouwen gelijk bleven ( $p = 0,087$ ;  $d = 0,31$ ). De PERI-scores daarentegen daalden bij de mannen en stegen bij de vrouwen ( $p = 0,003$ ;  $d = 0,62$ ).

## DISCUSSIE EN CONCLUSIE

De cursusgroep onderscheidde zich significant van de totale populatie die zich in bepaalde periode bij de pijnpolikliniek van Mesos Medisch Centrum aanmeldde (Flik e.a. 2001) in leeftijd en pijn duur. Vooral jongere patiënten met een langere pijn duur worden dus naar de pijncursus verwezen. Ook hebben zij ernstiger psychische problematiek.

Uit de vergelijking tussen voor- en nameting van de cursusgroep blijkt een afname van pijnintensiteit en inname van centraal aangrijpende medicijnen en een toename van psychische klachten en het gebruik van antidepressiva.

Hoewel het in theorie mogelijk is dat patiënten tijdens of ten gevolge van de cursus depressief worden, wijzen de resultaten naar onze mening eerder op een verschuiving van de oorspronkelijk alleen als somatisch ondervonden problemen naar een onderkenning van psychische problematiek.

Dit kan op de volgende wijze geïnterpreteerd: pijnкурсuspatiënten blijken vooral uit de lagere sociaal-economische klasse te komen. Merendeels hebben zij beroepen met zwaar lichamelijk werk (stratenmaker, horeca, schoonmaak) en deze vormen een risicofactor voor pijnklachten (Burdorf e.a. 1993; Van Poppel e.a. 1998). Ook zou er in deze groep eerder sprake kunnen zijn van alexithymia ('geen woorden voor gevoelens'; Sifneos 1973). Somatisatie verwijst naar de lichamelijke veranderingen die onderdeel zijn van emoties. De patiënt kan gepreoccupeerd raken met deze lichamelijke verschijnselen en daarnaast een onvermogen hebben om emoties te uiten en aan te pakken. Daardoor worden emoties niet als gevoelens, maar als lichamelijke klachten ervaren. Door de pijnкурсus lijkt er een proces op gang te komen waarbij patiënten zich niet meer alleen op hun lichamelijke klachten richten, maar hun psychische klachten meer gaan benoemen. Onze klinische ervaring onderschrijft dit. De pijnкурсus lijkt zo een eerste stap van het fixeren op de lichamelijke sensaties naar het meer kunnen onderkennen en benoemen van bredere emotionele problematiek.

In dit licht kunnen misschien de veranderde patronen in medicatiegebruik beschouwd worden. De inname van morfineachtige medicatie neemt af en die van perifeer werkende medicatie en benzodiazepinen toe. De afname van het gebruik van de morfineachtige medicijnen, met de vele bijwerkingen, is een belangrijk winstpunt.

De verschuiving van somatisatie naar het onderkennen van psychische problematiek zou kunnen wijzen op de verwachte verschuiving naar een meer interne locus of control. Het blijft een vraag of de gevonden effecten eveneens de verwachte verbetering in quality of life betekenen. Aangezien de variabele die geacht werd quality of life te meten (QLI uit de MPQ-DLV, een variabele met tamenlijk 'lichamelijke' vragen) na principale componentenanalyse moest worden ondergebracht in het construct 'pijnsterkte', was er geen afzonderlijke, directe operationalisatie hiervan voorhanden. Vervolgonderzoek moet klaarheid brengen over de betekenis van een pijnкурсus voor de qua-

lity of life.

De resultaten die in de twee verschillende typen analyses gevonden zijn, vullen elkaar slechts ten dele aan. Alleen voor de variabelen irritatie en 'overige antidepressivagebruik' zijn effecten geconstateerd die waarschijnlijk toe te schrijven zijn aan de курсus. De stijging van de scores voor perifeer aangrijpende pijnstillers doet zich ook voor in de controlegroep. De daling van de irritatiescores lijkt gevolg van de курсus, zij het dat deze daling zich vooral bij mannen voordoet. Alle andere effecten zijn ofwel in de ene ofwel in de andere analyseaanpak gevonden. Het is vooralsnog onduidelijk waardoor dit komt. Een mogelijke oorzaak is dat zich ook in de controlegroep veranderingen hebben voorgedaan, soms niet sterk genoeg om op alle variabelen een significant verschil tussen de eerste en de tweede metingen van курсus- en controlegroep te veroorzaken, maar wel groot genoeg om op sommige variabelen een overall verschil tussen Meting 1 (immers: de tweede meting van de controlegroep) en Meting 2 teniet te doen.

