

Meten van coping, ziekteopvattingen en andere psychosociale factoren, ziekteopvattingen, en anderen psychosociale factoren

Citation for published version (APA):

van Damme, S., Viane, I., & Peters, M. L. (2005). Meten van coping, ziekteopvattingen en andere psychosociale factoren, ziekteopvattingen, en anderen psychosociale factoren. In B. J. P. Crul, B. V. Houdenove, R. S. G. M. Perez, K. Vissers, & R. D. Wit (Eds.), *Algemene psychologische aspecten* (pp. 39-44). Bohn Stafleu van Loghum.

Document status and date:

Published: 01/01/2005

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:

Taverne

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Meten van coping, ziekteopvattingen, en andere psychosociale factoren, ziekteopvattingen, en andere psychosociale factoren

STEFAN VAN DAMME – Doctor in de psychologie, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie, Universiteit Gent.

ILSE VIANE – Psychologe, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie, Universiteit Gent.

MADELON L. PETERS – Hoofddocent Departement Medisch, Klinische en Experimentele Psychologie Universiteit Maastricht.

INLEIDING

In een biopsychosociaal perspectief is een prominente plaats voorbehouden voor de rol van psychosociale factoren bij het instandhouden of verergeren van pijnproblemen en de aantasting van de kwaliteit van leven. In deze bijdrage geven we een overzicht van de psychosociale variabelen die vaak ingeroepen worden om de geringe samenhang tussen fysieke stoornissen, pijn, en functionele belemmeringen te verklaren. Achtereenvolgens komen aan bod: coping, ziekteopvattingen, vrees, hypochondrie, en aandacht. Ten slotte geven we een overzicht van de beschikbare Nederlandstalige instrumenten.

De volgende concepten zijn van belang voor psychosociale moderatoren van de pijnervaring.

COPING

Coping is wat mensen doen of proberen te doen om de aanwezige pijn te verdragen, controleren, of reduceren, ongeacht het succes van deze inspanningen. Met probleemgerichte strategieën worden pogingen bedoeld om het pijnprobleem op te lossen, terwijl emotiegerichte strategieën gericht zijn op het beperken van de aanwezige pijn of stress. Omdat er bij patiënten met chronische pijn geen pasklare oplossing voor de pijn is, zijn deze strategieën meestal gedoemd te mislukken. Toch blijven patiënten vaak volharden in deze vormen van coping, ondanks herhaalde frustraties.¹ Wellicht is het zinvoller het pijnprobleem als onoplosbaar te *aanvaarden*, en de coping te richten op de beperkingen die pijn met zich brengt.^{2, 3}

probleemgerichte strategie

emotiegerichte strategie

aanvaarden

ZIEKTEOPVATTING

Ziekteopvatting is de wijze waarop patiënten denken over hun pijn, en over mogelijke manieren om met de pijn en de gevolgen ervan om te

attributies gaan. Attributies hebben betrekking op de interpretatie van gebeurtenissen en het zoeken van mogelijke verklaringen voor de klachten. Voor patiënten is het vaak moeilijk een betekenis te geven aan pijn, en ze worstelen met de mysterieuze oorsprong van hun pijn. Dikwijls gaan patiënten dan ook catastroferen over pijn. Dit is het toekennen van een overmatig negatieve of bedreigende interpretatie aan pijn.⁴ Uit experimentele onderzoeken is gebleken dat catastroferen over pijn gepaard gaat met een hogere pijnintensiteit, functionele beperkingen door pijn, piekeren over pijn, en problemen om de aandacht af te leiden van de pijn.⁵ Ook effectiviteitsverwachtingen kunnen een belangrijke rol spelen in de pijnervaring. Het gaat hier eigenlijk meer om de waargenomen controle die patiënten hebben met betrekking tot hun situatie. Patiënten hebben verwachtingen over wat de pijn verergert en over de gevolgen van pijn op lange termijn. De verwachting van pijn zorgt ervoor dat patiënten niet voluit gaan, of in bepaalde situaties *vermijdingsgedrag* vertonen. Dit heeft te maken met de mate van zelfeffectiviteit, of het vertrouwen dat iemand heeft in de eigen vaardigheden om specifieke taken uit te voeren. Dit lijkt samen te hangen met de mate waarin patiënten lijden onder hun pijn. Een zeer belangrijk element hierbij is pijngerelateerde vrees.

