



Lichaamsbewustzijn vs Coping met pijn

*Een onderzoek naar de samenhang tussen lichaamsbewustzijn
en coping met pijn bij mensen met chronische pijn*

Naam: Marjolein Bosman | **Begeleider:** Lia van der Maas | **Beoordelaar:** Paul Verschuur | **Datum:** 06-05-2013

School: Hogeschool Windesheim | **Opleiding:** Psychomotorische therapie & bewegingsagogie

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek die ik heb kunnen realiseren tijdens mijn stage in het vierde jaar van de opleiding Psychomotorische therapie en bewegingsagogie bij ViaReva in Zutphen. ViaReva is een revalidatiegeneeskundig centrum waar mensen met een lichamelijke beperking worden begeleidt om hun leven weer zo zelfstandig mogelijk in te richten. Deze beperking kan als oorzaak een ongeval of beroerte hebben, maar ook mensen met chronische aandoeningen kunnen bij ViaReva terecht.

Tijdens mijn tweeëndertig weken durende stage heb ik met veel verschillende doelgroepen gewerkt. Eén daarvan is chronische pijn. Ik ben erg geïnteresseerd geraakt in de doelgroep chronische pijn. Deze interesse is enerzijds door mijn opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie. Hier heb ik veel kennis opgedaan op het gebied van lichaamsbewustzijn. Anderzijds heb ik via mijn stage kennisgemaakt met deze doelgroep en hier zag ik dat bij hen het lichaamsbewustzijn verstoord is en dat zij vaak op een inadequate manier met hun pijn omgaan. Omdat ik verwacht dat er tussen het lichaamsbewustzijn en de manier van omgaan met pijn (pijncoping) samenhang bestaat wilde ik dit graag onderzoeken.

Het schrijven van dit afstudeeronderzoek verliep niet altijd even soepel, maar desondanks ben ik tevreden met het eindresultaat. Dit eindresultaat had ik niet kunnen bereiken zonder de steun en begeleiding van een aantal mensen.

Graag wil ik hier graag gebruik maken van de mogelijkheid om een aantal mensen te bedanken. Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleider bedanken, Lia van der Maas, die mij gedurende het jaar heeft begeleid bij het vormgeven en uitwerken van dit onderzoek. Bij vragen kreeg ik altijd snel een antwoord waardoor ik weer verder kon werken.

Daarnaast wil ik de proefpersonen bedanken die voor mij de vragenlijsten hebben ingevuld en mij zo van de nodige resultaten hebben voorzien.

Ik wens u veel leesplezier!

Marjolein Bosman
Mei 2013

Abstract

This study aims to answer the following question:

“Is there a correlation between body awareness and coping with pain in people with chronic pain?”

Objective The purpose of this study is to show connection between body awareness and coping with pain. That would be interesting for a psychomotor therapist to know in order to design treatments that meet the needs of the client even better. If this study shows any correlation, it means when body awareness changes, coping with pain is affected and vice versa.

Methods To measure body awareness this study used the Scale of Body Connection. The questionnaire consists twenty questions, with 12 items measuring the body awareness and 8 items measuring the degree of body dissociation (Price & Thompson, 2007). To measure coping with pain, the study used the Coping with Pain Questionnaire. In 44 questions the degree of eight coping strategies is measured: catastrophizing (6), perceived pain control (2), pray or hope (6), denial of pain sensations (6), reinterpreting pain sensations (6), be active (6), attention distraction (6) and addressing oneself positively (6) (Spinhoven et al., 1994). Through correlation calculations between these two questionnaires this study has to show, whether or not, there is a correlation between body awareness and coping with pain.

Results There are found significant correlations between body awareness and catastrophizing ($r = -0,901$), perceived pain control ($r = 0,818$), reinterpreting pain sensations ($r = 0,847$) and pray or hope ($r = -0,759$). There is also found a connection between body awareness and attention distraction ($r = 0,563$), only not significant. The study shows that body dissociation and be active ($r = -0,502$) and pray or hope ($-0,809$) are connected.

Conclusion It has been shown that there are positive and negative correlations between body awareness/dissociation and some of the eight pain coping strategies according Spinhoven et al. (1994).

Samenvatting

In dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de volgende vraag:

Is er samenhang tussen lichaamsbewustzijn en coping met pijn bij mensen met chronische pijn?

Inleiding Het doel van dit onderzoek is om al dan niet samenhang aan te tonen tussen lichaamsbewustzijn en coping met pijn. Dit is mede voor de psychomotorische therapie interessant om te weten omdat zo de behandeling beter bij de cliënt aangesloten kan worden. Als er samenhang aangetoond wordt, dan betekent dat wanneer het lichaamsbewustzijn verandert, de coping met pijn beïnvloed wordt en andersom.

Methode Om het lichaamsbewustzijn te meten is de Scale of Body Connection gebruikt. In een uit twintig vragen bestaande vragenlijst wordt bij 12 items gevraagd naar het lichaamsbewustzijn en de overige 8 items meten de mate van dissociatie (Price & Thompson, 2007). Voor het meten van pijn coping is de Coping met Pijn Vragenlijst gebruikt. In 44 vragen wordt de mate van catastroferen (6), waargenomen pijnbeheersing (2), bidden of hopen (6), aandacht afleiding (6), ontkennen van pijnsensaties (6), zelf positief toespreken (6), herinterpreteren pijnsensaties (6) en actiever worden (6) vastgesteld (Spinhoven et al., 1994). Via correlatieberekeningen aan de hand van deze twee vragenlijsten wordt al dan niet aangetoond of er samenhang is tussen lichaamsbewustzijn en coping met pijn.

Resultaten Er is een significante samenhang gevonden op lichaamsbewustzijn en catastroferen ($r = -0,901$), waargenomen pijnbeheersing ($r = 0,818$), herinterpreteren van pijnsensaties ($r = 0,847$) en bidden/hopen ($r = -0,759$). Daarnaast is er ook samenhang gevonden op lichaamsbewustzijn en aandacht afleiding ($r = 0,563$), enkel niet significant. Uit het onderzoek blijkt dat lichaamsdissociatie een samenhang vertoont met actiever worden ($r = -0,502$) en bidden/hopen ($-0,809$).