Bij bovenstaande resultaten moet enig statistisch voorbehoud worden gemaakt. In de eerste plaats zijn de effecten beperkt: de effectgrootte maat  $d$  varieert tussen 0,31 en 0,62, dat wil zeggen tussen klein en middelmatig. Ten tweede brengen het hoge significantieniveau (10%) en het grote aantal toetsen een niet te verwaarlozen kans met zich mee dat sommige van de opgespoorde effecten niet meer dan toevalstreffers zijn. Aanpassing van het significantieniveau aan het aantal toetsen (bv. met de Bonferroni-methode) zou echter, gezien de kleine aantallen patiënten, desastreus zijn voor de power van het onderzoek. Om desalniettemin een idee te krijgen van de statistische beperkingen van onze resultaten, hebben we de False Discovery Rate (FDR) van Benjamini & Hochberg (1995) gebruikt. Wanneer we ons beperken tot de hoofdeffecten van 'METING' in de eerste analyse en de interactie van 'GROEP' en 'METING' in de tweede, dan bedragen de FDR-kansen respectievelijk 0,285 en 0,324; er bestaat dus ongeveer een kans van 1 op 3 dat een of meer van de gevonden effecten op toeval berust.



De respons op de vragenlijsten laat zien hoe moeilijk het is om in de klinische praktijk data te verzamelen. Door de vragenlijsten vooraf en achteraf per post op te sturen, werd de respons gehalveerd. Hetzelfde deed zich voor na een half jaar. Ook bleken de vragenlijsten, gezien het opleidingsniveau van de pijnpatiënten, vaak moeilijk in te vullen. Dit gaf veel ontbrekende gegevens. Het is daarom aan te bevelen om bij dergelijke populaties de vragenlijsten onder supervisie in het ziekenhuis te laten invullen.

Het is echter vooral aan te bevelen om in dit type onderzoek kortere, specifiekere vragenlijsten te gebruiken. Niet alleen wordt het aantal ontbrekende gegevens daardoor drastisch beperkt, bovendien is er geen uitgebreide datareductie nodig waardoor belangrijke informatie kan verdwijnen, dan wel vermengd worden met minder interessante variabelen. Vervolgonderzoek zou zich hoofdzakelijk kunnen richten op verificatie van onze conclusie dat deelnemers aan een soortgelijke pijnbeheersingscursus een verandering doormaken waardoor zij de psychische aspecten leren onderkennen van hun oorspronkelijk als somatisch ervaren problematiek.

 Wij zijn dank verschuldigd aan mevr.dr. A.C.G. Linssen en prof.dr. Ph. Spinhoven, destijds verbonden aan de polikliniek psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis in Leiden, die ons de door hen ontwikkelde protocollen ter beschikking hebben gesteld. Ook danken wij dr. T.C. Besse, anesthesist, verbonden aan het Mesos Medisch Centrum, voor het omrekenen van de opgegeven doses van verschillende centraal aangrijpende medicijnen tot standaard morfine-equivalenten. Ten slotte willen wij drie beoordelaars van het Tijdschrift voor Psychiatrie bedanken voor hun suggesties, in het bijzonder de ene beoordelaar die ons wees op het werk van Hochberg.

#### LITERATUUR

Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Klachtenlijst (SCL-90)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Banks, S.M., & Kerns, R.D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119, 95-100.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York:

International Universities Press.

Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society B*, 57, 289-300.

Burdorf, A., Naaktgeboren, B., & de Groot, H.C. (1993). Occupational risk factors for low back pain among sedentary workers. *Journal of Occupational Medicine*, 35, 1213-1220.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2001). *Standaard Beroepenclassificatie 1992 (SBC-92)*, editie 2001. <http://www.cbs.nl/nl/standaarden/classificaties/sbc/index.htm>.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2001). *Standaard Onderwijsindeling 1998: Editie 2000/01*. <http://www.cbs.nl/nl/standaarden/classificaties/soi/soi.htm>.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale -- preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy (revised and updated)*. New York: Birch Lane Press.

Fawzy, F.J., & Fawzy, N.W. (1998). Group therapy in the cancer setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 191-200.

Flik, C.E., van der Kloot, W.A., Koers, H., e.a. (2001). Multidisciplinair pijnteam: mode of model? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 43, 71-81.

Flor, H., Fydrich, T., & Turk, D.C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49, 221-230.

Fordyce, W.E. (1978). Learning processes in pain. In R.A. Sternbach (Red.), *The psychology of pain* (pp. 49-73). New York: Raven Press.

Holroyd, K.A. (2002). Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 656-677.

Houdenrove, B. van. (1997). Moet de pijn weg ... of kan men er mee leren omgaan? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 802-808.

International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6, 249-252.

Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Kloot, W.A. van der, Kroeze, S., Bakx, V.E.M., e.a. (1996). Psychologische aspecten van langdurige pijn bij patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat. *Gedrag & Gezondheid*, 24, 49-64.

Kloot, W.A. van der, Oostendorp, R.A., van der Meij, J., e.a. (1995). De Nederlandse versie van de 'McGill Pain Questionnaire': een betrouwbare pijnvragenlijst. *Nederlands Tijdschrift voor Genees-*

- kunde, 139, 669-673.
- Kloot, W.A. van der, & Vertommen, H. (Red.). (1989). Een Nederlandstalige versie van de McGill Pain Questionnaire: Achtergronden en handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Linssen, C. (1990). Pijnbeheersing. Een cursus voor mensen met ruggijn. Proefschrift. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.
- Lousberg, R. (1994). Chronic Pain. Multiaxial assessment and behavioral mechanisms. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Melzack, R. (1996). Gate control theory. On the evolution of pain concepts. *Pain Forum*, 5, 128-138.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Mayor properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Meulman, J.J., Heiser, W.J., & SPSS Inc. (1999). *SPSS Categories 10.0*. Chicago: SPSS.
- Poppel, M.N. van, Koes, B.W., Devillé, W., e.a. (1998). Risk factors for back pain incidence in industry: a prospective study. *Pain*, 77, 81-86.
- Reitsma, B. (1994). *The end of the line? Evaluation of a multidisciplinary team approach to chronic pain*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Rudy, T.E., Kerns, R.D., & Turk, D.C. (1988). Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain*, 35, 129-140.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Spinhoven, P., & Linssen, C. (1987). Hypnose en pijnbeheersing. *Directie Therapie*, 7, 88-112.
- SPSS Inc. (1999). *SPSS Base 9.0: Applications guide*. Chicago, IL.: SPSS.
- Stein, C. (1963). The clenched fist technique as a hypnotic procedure in clinical psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 66, 113-119.
- Turk, D.C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 233-238.
- Ven, N. van der, & Snoek, F. (2001). Diabetes de baas: ontwikkeling en toepassing van een groepsinterventie, gebaseerd op cognitieve-gedragstherapie voor patiënten met type I diabetes. *Directie Therapie*, 21, 172-192.
- Vendrig, L. (1999). *The prediction of outcome in the multimodal treatment of chronic back pain: the role of emotional distress and personality*. Proefschrift. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Vlaeyen, J.W.S., & Kole-Snijders, A.M.J. (1996). *Chronische pijn en revalidatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

## AUTEURS

C.E. FLIK is psycholoog-psychotherapeut en werkzaam op de afdeling Psychiatrie van Mesos Medisch Centrum te Utrecht  
 W.A. VAN DER KLOOT is psycholoog en als universitair hoofddocent verbonden aan de sectie Methoden en Technieken van Psychologisch Onderzoek van de Universiteit Leiden.  
 H. KOERS is psychiater en verbonden aan Mesos Medisch Centrum  
 Correspondentieadres: mevr. C.E. Flik, afdeling Psychiatrie, Mesos Medisch Centrum, Postbus 8605, 3503 RP Utrecht. Tel.: (030) 2633316. Fax: (030) 2633314.  
 E-mail: cflik@mesos.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-8-2004.

## SUMMARY

Can a pain-control course help patients to fixate less on physical pain and become more aware of their psychological and emotional problems? – C.E. Flik, W. A. van der Kloot, H. Koers –

**BACKGROUND** In clinical practice it is generally recognised that chronic pain is very difficult to treat.

**AIM** To determine whether a pain-control course can improve the quality of life of patients with chronic pain and reduce their use of health services.

**METHOD** All patients assigned to the pain-control course at a psychiatric outpatients clinic from February 1998 to October 2002 received questionnaires prior to intake, after participation and six months later. The questionnaires included the McGill Pain Questionnaire, the Multidimensional Pain Inventory, and the Symptom Checklist-90. The results were analysed from two angles: the pre-measurements of participants were compared with the post-measurements of participants and some data of the participants were compared with comparable data collected from a control group of patients on the waiting list.

**RESULTS** The comparison of the pre- and post-measurements of the course group reveal a reduction in pain intensity and in the use of morphine-like substances, but there is an increase in psychological problems and in the use of antidepressants. This result points to a shift from somatic pain to the acknowledgement of psychological problems. The outcome of the comparison between the course group and the control group is less clear.

**CONCLUSION** For patients with chronic pain the pain-control course seems to be a first step on a road leading from fixation on physical sensations to greater awareness and recognition of emotional problems.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)2, 63-73]

**KEY WORDS** chronic pain, health services, pain-control course, use