catastroferen

effectiviteitsverwachtingen

vermijdingsgedrag

VREES

Vrees voor pijn is het centrale concept in diverse modellen die trachten te verklaren waarom en hoe bepaalde patiënten een chronisch pijnsyndroom ontwikkelen.⁶ In deze modellen worden 'confrontatie' en 'vermijding' naar voren geschoven als de twee extreme reacties op pijn. Confrontatie leidt tot een geleidelijke reductie van vrees, waardoor dagelijkse activiteiten sneller weer opgenomen worden. Vermijding resulteert echter in het instandhouden of overdrijven van vrees. Zo'n fobische toestand leidt tot de reductie van activiteit (zowel fysiek als sociaal). Langdurige inactiviteit heeft een afname van de fysieke conditie (deconditionering) tot gevolg en resulteert op lange termijn tot steeds meer beperkingen. Bij een aantal rugpijnpatiënten is er sprake van *kinesiofobie* of vrees voor beweging, die (ten onrechte) wordt beschouwd als mogelijke oorzaak van (hernieuwd) rugletsel.

kinesiofobie

HYPOCHONDRIE

Hypochondrie is een concept dat verwant is aan vrees voor pijn. Het is een overdreven bezorgdheid over en vrees voor het lijden aan een ernstige ziekte. Volgens psychiatrische modellen verklaart een hypochondrische attitude vaak abnormaal ziektegedrag.

AANDACHT

Aandacht wordt steeds vaker gezien als een belangrijke factor in het ervaren van pijn. Dat pijn aandacht opeist in zowel klinische als niet-kli-

nische omstandigheden is algemeen aanvaard.⁷ Het sterk aandacht-opeisende karakter van pijn is een normaal proces, omdat pijn weefselbeschadiging signaleert en daarom aanzet tot ontsnappen. Dit zou vooral te maken hebben met de bedreigende betekenis van pijn. In sommige omstandigheden worden patiënten echter hypervigilant of overalert voor pijn.⁸

INSTRUMENTEN

In deze paragraaf geven we een bondig overzicht van Nederlandstalige vragenlijsten die de hiervoor beschreven concepten meten. Een overzicht van de vragenlijsten staat in tabel 1, waarin ook informatie zit over inhoud en subschalen, doelpopulatie en setting waarin gebruik aange- wezen is, aantal items en duur, betrouwbaarheid en validiteit, en beschikbaarheid van normgegevens.

COPING

De *Coping met Pijn Vragenlijst* (CPV)⁹ is de Nederlandstalige versie van de *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ)¹⁰ en meet doelgerichte reacties op het hanteren van pijn of de negatieve gevolgen van pijn. De vragenlijst bestaat uit acht subschalen: 'Catastroferen' (6 items), 'Waargenomen pijnbeheersing' (2 items), 'Bidden of hopen' (6 items), 'Aandacht-afleiding' (6 items), 'Ontkennen van pijnsensaties' (6 items), 'Zelf positief toespreken' (6 items), 'Herinterpreteren pijnsensaties' (6 items), en 'Actiever worden' (6 items). De items worden beantwoord aan de hand van een visuele analoge schaal. Er zijn normen beschikbaar voor patiënten met chronische lage-rugpijn/nekpijn en chronische spanningshoofdpijn.

Copinggedrag bij confrontatie met problemen of belastende levens-ervaringen kan gemeten worden met de *Utrechtse Copinglijst* (UCL).¹¹ De UCL bevat 47 items met een 4-puntsschaal. De vragenlijst omvat zeven subschalen: 'Actief aanpakken of confronteren' (7 items), 'Palliatieve reactie' (8 items), 'Vermijden' (8 items), 'Sociale steun zoeken' (6 items), 'Passief reactiepatroon' (7 items), 'Expressie van emoties' (3 items), 'Geruststellende gedachten' (5 items).

Aanvaarding van chronische pijn kan gemeten worden aan de hand van de *Aanvaarding van Chronische Pijn Vragenlijst* (ACPT).^{12, 13} De ACPT omvat vier subschalen: 'Life focus' (10 items): zich engageren met normale dagelij- kse activiteiten, 'Cognitive control' (5 items): controlegedachten kun- nen de pijn controleren, 'Acceptance of chronicity' (4 items): erkennen dat de pijn mogelijk niet verandert, en 'Avoid/control' (8 (omkeer)- items): vermijden/controleren van pijn. Een totaalscore kan berekend worden aan de hand van 24 items. Recent werd een verkorte versie voorgesteld met twee herziene subschalen:⁵ 'Activity engagement' (11 items) of de mate waarin personen dagelijkse activiteiten ondernemen

Coping met Pijn Vragenlijst
(CPV)

Utrechtse Copinglijst
(UCL)

*Aanvaarding van Chroni-
sche Pijn Vragenlijst*
(ACPT)

ondanks hun pijn, en 'Pain willingness' (9 items) of de bereidheid om pijn te ervaren of niet-controleren of vermijden van pijnlijke ervaringen.