Conclusie Er is aangetoond dat er zowel positieve als negatieve samenhang bestaat tussen lichaamsbewustzijn/dissociatie en een aantal van de acht pijn coping strategieën volgens Spinhoven et al. (2004).

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Abstract/samenvatting	2
Inhoudsopgave	4
Hoofdstuk 1 Inleiding	5
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	7
2.1 Chronische pijn	7
2.2 Lichaamsbewustzijn/dissociatie & chronische pijn	8
2.3 Coping & chronische pijn	10
2.4 Lichaamsbewustzijn/dissociatie & coping	12
Hoofdstuk 3 Methode	13
3.1 Onderzoeksgroep	13
3.2 Procedure	13
3.3 Onderzoeksinstrumenten	13
3.4 Dataverwerking	14
Hoofdstuk 4 Resultaten	15
Hoofdstuk 5 Discussie	18
Hoofdstuk 6 Conclusie	20
Hoofdstuk 7 Aanbevelingen	21
Literatuurlijst	22
Bijlagen	24
Bijlage 1: Scale of Body Connection (SBC)	24

Inleiding

ViaReva is een revalidatiecentrum voor zowel klinische als poliklinische revalidatie en is gevestigd in Apeldoorn (hoofdlocatie), Zutphen (stageplek) en Deventer. Niet-aangeboren hersenletsel (MS, Parkinson, CVA), chronische pijn en SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten) zijn een paar van de doelgroepen die bij ViaReva instromen om gebruik te maken van het multidisciplinaire behandelaanbod. Fysiotherapie, ergotherapie, bewegingsagogie, psychomotorische therapie (PMT), ontspanningstherapie, maatschappelijk werk, logopedie en psychologie zijn de disciplines waarbinnen ze aan hun doelen kunnen werken.

Binnen ViaReva is de chronisch pijn doelgroep één van de doelgroepen waar PMT aan wordt gegeven. Chronische pijn is een steeds groter wordende doelgroep, waarbij de teller nu op ongeveer twee miljoen mensen staat die lijden aan chronische pijn. Dat is één op de acht Nederlanders en de schatting is dat dit aantal alleen maar op gaat lopen (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011).

Mensen met chronische pijn gaan verschillend met hun pijn om, ook wel (pijn)coping genoemd. “Coping is wat mensen doen of proberen te doen om de aanwezige pijn te verdragen, controleren, of reduceren, ongeacht het succes van deze inspanningen” (Damme, Vianne & Peters, 2009). Spinhoven (1994) heeft een Nederlandse versie van de Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel & Keefe, 1983) ontwikkeld en heeft nu de naam Coping met Pijn Vragenlijst. Spinhoven maakt onderscheid in acht pijn coping strategieën: catastroferen, waargenomen pijn beheersing, ontkennen pijnsensaties, zelf positief toespreken, herinterpreteren pijnsensaties, actiever worden en aandachtsafleiding. Dit onderzoek zal zich richten op deze pijn coping strategieën.

PMT richt zich bij de behandeling van chronische pijn op het veranderen van de manier van omgaan met de pijn van de cliënt. Eén van de kerndoelen binnen de PMT van mensen met chronische pijn is het verkennen, herkennen en erkennen van grenzen en deze ook hanteren. Het lichaamsbewustzijn is hierbij een belangrijk aangrijpingspunt. Door het lichaamsbewustzijn te verbeteren, zal men zijn/haar eigen lichaam beter leren kennen en dus ook zijn grens leren kennen.

Voor het begrip lichaamsbewustzijn bestaat nog geen aanvaardbare wetenschappelijke definitie (Blackmore, 2003). Onderzoekers geven verschillende definities van lichaamsbewustzijn. Price & Thompson (2007) beschrijven lichaamsbewustzijn als de waarneming van de lichamelijke gesteldheid, processen en veranderingen die plaats vinden. Zowel de fysieke sensaties, zoals het bewustzijn van de hartactiviteit en ademhaling, als de complexe sensaties: emoties en ontspanning. Het al dan niet voelen van bepaalde innerlijke sensaties zorgt ervoor dat mensen met chronische pijn verschillend met de pijn omgaan. In het theoretisch kader worden nog andere definities gegeven.

Maar is er wel samenhang tussen het lichaamsbewustzijn en coping strategieën? Kan het zijn dat de één met een slecht lichaamsbewustzijn vooral actieve pijn coping strategieën toepast en de ander passieve pijn coping strategieën of andersom? Of is hier een patroon in te vinden? Zijn het twee op zich staande gebieden of heeft het één invloed op de ander? Dit zal in dit onderzoek onderzocht worden.

Het doel van dit onderzoek is om al dan niet samenhang aan te tonen tussen lichaamsbewustzijn en coping met pijn. Dit is mede voor de psychomotorische therapie interessant om te weten, omdat zo de behandeling beter bij de cliënt aangesloten kan worden. Als er samenhang aangetoond wordt, dan betekent dat wanneer het lichaamsbewustzijn verandert, de coping met pijn beïnvloed wordt en andersom.

In dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de volgende vraag:

‘Is er samenhang tussen lichaamsbewustzijn en coping met pijn bij mensen met chronische pijn?’

Leeswijzer

In het theoretisch kader, hoofdstuk twee, zullen de begrippen lichaamsbewustzijn, coping met pijn en de relatie tussen lichaamsbewustzijn en coping met pijn nader besproken. Deelvragen beantwoord worden om zo kennis op te doen over de begrippen en de inhoud rondom de vraagstelling. De begrippen chronische pijn, lichaamsbewustzijn en coping met pijn zullen verder worden uitgediept en er zal inzicht gegeven worden in reeds bestaande onderzoeken over de samenhang tussen lichaamsbewustzijn en coping met pijn.

In hoofdstuk drie is de onderzoeksmethode beschreven. Hier zal inzicht gegeven worden in de onderzoekspopulatie, procedure, meetinstrumenten en de data-analyse.

In hoofdstuk vier zijn de resultaten uitgewerkt met behulp van SPSS.

In hoofdstuk vijf wordt er gediscussieerd over de methode, resultaten en uitvoering van het onderzoek en tot slot zijn in hoofdstuk zes en zeven de conclusie en aanbevelingen beschreven.

In dit hoofdstuk worden de begrippen chronische pijn, lichaamsbewustzijn, coping met pijn en de relatie van lichaamsbewustzijn en coping met pijn bij mensen met chronische pijn nader besproken.