ZIEKTEOPVATTINGEN

Pijn Cognitie Lijst 2003
(PCL-2003)

Aan de hand van de Pijn Cognitie Lijst 2003 (PCL-2003)¹⁴ kunnen attributies en verwachtingen van de patiënt over pijn nagegaan worden. Deze herziene versie van de oorspronkelijke lijst¹⁵ bevat vijf subschalen: 'Beperkingen' (7 items) geeft weer hoe groot de impact van de pijn op het dagelijks functioneren is. 'Catastroferen' (16 items) geeft aan hoe bedreigend de pijn ervaren wordt. 'Optimisme' (7 items) betreft een positieve instelling ondanks de pijn. 'Interne controle' (5 items) omvat psychologische factoren die pijn beïnvloeden en het zelf omgaan met pijn. 'Vertrouwen in de gezondheidszorg' (4 items) geeft weer in welke mate patiënten verwachten dat anderen de pijn kunnen beïnvloeden.

Multidimensionele Pijn-
beheersingsvragenlijst
(MPV)

De Multidimensionele Pijnbeheersingsvragenlijst (MPV)¹⁶ peilt de opvattingen over pijn en bevat vier factoren: 'Interne pijnbeheersing': de patiënt gelooft zelf dat hij iets kan doen aan de pijn, 'Kans': de patiënt gelooft dat alleen toeval, geluk of het lot de pijn bepaalt, 'Artsen': de patiënt denkt dat alleen anderen (hulpverleners) iets aan de pijn kunnen doen, 'Medicijnen': de patiënt denkt medicamenten nodig te hebben om de pijn te kunnen beheersen. Antwoorden gebeurt aan de hand van een visuele analoge schaal.

Pijn Coping en Cognitielijst
(PCCL)

De Pijn Coping en Cognitielijst (PCCL)^{17, 18} is een globale maat van pijn-coping, locus of control en pijn-cognities. De vragenlijst is totstandgekomen door het samenvoegen van items uit drie reeds bestaande instrumenten (CPV, MPV, en PCL). De PCCL heeft vier subschalen: 'Catastroferen' (12 items) richt zich op negatieve aspecten van de pijn en de consequenties voor het dagelijks functioneren, 'Pijn-coping' (11 items) bevraagt strategieën om met de pijn om te gaan, 'Interne pijnbeheersing' (11 items) peilt hoe de persoon denkt zelf met de pijn om te gaan, en 'Externe pijnbeheersing' (8 items) bevat vragen gericht op de mate waarin anderen, artsen of God de pijn kunnen beïnvloeden. De items worden gescoord op een 6-puntsschaal.

Ziekte Cognitielijst (ZCL)

De Ziekte Cognitielijst (ZCL)^{19, 20} werd ontwikkeld om de betekenisverlening bij chronische ziekten na te gaan. Deze werd geoperationaliseerd in drie constructen: 'Hulpeloosheid' (6 items) benadrukt de negatieve betekenis van een intrinsiek, aversieve stimulus, 'Acceptatie' (6 items), waar de negatieve betekenis van een intrinsiek, aversieve stimulus afgezwakt wordt, en perceptie van 'Ziektevoordelen' (6 items), de toevoeging van een positieve betekenis aan een intrinsiek, negatieve stimulus. De items worden gescoord op een 4-puntsschaal.

Revised Illness Perception
Questionnaire (IPQ-R)

De Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)²¹ wordt gebruikt om ziekte-perceptie en overtuigingen te bevragen bij patiënten met een breed scala aan chronische ziekten. De 68 items van de IPQ-R zijn onderver-

deeld in drie secties. In een eerste deel, de identiteitschaal, worden twaalf vaak gerapporteerde symptomen (bijv. pijn) opgesomd, waarbij patiënten moeten aangeven of ze deze hebben ervaren sinds ze ziek zijn, en of ze geloven dat deze symptomen specifiek gerelateerd zijn aan hun ziekte. Het tweede deel bestaat uit zeven subschalen: 'Tijdsas acuut/chronisch' (6 items, bijv. 'Mijn ziekte zal lange tijd duren'), 'Tijdsas cyclisch' (4 items, bijv. 'Mijn ziekte is zeer onvoorspelbaar'), 'Persoonlijke controle' (6 items, bijv. 'Ik ben in staat om mijn ziekte te beïnvloeden'), 'Behandelingscontrole' (5 items, bijv. 'Er kan weinig gedaan worden om mijn ziekte te verbeteren'), 'Gevolgen' (6 items, bijv. 'Mijn ziekte heeft belangrijke gevolgen voor mijn leven'), 'Ziektecoherentie' (5 items, bijv. 'Ik begrijp mijn ziekte niet'), en 'Emotionele representatie' (6 items, bijv. 'Mijn ziekte maakt me bang'). Het derde deel, de oorzak-schaal, gaat na wat volgens de patiënt de oorzaken zijn van de ziekte. De schaal bestaat uit achttien items (bijv. 'Stress of zorgen'). Momenteel wordt de Nederlandstalige versie gevalideerd in verschillende groepen patiënten met chronische ziekten.²²

Catastroferen over pijn kan specifiek gemeten worden aan de hand van de Pain Catastrophizing Scale (PCS).^{23, 24} De PCS bestaat uit dertien items en kan gebruikt worden bij zowel klinische als niet-klinische populaties. Patiënten worden geïnstrueerd om een pijnlijke episode uit het verleden op te roepen en op een 5-puntsschaal aan te geven in welke mate een aantal gedachten of gevoelens ervaren werden tijdens die pijn. De PCS bevat drie subschalen: 'Piekeren over pijn' (bijv. 'Als ik pijn heb, kan ik het niet uit mijn hoofd zetten'), 'Uitvergrooten van pijn' (bijv. 'Als ik pijn heb, word ik bang dat de pijn erger zal worden'), 'Hulpeloosheid' (bijv. 'Als ik pijn heb, voel ik dat ik het niet langer aankan'). Uitgebreid onderzoek heeft aangetoond dat de PCS-DV betrouwbaar en valide is.^{25, 26}

Pain Catastrophizing Scale
(PCS)

VREES

De Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK)^{27, 28} meet overdreven vrees voor beweging en het oplopen van (hernieuwd) letsel tijdens rugbelastende bewegingen bij patiënten met chronische lage-rugpijn. Op basis van uitgebreid psychometrisch onderzoek werden twee subschalen voorgesteld: 'Harm' (5 items) of de angstige overtuiging dat beweging kan leiden tot (hernieuwd) letsel. 'Activity avoidance' (8 items) of de angstige overtuiging dat het beter is om voorzichtig te zijn met beweging. Factoranalyses tonen aan dat ten opzichte van de originele versie de vier gespiegelde items beter weggelaten kunnen worden.²⁹ Er zijn normgegevens beschikbaar voor personen met acute lage-rugpijn, chronische lage-rugpijn, en fibromyalgie.³⁰

Een gelijksoortige vragenlijst is de Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ).^{31, 32} Er zijn twee subschalen: 'Fysieke activiteit' (4 items) of de vrees en overtuiging dat fysieke activiteiten pijn veroorzaken en vermeden dienen te worden. 'Werk' (7 items) is specifiek ontworpen voor de

Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK)

Fear Avoidance Beliefs
Questionnaire (FABQ)

- werksituatie. De overige vier items worden buiten beschouwing gelaten omdat ze te weinig stabiel zijn.
- Een ander instrument waarmee vrees voor pijn kan worden gemeten bij verschillende typen chronische pijnpatiënten is de *Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS)*.^{33, 34} Deze vragenlijst bestaat uit veertig items met een 6-puntsschaal, die vier componenten meten: 'Cognitieve symptomen van angst' (bijv. 'Ik kan niet helder nadenken wanneer ik pijn heb'), 'Ontsnappings- en vermijdingsgedrag' (bijv. 'Ik vermijd belangrijke bezigheden wanneer ik pijn lijd'), 'Bedreigende interpretatie van pijn' (bijv. 'Wanneer ik pijn voel, denk ik dat ik ernstig ziek zou kunnen zijn'), 'Fysiologische klachten van angst' (bijv. 'Pijn lijkt mijn hart te laten bonzen of sneller te laten kloppen'). Er is inmiddels ook een verkorte versie (20 items), die equivalent geacht kan worden aan de 40-items versie.³⁷
- Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS)**
- Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III)** De *Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III)*^{35, 36} is een instrument dat gebruikt kan worden om vrees voor pijn te meten in populaties met en zonder pijn. Er zijn drie subschalen met elk tien items: 'Angst voor ernstige pijn' (bijv. 'Ik vrees de pijn geassocieerd met je arm breken'), 'Angst voor kleine pijntjes' (bijv. 'Ik vrees de pijn geassocieerd met je vinger snijden aan papier'), 'Angst voor medische pijn' ('Ik vrees de pijn geassocieerd met een injectie in je arm krijgen').