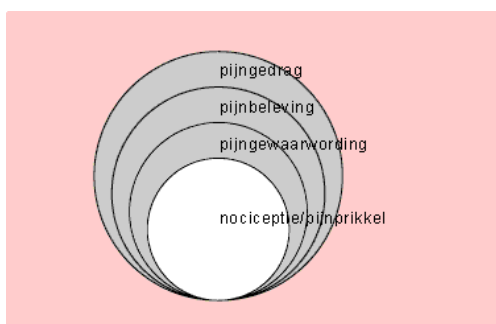
2.1 Chronische pijn

Pijn wordt door de International Association for the Study of Pain (IASP) gedefinieerd als een onplezierige, sensorische en emotionele gewaarwording.

Over het hele lichaam bevinden zich miljoenen sensoren. Dit zijn verslaggevers die continue in de gaten houden wat er in hun gebied gebeurt. Sensoren bevinden zich in de celwanden en aan het uiteinde van elk neuron, een zenuwcel die informatie naar het ruggenmerg kan sturen. Neuronen reageren op allerlei soorten stimuli die een bedreiging voor je weefsels kunnen vormen. Als sensoren op een stimulus reageren (zoals een chemische stof of geslagen worden), gaan deze open en gaan elektrisch geladen deeltjes (ionen) van buiten het neuron met hoge snelheid naar binnen. Als de elektrische lading van een neuron een kritieke grens bereikt, dan wordt het bericht naar het brein gestuurd. Dit is een elektrische impuls. Via het ruggenmerg komt het signaal in het brein uit. Deze activiteit heet nociceptie, gewaarwording van gevaar. Nociceptie is de meest voorkomende oorzaak van pijn, maar sommige gevoelens of gedachten kunnen er ook voor zorgen dat in het brein waarschuwingssignalen afgegeven worden, terwijl er geen nociceptie plaatsvindt. Het brein verwerkt en geeft betekenis aan het signaal. Pijn kan het gevolg van deze betekenisverlening zijn (Butler & Moseley, 2012). Het is een zelfregulerend systeem dat afhankelijk van de omstandigheden impulsen kan versterken, verzwakken of één op één kan doorgeven (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011).

Pijn kan onderscheiden worden in acute en chronische pijn. Acute pijn heeft direct verband met een beschadiging of ziekte. Chronische pijn is aanhoudende pijn die langer dan drie maanden aanwezig is, of die langer duurt dan de verwachte hersteltijd na een beschadiging of ziekte.

Chronische pijn kan het gevolg zijn van fysiek aantoonbare aandoeningen, zoals reuma of artrose. Ook kan de pijn niet meer verbonden zijn aan een lichamelijke aandoening, maar er kan nog wel sprake zijn van een medische diagnose, zoals fibromyalgie of het chronisch whiplashsyndroom. De pijn is dan niet meer te traceren en wordt dan onbegrepen pijn genoemd. Daarnaast kan de pijn ook helemaal niet verbonden zijn aan medisch aantoonbaar lichamelijk letsel, ook wel a-specifieke pijn. In dit onderzoek worden alle vormen van chronische pijn meegenomen en wordt er dan ook gesproken over de algemene term: chronische pijn (van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007).



Figuur 1: Model van Loeser. Overgenomen uit: Maxima Medisch centrum (z.d.). *Wat is pijn?* [online afbeelding]. Gedownload op 01-05-2013, van: www.mmc.nl/content/download/.../04.01%20Wat%20is%20Pijn.pdf

Loeser, een Amerikaanse pijnspecialist, heeft een model ontwikkeld waarin hij onderscheid maakt in de bron van de pijn, de gewaarwording, de beleving en het gedrag. Allereerst is er de pijnlijke prikkel, de nocicepsis. Vervolgens ontstaat er pijn. Dit wordt gevolgd door het lijden aan de pijn en de omzetting van dit lijden in gedrag. De groottes van de cirkels kunnen per cliënt verschillen. Een kleine cirkel van de pijn prikkel kan een grote cirkel voor pijn gedrag opleveren en andersom

(Groenman, 1985). Dit model wordt in de medische wereld vaak gebruikt binnen de diagnostiek, behandeling en begeleiding omdat zowel de psychische, sociale en biologische factoren worden meegenomen. De kleinste cirkel, nociceptie, is de pijn prikkel. De patiënt weet op dit

moment nog niet dat hij/zij pijn heeft, dit moet eerst nog waargenomen worden. Bij de tweede cirkel registreert het zenuwstelsel de pijn prikkel en wordt het als pijn waargenomen. De derde cirkel houdt

het emotionele aspect van de pijn in, hoe iemand de pijn ervaart. De vierde en laatste ring van Loeser is pijngedrag. Hiermee wordt bedoeld wat de patiënt laat zien, toont en hoe hij met de pijn omgaat. Het model van Loeser kan vergeleken worden met het biopsychosociale model. De pijn heeft allereerst een grote invloed op het lichamelijke aspect van de patiënt. Een verkeerde lichaamshouding kan weer nieuwe pijn veroorzaken of de reeds bestaande pijn verergeren. Daarnaast heeft de pijn ook invloed op het psychische aspect van de patiënt. De stemming, emoties en het denken zullen door de pijn beïnvloed worden. Sociaal gezien kan de pijn invloed hebben op de interactie tussen de patiënt en zijn omgeving. Afzondering van de omgeving kan een gevolg zijn van de pijn, maar kan de pijn ook verergeren en onderhouden.

De Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) heeft een indeling gemaakt waarin cliënten met chronische pijn kunnen worden ingedeeld naar complexiteit en zwaarte, zodat een passende behandeling kan worden geselecteerd (Köke, 2005; WVC, 2004). Er wordt onderscheid gemaakt in vier WPN-niveaus. Bij niveau 1 zijn er naast de somatische problematiek geen onderhoudende factoren die een rol spelen, behalve de aandoening op zich. Niveau 4 is het tegenovergestelde, psychische en sociale factoren spelen een belangrijke onderhoudende of veroorzakende rol binnen de problematiek. Niveau 2 en 3 zitten qua complexiteit hiertussen.