HYPOCHONDRIE

- Verscheidene Nederlandstalige vragenlijsten meten een hypochondrische attitude. Al deze instrumenten hebben als nadeel dat ze niet specifiek ontworpen werden voor pijnproblemen.
- Maastrichtse Eigen Gezondheid Attitude en Hypochondrie-schaal (MEGAH)** De *Maastrichtse Eigen Gezondheid Attitude en Hypochondrie-schaal (MEGAH)*³⁷ bestaat uit vijf subschalen: 'Angst en onzekerheid met betrekking tot de eigen gezondheid', 'Algemene opvattingen over gezondheidsgedrag', 'Ziekteovertuiging', 'Vertrouwen versus wantrouwen in artsen', 'Zoeken naar medische informatie'. Een index van hypochondrie wordt verkregen door de score op de eerste drie schalen op te tellen.
- Whitely Index (WI)** De *Whitely Index (WI)*^{38, 39} is ontworpen om hypochondrie te meten zoals deze is gedefinieerd in de DSM-III. De WI bestaat uit veertien items met een 2-puntsschaal. De oorspronkelijke drie-factorenstructuur, namelijk 'Preoccupatie met het lichaam', 'Ziektefobie', en 'De overtuiging van ziekte ondanks geruststelling', werd in de Nederlandstalige versie niet teruggevonden. Er was slechts evidentie voor één algemene factor.
- Illness Attitude Scales (IAS)** De *Illness Attitude Scales (IAS)*^{40, 39} bestaat uit 39 items met een 5-puntsschaal, die worden ingedeeld in de volgende subschalen: 'Piekeren over ziekte', 'Bezorgdheid over pijn', 'Gewoonten met betrekking tot gezondheid', 'Hypochondrische opvattingen', 'Angst voor de dood', 'Ziektefobie', 'Preoccupatie met het lichaam', 'Therapie-ervaringen', en 'Effecten van symptomen'. Uit psychometrisch onderzoek met de Nederlandstalige versie bleek dat twee factoren onderscheiden kunnen

worden: 'Angst voor ziekte' (bijv. 'Bent u bang dat u kanker hebt?'), en 'Ziektegedrag' (bijv. 'Verhinderen uw lichamelijke klachten u te werken?').

AANDACHT

Aandacht voor pijn kan gemeten worden met de *Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (PVAQ)*.^{41, 42} De PVAQ heeft zestien items die gescoord worden op een 6-puntsschaal, en twee subschalen beslaan: 'Aandacht voor pijn' (10 items, bijv. 'Ik besteed veel aandacht aan mijn pijn'). 'Aandacht voor veranderingen in pijn' (6 items, bijv. 'Ik heb snel in de gaten wanneer de intensiteit van mijn pijn verandert'). Deze vragenlijst kan gebruikt worden bij zowel klinische als niet-klinische groepen. In recent psychometrisch onderzoek werd de factorstructuur gerepliceerd, en werd evidentie gevonden voor betrouwbaarheid en validiteit.

Pain Vigilance and
Awareness Questionnaire
(PVAQ)

Tabel 1
Overzicht instrumenten.

Instrument	Inhoud en subschalen	Populatie en Setting	N items	Duur	Betrouwbaarheid	Validiteit	Cut-off/ normen
CPV	Hanteren van pijn en negatieve gevolgen van pijn 1 catastroferen 2 waargenomen pijnbeheersing 3 bidden of hopen 4 aandacht afleiden 5 ontkennen van pijnsensaties 6 zelf positief toespreken 7 herinterpreteren van pijn-sensaties 8 actiever worden	Patiënten met chronische pijn Pijnkliniek	44	10 à 15 min.	Interne consistentie Test-herstest	Inhoudsvaliditeit Constructructvaliditeit Responsiviteit	+
UCL	Omgaan met onplezierige gebeurtenissen 1 actief aanpakken 2 palliatieve reactie 3 vermijden 4 sociale steun zoeken 5 passief reactiepatroon 6 expressie van emoties 7 geruststellende gedachten	Algemene populatie Alle problemen	47	15 à 25 min.	Interne consistentie Test-herstest	Inhoudsvaliditeit Constructructvaliditeit Criteriumvaliditeit	+
ACPT	Aarvaarden van chronische pijn 1 dagelijkse activiteiten opnemen 2 cognitieve controle 3 aanvaarding van chroniciteit 4 vermijding/controle	Patiënten met chronische pijn Pijnkliniek	34	10 à 15 min.	Interne consistentie	Inhoudsvaliditeit Constructructvaliditeit Criteriumvaliditeit	