Op niveau 3 en 4 zijn de psychische en sociale factoren (zeer) complex. Binnen de problematiek spelen zij de belangrijkste onderhoudende rol. Bij niveau 3 en 4 kan psychomotorische therapie (PMT) een rol spelen binnen het multidisciplinaire behandel aanbod (WVC, 2004).

Pijn is te beschrijven als een emotie waarin verschillende systemen hun invloed uitoefenen (fysiek, cognitie en gedrag). In de diagnostiek en behandeling van pijn dient men al deze dimensies mee te nemen. De psychosociale factoren hebben een grote invloed op het ontstaan en onderhouden van de pijn. Continue pijn kan een verandering in beleving en gedrag veroorzaken. Afrell et al. (2007) beschrijft dat er een relatie is tussen langaanhoudende pijn en het hebben van een afwijking in het perifere en centrale pijnmodulatiesysteem, wat leidt tot het hyperactief afgeven van pijnneuronen in het zenuwstelsel.

2.2 Lichaamsbewustzijn/dissociatie & chronische pijn

Het psychofysieke bewustzijn houdt de connectie tussen het lichaam en de geest in. Belangrijke onderdelen van dit psychofysieke bewustzijn zijn lichaamsbewustzijn en lichaamsdissociatie. Lichaamsdissociatie kenmerkt zich door bepaalde denkbeelden en functies buiten het bewustzijn te plaatsen. Gevoelens, emoties, zintuigelijke gewaarwordingen, gedachten kunnen ontsnappen aan de controle en het bewustzijn als strategie om pijnlijke herinneringen of fysieke pijn weg te nemen (Price & Thompson, 2007; van der Hart, 2003).

Voor het begrip lichaamsbewustzijn bestaat nog geen aanvaardbare wetenschappelijke definitie (Blackmore, 2003). Onderzoekers geven verschillende definities van lichaamsbewustzijn. Omdat het begrip lichaamsbewustzijn één van de hoofdonderwerpen is in dit onderzoek, is het van belang dat er tot een eenduidige definitie gekomen wordt. Er zullen een aantal beschrijvingen van het begrip gegeven worden en er zal tot slot tot een definitie gekomen worden die verder in het onderzoek gebruikt wordt.

- ∞ Price & Thompson (2007) beschrijven lichaamsbewustzijn als de waarneming van de lichamelijke gesteldheid, processen en veranderingen die plaats vinden. Zowel de fysieke sensaties, zoals het bewustzijn van de hartactiviteit en ademhaling, als de complexe sensaties: emoties en ontspanning.

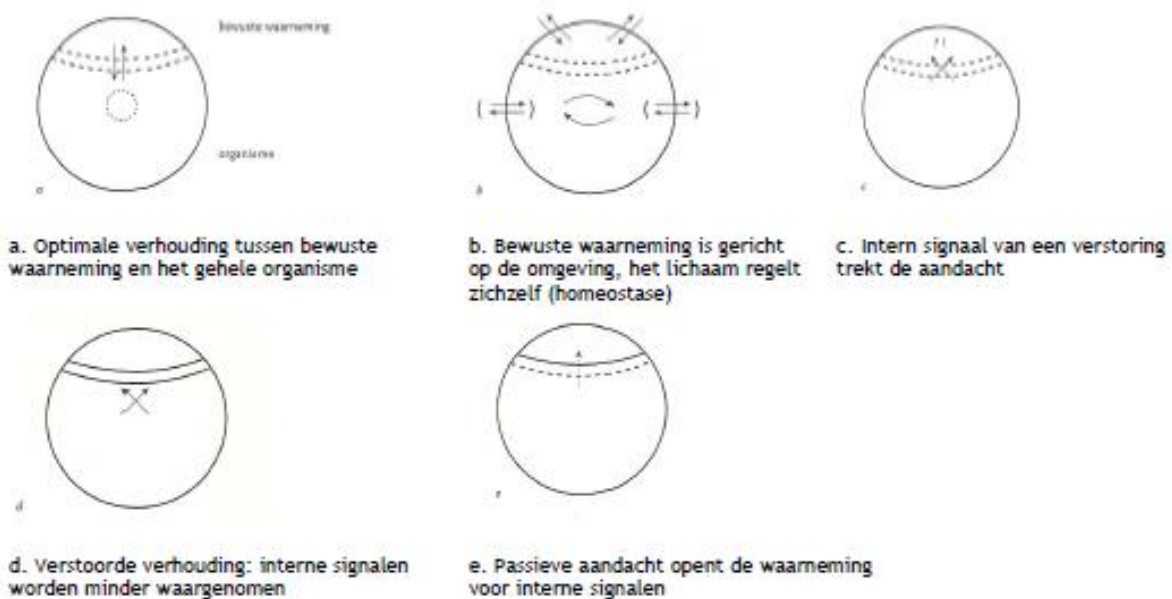
“Body awareness is the perception of bodily states, processes and actions that is presumed to originate from sensory proprioceptive and interceptive afferents and that an individual has the capacity to be aware of. Body awareness includes the perception of specific physical sensations

(e.g., awareness of heart activity; proprioception of limb position) as well as complex syndromes (e.g., pain; sense of relaxation; 'somatic markers' of emotions)" (Mehling, Gopisetty, Daubenmier, Price, Hecht, & Stewart, 2009).