Instrument	Inhoud en subschalen	Populatie en Setting	N items	Duur	Betrouwbaarheid	Validiteit	Cut-off/normen
PCL-2003	Attributies en verwachtingen over pijn 1 beperkingen 2 catastroferen 3 optimisme 4 interne controle 5 vrouwen in de gezondheidszorg	Patiënten met chronische pijn Pijnkliniek	50	15 à 25 min.	Interne consistentie Test-hertest	Constructvaliditeit	+
MPV	Manieren van omgaan met pijn 1 interne pijnbeheersing 2 kans 3 artsen 4 medicijnen	Patiënten met (chronische) pijn Pijnkliniek	27	5 à 10 min.	Interne consistentie	Inhoudsvaliditeit Constructvaliditeit	
PCCL	Pijn coping, locus of control, pijncognities 1 catastroferen 2 pijn coping 3 interne pijnbeheersing 4 externe pijnbeheersing	Patiënten met chronische pijn Pijnkliniek	42	10 à 15 min.	Interne consistentie Test-hertest	Inhoudsvaliditeit Constructvaliditeit	+
ZCL	Betekenisverlening 1 hulpeloosheid 2 acceptatie 3 ziektevoordelen	Verscheidene populaties van chronische zieken Gezondheidspsychologisch Huisartsenpraktijk	18	5 min.	Interne consistentie Test-hertest	Constructvaliditeit Criteriumvaliditeit	

Instrument	Inhoud en subschalen	Populatie en Setting	N items	Duur	Betrouwbaarheid	Validiteit	Cut-off/ normen
IPQ-R	Ziekteperceptie en overtuigingen	Patiënten met chronische ziekten	68	20 à 30 min.		Inhoudsvaliditeit	
	1 identiteit					Constructvaliditeit	
	2 tijdsas acuut/chronisch	Gezondheidspsychologisch					
	3 tijdsas cyclisch	Algemeen ziekenhuis					
	4 persoonlijke controle						
	5 behandelingscontrole						
	6 gevolgen						
	7 ziektecoherentie						
	8 emotionele representatie						
9 oorzaak							
PCS	Catastrofale gedachten over pijn	Pijnpatiënten en pijnvrije personen	13	Enkele min.	Interne consistentie	Inhoudsvaliditeit	+
	1 piekeren over pijn				Test-hertest	Constructvaliditeit	
	2 uitvergrooten van pijn	Pijnkliniek				Criteriumvaliditeit	
TSK	hulpeloosheid						
	Vrees voor beweging en letsel	Patiënten met chronische lage rugpijn	17	5 à 10 min.	Interne consistentie	Inhoudsvaliditeit	+
	1 overtuiging letsel				Test-hertest	Constructvaliditeit	
2 Vermijding	Pijnkliniek				Criteriumvaliditeit		
FABQ	Vrees voor en vermijding van pijn	Patiënten met acute of chronische rugklachten	16	Enkele min.	Interne consistentie	Responsiviteit	
	1 fysieke activiteit	Pijnkliniek				Inhoudsvaliditeit	
	2 werk	Huisartsenpraktijk				Constructvaliditeit	
						Criteriumvaliditeit	

Instrument	Inhoud en subschalen	Populatie en Setting	N items	Duur	Betrouwbaarheid	Validiteit	Cut-off/normen
PASS	Pijngereleerde angst en vrees 1 cognitieve symptomen van angst 2 ontsnapings- en vermijdingsgedrag 3 bedreigende interpretatie van pijn 4 fysiologische klachten van angst	Patiënten met chronische pijn Pijnkliniek	40	10 à 15 min.	Interne consistentie	Inhoudsvaliditeit Constructructvaliditeit Criteriumvaliditeit	+
FPQ-III	Vrees voor pijn 1 angst voor ernstige pijn 2 angst voor kleine pijn 3 angst voor medische pijn	Patiënten met pijn en pijnvrije personen Pijnkliniek	30	Enkele min.	Interne consistentie	Inhoudsvaliditeit Constructructvaliditeit	+
MEGAH	Hypocondrie en gezondheidsattitudes 1 angst en onzekerheid met betrekking tot de eigen gezondheid 2 algemene opvattingen over gezondheidsgedrag 3 ziekteovertuiging 4 vertrouwen vs wantrouwen in artsen 5 zoeken naar medische informatie	Algemene populatie Gezondheidspsychologisch Huisartsenpraktijk	44	10 à 15 min.	Interne consistentie Test-herstest	Inhoudsvaliditeit Constructructvaliditeit Responsiviteit	+