- ∞ Lowen (2011) spreekt in zijn boek over twee vormen van bewustzijn, hoofdbewustzijn en lichaamsbewustzijn. Mensen die voornamelijk beschikken over hoofdbewustzijn hebben een beperkt lichaamsbewustzijn. Zij zien zichzelf en de omgeving alleen in gedachten en beelden. Vaak hebben zij moeite om te ervaren wat ze voelen of dit te uiten. Lowen beschouwt lichaamsbewustzijn als individuen zich bewust zijn van hun lichaam en weten wat en waar ze dit voelen in hun lichaam.
- ∞ Meijer (2004) spreekt bij lichaamsbewustzijn van het gewaar zijn van en inzicht hebben in het eigen lichaam en lichamelijk functioneren. Hij geeft aan dat het de mens verantwoordelijk maakt voor de eigen gezondheid en het vormt de basis voor zelfhulp. Lichaamsbewustzijn is een middel om de gezondheid in eigen hand te nemen. Het bewustzijn komt tot stand door geconcentreerd aandacht te geven aan het lichaam bij ademhaling, bewust stil staan bij bewegingen, houdingen, expressie, ontlading of aanraking.
- ∞ Probst (1997) vat lichaamsbewustzijn op als "een integratie van visuele en tactiele (exteroceptieve) informatie en perceptie en interpretatie van signalen die van binnen uit het lichaam komen".
- ∞ Volgens Damen, Dop, Dries en Timmermans (2011) is het concept lichaamsbewustzijn op te splitsen in verschillende subdimensies, de objectieve en subjectieve proprioceptie. Onder de objectieve proprioceptie valt het bewust zijn van het eigen lichaam, de grenzen van het eigen lichaam en de positie van de eigen ledematen en lichamelijke sensaties. Onder de subjectieve dimensie valt de subjectieve, gevoelsmatige ervaring van het eigen lichaam. Hierbij kan gedacht worden aan het voelen, herkennen en differentiëren van lichamelijke sensaties in relatie tot gevoelens en emoties.
- ∞ Tot slot beschrijft Dixhoorn (2001) in zijn boek 'Ontspanningsinstructie' dat lichaamsbewustzijn de optimale verhouding tussen het lichaam en de bewuste zelfwaarneming is.

Door de continue aanhoudende pijn gaat er zoveel aandacht naar de pijnlocaties, dat er in de hersenen niet veel ruimte meer over is om andere signalen te analyseren. Door het minder goed voelen van de overige sensaties in het lichaam gaat het bewegen ook lastiger. Belangrijk voor chronische pijnpatiënten is dat zij hun lichaam weer beter leren voelen. Het herkennen van lichaamssignalen en herkennen van de reactie, die het in het lichaam teweeg brengt, zijn belangrijke uitgangspunten. De definitie van Price & Thompson (2007) sluit hier goed bij aan omdat zij in hun beschrijving de waarneming van lichamelijke processen meenemen. Deze beschrijving van Price & Thompson (2007) wordt in dit onderzoek gebruikt om lichaamsbewustzijn te definiëren.

Dixhoorn (2001) beschrijft in zijn boek het proces van lichaamsbewustwording. Via zijn ontwikkelde methode 'biofeedback' maakt hij het patiënten weer mogelijk om de eigen biologische processen te beheersen en reguleren. Figuur 2 (Dixhoorn, 2001) geeft de biofeedbackmethode weer. Dit model laat het verkeer tussen de bewuste waarneming en functioneren van het organisme zien.



Figuur 2: Biofeedbackmodel van Dixhoorn (Dixhoorn, 2001)

2.3 Coping met pijn bij chronische pijn

Zoals eerder vermeld beïnvloedt chronische pijn vele aspecten van het leven. De pijn kan op den duur een verandering in gedrag en beleving veroorzaken. Mensen met chronische pijn gaan verschillend met hun pijn om, ook wel (pijn)coping genoemd. "Coping is wat mensen doen of proberen te doen om de aanwezige pijn te verdragen, controleren, of reduceren, ongeacht het succes van deze inspanningen" (Damme, Vianne & Peters, 2009). Dit kan zowel op gedragsmatige, als cognitieve en een emotionele manier.

Cognitie kan daarbij betrekking hebben op wat er in het hoofd van een mens omgaat aan gedachten, fantasieën, dromen, wensen, overtuigingen, etc. Emotie wordt gebruikt als verzamelnaam voor emoties, gevoelens en stemmingen. Gedragsmatig heeft betrekking op het concreet handelen, het is observeerbaar van buitenaf. Deze drie elementen zijn met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar (Eeden, 2012).

In de literatuur bestaat toenemend bewijs voor de aanwezigheid van verschillende copingstijlen welke bij het ontstaan en onderhoud van chronische pijn een rol kunnen spelen. Er zijn meerdere copingstrategieën die op verschillende manieren in de literatuur worden geordend.

Lazarus (1984) ordent de pijn copingstrategieën in probleemgerichte en emotiegerichte copingstrategieën. De probleemgerichte copingstrategie kenmerkt zich door het op willen lossen van het pijnprobleem. De emotiegerichte copingstrategie richt zich op het beperken van de aanwezige pijn of door de eigen emoties als gevolg van de situatie/pijnprobleem in bedwang te houden (Ridder & Schreurs, 1994).

Vlaeyen en Linton (2000) ordenen de copingstrategieën op een andere manier. Zij spreken van het avoidance-endurance model. Dit model bestaat uit de fear-avoidance en endurance-coping. De fear-avoidance leidt tot onderbelasting. We spreken hierbij van avoiders. Bij avoiders wordt het ontstaan en onderhoud van chronische pijn verklaard uit angst beschadigd te worden. Via pijn wordt als het

ware geleerd wat gevaarlijk is en via ontwijken en rust wordt herstel mogelijk gemaakt. Pijn leidt hierbij tot vermijden. Mensen met een endurance-coping ontkennen pijnsensaties, hebben de neiging alle activiteiten af te maken en niet naar het lichaam te luisteren wat leidt tot overbelasting. Ook wel approachers.

Andere onderzoekers ordenen coping in de actieve en passieve copingstrategieën. Mensen met een actieve copingstrategie ondernemen actie om de pijn te beheersen, zoals bewegen of oefenen. Een passieve copingstrategie kenmerkt zich door het uit handen geven van de controle, zoals medicatie gebruiken of rusten (Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991).

Verder wordt er in verscheidene copingvragenlijsten onderscheid gemaakt in een aantal pijn copingstrategieën. Spinhoven (1994) heeft de Nederlandse versie van de Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel & Keefe, 1983) ontwikkeld en heeft nu de naam Coping met Pijn Vragenlijst. Spinhoven maakt onderscheid in acht pijn copingstrategieën: catastroferen, waargenomen pijnbeheersing, ontkennen pijnsensaties, zelf positief toespreken, herinterpreteren pijnsensaties, actiever worden, bidden/hopen en aandachtsafleiding. Dit onderzoek zal zich richten op deze strategieën.

∞ *Catastroferen*

Catastroferen zijn niet-helpende pijncognities, negatieve gedachten die het omgaan met de pijn negatief beïnvloeden. Onder catastroferen kunnen drie dingen verstaan worden. Het piekeren (negatieve gedachten hebben over de pijn en de gevolgen hiervan), uitvergroten (negatief voorstellen van het probleem) en het klein maken van de eigen beïnvloedingsmogelijkheid.

∞ *Waargenomen pijnbeheersing*

Dit is de mate waarin de revalidant zelf in staat is om de pijnklachten zelf te beheersen of te verminderen.

∞ *Ontkennen van pijnsensaties*

Onder deze strategie wordt verstaan dat de persoon ontkent dat er pijnsensaties zijn en/of invloed heeft op het functioneren.

∞ *Zelf positief toespreken*

Deze strategie houdt in dat de persoon zichzelf voorhoudt dat de pijn te verdragen en hanteerbaar is.

∞ *Herinterpreteren van pijnsensaties*

Hierbij probeert de desbetreffende persoon de pijn op een andere manier te ervaren.

∞ *Actiever worden*

Hierbij onderneemt de persoon actie en activiteiten om de aandacht van de pijn af te leiden.

∞ *Bidden en hopen*

Bij deze strategie bidt en hoopt de persoon dat zijn pijn in de toekomst verdwijnt of vermindert.

∞ *Aandachtsafleiding*

Hierbij probeert de persoon de aandacht van de pijn af te leiden door aan andere dingen te denken. (Stomp-van den Berg, Vlaeyen, Kuile, ter, Spinhoven, Breukelen & Kole-Snijders, 2001)

Sommige copingstrategieën zijn voor de één effectief en voor de ander niet. Als een cliënt bijvoorbeeld te horen krijgt dat zij fibromyalgie heeft, kan zij in eerste instantie vermijdend reageren en doen alsof er niets aan de hand is. Dit kan bij deze cliënt een effectieve copingstrategie zijn, omdat zij zo de kans krijgt om van dit nieuws te herstellen en te verwerken. Aan de andere kant kan het een inadequate copingstrategie zijn als de cliënt daarom weigert aan revalidatiedoelen te werken.

De flexibiliteit van de toepassing van copingstrategieën is een belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit van coping. Een cliënt die zijn copingstrategieën kan aanpassen aan zijn behoeften, zal hoogstwaarschijnlijk een betere kwaliteit van leven hebben dan een cliënt die bijvoorbeeld altijd de

copingstrategie 'zelf positief toespreken' toepast. Een adequate copingstijl of effectief copinggedrag heeft een positieve invloed op de pijnbeleving en de kwaliteit van leven (Eeden, 2012).

Self-efficacy heeft een grote invloed op het gedrag van mensen, op hun copingstijl. Als mensen ervan uitgaan dat ze op een goede en succesvolle manier met hun pijnklachten omgaan, leidt dit vaker tot een adequate copingstijl dan wanneer mensen dit geloof niet hebben. Een hoog self-efficacy gaat vaak samen met een goed zelfbeeld. Dit beïnvloedt de coping met pijn op een positieve manier. Als mensen het gevoel hebben geen controle te hebben over de pijn, een laag self-efficacy hebben en ook een laag zelfbeeld, zorgt dit vaak voor inadequate coping (<http://www.psychischenwerk.nl/pw/article.php?id=5690>).

2.4 Lichaamsbewustzijn & coping

De relatie tussen lichaamsbewustzijn en coping wordt in verscheidene onderzoeken beschreven. Zo beschrijft Afrell et al. (2007) dat het angstig luisteren naar lichaamssignalen kan leiden tot het vermijden van bewegingen. In haar onderzoek worden vier typologieën onderscheiden over hoe de proefpersonen hun lichaam ervaren en de keuzes en acties die ze aan de hand van hun pijnlijke lichaam maken. Typologie A bevat de personen die zich over geven aan het lot dat hen gegeven is. Ze hebben geaccepteerd dat ze met hun pijnklachten zullen moeten verder leven. Voor hen was het een kwestie van aanpassen om op een energiebesparende manier verder te leven. Typologie B heeft in tegenstelling tot typologie A actieve copingstrategieën ontwikkeld. Personen uit beide typologieën hebben het idee goed met hun pijn om te gaan, self-efficacy. Typologie C twijfelt tussen het luisteren naar de lichaamssignalen of zich juist daarvoor afsluiten uit angst om door het luisteren naar het lichaam, nog meer pijn te krijgen. Typologie D denkt niet aan het accepteren van de pijn, dat is vreemd voor hen. De pijn ontkennen ziet deze persoon nog als de manier om te kunnen overleven, wat op lange termijn betekent dat hij/zij niet met de pijn om kan gaan. De integratie van het pijnlijke lichaam in de persoon, nauwelijks lichaamsdissociatie, is een belangrijke stap op weg naar acceptatie. Waar typologie B eerder een gebrek had aan lichaamsbewustzijn, wordt het lichaam nu gezien als de graadmeter wat betreft de fysieke/psychische status van de persoon (Afrell et al., 2007).

Gyllensten (2009) beschrijft dat mensen met chronische pijn vaak klagen over pijnklachten, verminderd vertrouwen in het lichaam hebben, verminderde zelfverzekerdheid die samengaan met depressieve of angstgevoelens. Uit onderzoek is gebleken dat de patiënten door een verbeterd lichaamsbewustzijn, positievere ervaringen van hun zelf en lichaam op kunnen doen dan wanneer het lichaamsbewustzijn matig tot slecht is. Daarbij wordt zelfbewustheid ook gezien als het begrijpen van zichzelf en zijn emoties. Het niet begrijpen van de lichamelijke signalen van zichzelf en anderen kan tot problemen in het contact met anderen leiden. Met als gevolg individueel lijden. Een goed lichaamsbewustzijn verhoogt het participatie- en activiteitsniveau in de samenleving. Het verminderd negatieve emoties, verhoogt de vitaliteit en coping en zorgt voor een betere gezondheid (Gyllensten et al., 2009).

Methode

In dit hoofdstuk wordt de onderzoekspopulatie, procedure, het gebruikte onderzoeksinstrument en de data-analyse beschreven.

3.1 Onderzoeksgroep

Aan het onderzoek hebben drie revalidanten binnen ViaReva en zeven mensen met chronische pijn (N = 10) van buiten ViaReva meegewerkt. De revalidanten binnen ViaReva zijn op het moment van het onderzoek bij ViaReva in behandeling. De proefpersonen van buiten ViaReva zijn mensen met chronische pijn in de omgeving van Apeldoorn, maar die niet in behandeling zijn of gaan bij ViaReva. Zij voldoen aan de definitie van chronische pijn volgens dit onderzoek. Via de onderzoeker zijn zij gevraagd mee te werken aan het onderzoek. In dit onderzoek worden alle vormen van chronische pijn meegenomen, dus zowel de fysiek aantoonbare aandoeningen als de a-specifieke vorm van chronische pijn.