Instrument	Inhoud en subschalen	Populatie en Setting	N items	Duur	Betrouwbaarheid	Validiteit	Cut-off/normen
WI	Hypochoondrie	Algemene populatie Gezondheidspsychologisch Huisartsenpraktijk	14	Enkele min.	Interne consistentie Test-hertest	Inhoudsvaliditeit Constructvaliditeit Criteriumvaliditeit	+
IAS	Gezondheidsattitudes 1 angst voor ziekte 2 ziektegedrag	Algemene populatie Gezondheidspsychologisch Huisartsenpraktijk	39	10 à 15 min.	Interne consistentie Test-hertest	Responsiviteit Inhoudsvaliditeit Constructvaliditeit Criteriumvaliditeit	+
PVAQ	Aandacht voor pijn 1 aandacht voor pijn 2 aandacht voor veranderingen in pijn	Pijnpatiënten en pijnvrije personen Pijnkliniek Huisartsenpraktijk	16	Enkele min.	Interne consistentie Test-hertest	Responsiviteit Inhoudsvaliditeit Constructvaliditeit	

CONCLUSIE

Vaak houden psychosociale variabelen pijnproblemen in stand of verergeren ze deze. Daarom dienen deze variabelen een belangrijke plaats te krijgen in de assessment en behandeling van de pijnpatiënt. De hier besproken vragenlijsten kunnen daaraan een belangrijke bijdrage leveren. De psychometrische karakteristieken van de meeste van deze instrumenten zijn veelbelovend, maar vereisen verdere validering en normering, zodat het gebruik ervan nog beter afgestemd kan worden op de praktijk.

Referenties

- 1 Aldrich S, Eccleston C, Crombez G. Worrying about chronic pain: vigilance to threat and misdirected problem solving. *Behav Res Ther* 2000;38:457-470.
- 2 McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain* 2004;107:159-166.
- 3 Viane I, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van Houdenhove B, De Corte W. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain* 2003;106:65-72.
- 4 Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment* 1995;7:524-532.
- 5 Sullivan MJL, Thorn B, Haythorhwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001;17:52-64.
- 6 Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317-332.
- 7 Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychol Bull* 1999;125:356-366.
- 8 Van Damme S, Crombez G, Eccleston C, Roelofs J. The role of hypervigilance in the experience of pain. In: Asmundson GJG, Vlaeyen JWS, Crombez G, eds. *Understanding and treating fear of pain*. Oxford: University Press, 2004:71-99.
- 9 Spinhoven P, Ter Kuile MM, Linssen ACG. Coping met pijn vragenlijst. Handleiding, experimentele versie. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1994.
- 10 Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983;17:33-44.
- 11 Schreurs PJG, van de Willige G. Omgaan met problemen en gebeurtenissen: De Utrechtse Copinglijst (UCL). Lisse: Swets & Zeitlinger, 1988.
- 12 Geiser DS. A comparison of acceptance-focussed and control-focussed psychological treatments in a chronic pain treatment center. Unpublished doctoral dissertation. Reno, NV: University of Nevada, 1992.