De proefpersonen zijn in de leeftijd van twintig tot zesenvijftig jaar (M = 39 jaar) en is enige vorm van chronische pijn gediagnosticeerd. 40% van de proefpersonen heeft fibromyalgie, 50% onverklaarbare chronische pijnklachten en 10% artrose.

3.2 Procedure

Vanaf 15 februari 2013 zijn van alle revalidanten/proefpersonen met een gediagnosticeerde vorm van chronische pijn die op dat moment bij ViaReva in behandeling waren of kwamen de twee vragenlijsten afgenomen. Allen hebben vooraf schriftelijk toestemming gegeven om mee te werken aan het onderzoek.

De *Coping met Pijn Vragenlijst (CPV)* wordt binnen ViaReva door de psycholoog afgenomen, vaak in de observatieperiode. De *Scale of Body Connection (SBC)* is een vragenlijst die door de aanwezige psychomotorische therapeuten wordt gebruikt om allereerst inzicht te krijgen in het lichaamsbewustzijn van de revalidanten en om tot slot nog te bekijken of dit lichaamsbewustzijn verbeterd is. De proefpersonen mochten de vragenlijst mee naar huis nemen om het daar in alle rust in te kunnen vullen, met als opmerking dat zij/hij niet beïnvloed wordt door anderen.

Voor de mensen van buiten ViaReva geldt dat de meetinstrumenten niet via de psycholoog of psychomotorisch therapeut in handen van de proefpersonen zijn gekomen, maar via de onderzoeker. De leeftijd, geslacht en de vorm van chronische pijn zijn meegenomen als variabelen.

3.3 Onderzoeksinstrumenten

Om te meten of er samenhang is tussen het lichaamsbewustzijn en coping met pijn bij mensen met chronische pijn, zijn de *Scale of Body Connection (SBC)* en de *Coping met Pijn Vragenlijst (CPV)* gebruikt.

De *SBC* bestaat uit twintig items. Hiervan meten 12 items de mate van lichaamsbewustzijn en 8 items de mate waarin mensen dissociëren van hun lichaamssignalen. Ze worden gescoord op een vijfpuntschaal, waarbij een hoge score op body awareness wil zeggen dat er sprake is van bewuste aandacht voor het lichaam. Een hoge score op de schaal body dissociation geeft aan dat er sprake is van distantie van het lichaam en emotie (Price & Thompson, 2007). Lia van der Maas heeft deze Engelstalige vragenlijst vertaald naar het Nederlands (in press). De Engelstalige versie van de *SBC* kent een goede constructvaliditeit en interne betrouwbaarheid, blijkt uit onderzoek van Amerikaanse studenten (Wierstra, 2009-2012, p.7).

Price & Thompson (2007) hebben normen vastgesteld, gebaseerd op gezonde studenten. De norm van de subschaal body awareness is 3,36 (SD = 0,66) en de norm van de subschaal body dissociation is 2,07 (SD = 0,63).

De betrouwbaarheid van de Nederlandstalige versie is op de subschaal 'body awareness' goed bevonden en op de subschaal 'body dissociation' zwak tot voldoende (Van der Maas, z.d.). Over de

validiteit van de Nederlandse versie zijn nog geen gegevens bekend (Maas, Bosscher, Köke & Peters, z.d.).

De CPV bestaat uit 44 items die beantwoord worden op een gesloten 10 cm VAS, met links 'ik doe nooit' tot rechts 'ik doe altijd'. De lijst meet doelgerichte reacties op het hanteren van pijn of de negatieve gevolgen van pijn. De lijst bestaat uit de sub schalen catastroferen (6), waargenomen pijnbeheersing (2), bidden of hopen (6), aandachtafleiding (6), ontkennen van pijnsensaties (6), zelf positief toespreken (6), herinterpreteren pijnsensaties (6) en actiever worden (6). Er zijn normen beschikbaar voor patiënten met chronische lage-rugpijn/nekpijn en chronische spanningshoofdpijn (Spinhoven et al., 1994).

De betrouwbaarheid van de subschalen en de validiteit zijn redelijk tot goed te noemen (Stomp-van den Berg et al., 2001).

3.4 Dataverwerking

In SPSS (Statistical Products and Service Solutions) zijn alle data van de vragenlijsten (SBC en CPV) ingevoerd. Bij de SBC zijn alle vragen afzonderlijk van elkaar ingevoerd. Bij de Coping met Pijn-vragenlijst zijn de totaalscores van de subschalen ingevoerd en niet alle vragen afzonderlijk van elkaar. Aan de hand van de ingevoerde vragen zijn er middels Syntax-berekeningen totaalscores berekend. Aan de hand van deze totaalscores zijn correlaties berekend om de samenhang al dan niet aan te kunnen tonen. De resultaten van deze berekeningen worden in het volgende hoofdstuk in tabellen en grafieken weergegeven.

Als uitgangspunt voor de sterkte van de samenhang zijn de volgende waardes gekozen: ± 0 is geen samenhang, $\pm 0,25$ is een zwakke samenhang, $\pm 0,50$ is een matig sterke samenhang, $\pm 0,75$ is een sterke samenhang en ± 1.00 is een volledige samenhang (Vocht, 2007).

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek getoond. Er zal op inzichtelijke manier weergegeven worden hoe de samenhang al dan niet aangetoond is.

4.1 Algemene gegevens onderzoekspopulatie

In tabel 1 zijn de algemene gegevens van de onderzoekspopulatie weergegeven. 30% van de proefpersonen heeft deelgenomen aan het onderzoek toen zij in behandeling waren bij ViaReva, de overige 70% komt uit de omgeving van Apeldoorn en was niet in behandeling bij ViaReva. Fybromyalgie (40%), onbegrepen chronische pijnklachten (50%) en artrose (10%) zijn de vormen van chronische pijn die de proefpersonen hebben. Met een minimum leeftijd van 20 jaar en een maximum leeftijd van 64 jaar komt de gemiddelde leeftijd van de proefpersonen op 39 jaar uit.