- 13 Crombez G, Vlaeyen JWS, Van Houdenhove B, Wauters K. The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ). Geautoriseerde Nederlandstalige vertaling, 1999.
- 14 Vlaeyen JWS, van Breukelen G, Nooyen-Haazen IWCJ, Stomp-van den Berg SGM, Kole-Snijders AMJ. Handleiding PCL-2003. Meetinstrumenten chronische pijn, deel 4. Maastricht: Pijnkenniscentrum, 2004.
- 15 Vlaeyen JWS, Geurts SM, Kole-Snijders AMJ, Schuerman AJ, Groenman NH, van Eek H. What do chronic pain patients think of their pain? Towards a pain cognition questionnaire. *Br J Clin Psychol* 1990;29:383-394.
- 16 Kuile MM ter, Linszen ACG, Spinhoven P. The development of the multidimensional pain locus of control questionnaire (MPLC): Factor structure, reliability and validity. *J Psychopathol Behav Assess* 1993;15:387-404.
- 17 Stomp-van de Berg SGM, Vlaeyen JWS, ter Kuile MM, Spinhoven P, van Breukelen G, Kole-Snijders AMJ. Pijn Coping en Cognitie Lijst (PCCL). Maastricht: Pijnkenniscentrum, 2001.
- 18 Gier M de, Vlaeyen JWS, Van Breukelen G. Pijn Coping en Cognitie Lijst, Validering en normgegevens. Meetinstrumenten chronische pijn, deel 3. Maastricht Pijnkenniscentrum, 2004.
- 19 Evers AWM, Kraaimaat FW, Van Lankveld W, Jacobs WG, Bijlsma JWJ. De Ziekte-Cognitie-Lijst (ZCL). *Gedragstherapie* 1998;31:205-220.
- 20 Evers AWM, Kraaimaat FW, Van Lankveld W, Jongen PJH, Jacobs JWJ, Bijlsma JWJ. Beyond unfavourable thinking: The Illness Perception Questionnaire for chronic diseases. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:1026-1036.
- 21 Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 2002;17:1-16.
- 22 Heymans MJWM. Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *J Psychosom Res* 1998;45:39-51.
- 23 Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment* 1995;7:524-532.
- 24 Crombez G, Vlaeyen JWS. The Pain Catastrophizing Scale. Geautoriseerde Nederlandstalige vertaling, 1996.
- 25 Van Damme S, Crombez G, Vlaeyen JWS, Goubert L, Van den Broeck A, Van Houdenhove B. De Pain Catastrophizing Scale: psychometrische karakteristieken en normering. *Gedragstherapie* 2000;33:209-220.
- 26 Van Damme S, Crombez G, Bijttebier P, Goubert L, Van Houdenhove B. A confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale: invariant factor structure across clinical and non-clinical populations. *Pain* 2002;96:319-324.
- 27 Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Manag* 1990;jan/feb:35-43.
- 28 Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Crombez G, Boeren RGB, Rotteveel AM. Tampa Scale for Kinesiophobia: geautoriseerde Nederlandstalige vertaling, 1995.

- 29 Goubert L, Crombez G, Van Damme S, Vlaeyen JWS, Bijttebier P, Roelofs J. Confirmatory factor analysis of the Tampa Scale for Kinesiophobia: invariant two-factor model across low back pain patients and fibromyalgia patients. *Clin J Pain* 2004;20:103-110.
- 30 Goubert L, Crombez G, Vlaeyen JWS, Van Damme S, Van den Broeck A, Van Houdenhove B. De Tampa Schaal voor Kinesiofobie. *Psychometrische karakteristieken en normering. Gedrag & Gezondheid* 2000;28:54-62.
- 31 Waddell G, Newton M, Henderson I, Sommerville D, Main CJ. Fear-avoidance beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52:157-168.
- 32 Vendrig A, Deutz P, Vink I. Nederlandse vertaling en bewerking van de Fear Avoidance Beliefs Questionnaire. *Nederlands Tijdschrift voor Pijn- en Bestrijding* 1998;18:11-15.
- 33 McCracken LM, Zayfert C, Cross RT. The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain* 1992;50:67-83.
- 34 Roelofs J, McCracken L, Peters M, Crombez G, van Breukelen G, Vlaeyen JWS. Psychometric evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in chronic pain patients. *J Behav Med* 2004a;27:167-183.
- 35 McNeil D, Rainwater AJ. Development of the Fear of Pain Questionnaire-III. *J Behav Med* 1998;21:389-410.
- 36 Roelofs J, Peters ML, Deutz J, Vlaeyen JWS. The Fear of pain Questionnaire: further psychometric examination in a non-clinical sample. Proefschrift. Universiteit Maastricht, 2004b.
- 37 Schmidt AJ, Lousberg R. Gezondheidsattitude en hypochondrie. *Gedrag & Gezondheid* 1993;21:84-94.
- 38 Pilowski I. Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiat* 1967;113:39-43.
- 39 Speckens AEM, Spinhoven P, Sloekers PPA, Bolk JH, van Hemert AM. A validation study of the whitely index, the illness attitude scales, and the somatosensory amplification scale in general medical and general practice patients. *J Psychosom Res* 1996;40:95-104.
- 40 Kellner R, Abbott P, Winslow WW, Pathak D. Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:20-25.
- 41 McCracken LM. Attention to pain in persons with chronic pain: a behavioural approach. *Behav Ther* 1997;28:271-284.
- 42 Roelofs J, Peters ML, Muris P, Vlaeyen JWS. Dutch version of the Pain Vigilance and Awareness Questionnaire: validity and reliability in a pain-free population. *Behav Res Ther* 2002;40:1081-1090.