Tabel 1: Algemene gegevens onderzoekspopulatie

Variabele		Percentage %	Frequentie
Geslacht	Man	10%	1
	Vrouw	90%	9
Vorm van chronische pijn	Fybromyalgie	40%	4
	Onbegrepen chronische pijnklachten	50%	5
	Artrose	10%	1
Context	Behandeling: ViaReva	30%	3
	Geen behandeling: omgeving Apeldoorn	70%	7

4.2 Gemiddelden en standaarddeviaties

In tabel 2 zijn de gemiddelden en standaarddeviaties van de acht pijn copingstrategieën, lichaamsbewustzijn en lichaamsdissociatie weergegeven.

Tabel 2: Gemiddelden en standaarddeviatie van de pijn copingstrategieën en het lichaamsbewustzijn

Copingstrategieën met pijn	Catastroferen	Waargenomen pijnbeheersing	Ontkennen pijnsensaties	Zelf positief toespreken	Herinterpreteren pijnsensaties	Actiever worden	Bidden en hopen	Aandachtsafleiding	Lichaamsbewustzijn Body awareness	Lichaamsdissociatie Body dissociation
Gemiddelde	12,6	10,2	33,7	43,7	19,5	23,4	8,5	22,6	3,47	2,51
Standaarddeviatie	7,9	5,3	14,1	9,7	16,3	9,5	5,6	13,8	0,37	0,33

De proefpersonen scoren gemiddeld 43,7 punten op de schaal 'zelf positief toespreken'. Met een standaarddeviatie van 16,3 heeft de schaal 'herinterpreteren van pijnsensaties' ver uit elkaar liggende minimum en maximumscores. Door twee minimumscores van 1 (20%) valt het gemiddelde lager en de standaarddeviatie hoger uit. 70% van de proefpersonen heeft op deze subschaal een score van 11 of hoger, met als maximum 54.

De onderzoeksgroep scoort op de subschaal body awareness gemiddeld 3,47 (SD = 0,37) en op de subschaal body dissociation 2,51 (SD = 0,33).

Het gemiddelde van de normpopulatie van de SBC volgens Price & Thompson (2007) is 3,36 (SD = 0,66) op de subschaal body awareness en op de subschaal body dissociation 2,07 (SD = 0,63).

4.3 Correlaties tussen lichaamsbewustzijn, dissociatie en copingstrategieën

Tussen alle acht pijn copingstrategieën van de Coping met Pijn vragenlijst en de subschalen 'body awareness' en 'body dissociation' van de Scale of Body Connection zijn correlatieanalyses gemaakt. Hierbij kwam, uitgaande van alle tien proefpersonen, alleen op de subcategorie 'bidden/hopen en body awareness en body dissociation' een negatieve correlatie naar voren ($r = -0,581$, $p = 0,078$). Geen van alle overige pijn copingstrategieën correleerde met het lichaamsbewustzijn of lichaamsdissociatie.

Enkele proefpersonen hadden uitschieters in de minimum en maximumscores bij één of meer van de acht pijn copingstrategieën, waardoor er bij enkele correlatieberekeningen voor is gekozen om deze proefpersonen niet in het onderzoek te betrekken.

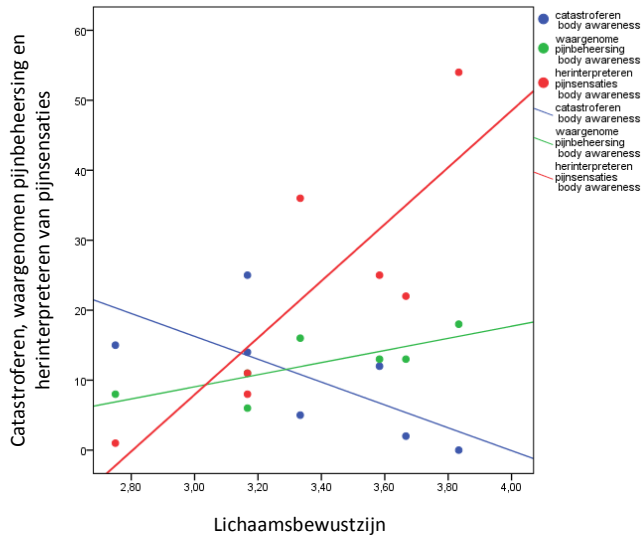
In tabel 3 zijn de correlaties tussen de pijn copingstrategieën en lichaamsbewustzijn en dissociatie weergegeven.

Tabel 3: Correlatie tussen pijn copingstrategieën en lichaamsbewustzijn

Copingstrategieën met pijn		Catastroferen	Waargenomen pijnbeheersing	Ontkennen pijnsensaties	Zelf positief toespreken	Herinterpreteren pijnsensaties	Actiever worden	Bidden en hopen	Aandachtsafleiding
Lichaamsbewustzijn 'Body Awareness'	Correlatie Sign. N	-0,901 0,006 7	0,818 0,024 7	-0,214 0,553 10	-0,265 0,459 10	0,847 0,016 7	-0,357 0,311 10	-0,759 0,029 8	0,563 0,146 8
Lichaamsdissociatie 'Body Dissociation'	Correlatie Sign. N	0,145 0,710 9	0,044 0,903 10	-0,207 0,566 10	0,104 0,776 10	0,271 0,450 10	-0,502 0,168 9	-0,809 0,008 9	-0,151 0,678 10

Tussen lichaamsbewustzijn en catastroferen is een zeer sterke samenhang naar voren gekomen met een significante negatieve correlatie van $-0,901$ ($p = 0,006$). De subschaal 'waargenomen pijnbeheersing' laat een zeer sterke significante samenhang met lichaamsbewustzijn zien ($r = 0,818$, $p = 0,024$), als mede de subschaal 'herinterpreteren van pijnsensaties' ($r = 0,847$, $p = 0,016$). Verder is er uit de correlatieanalyses naar voren gekomen dat bidden en hopen op zowel de subschaal lichaamsbewustzijn als lichaamsdissociatie negatief correleert. Dit wil zeggen dat wanneer de score van het bidden/hopen omhoog gaat, lichaamsbewustzijn en -dissociatie omlaag gaat en andersom. Wanneer de score van het lichaamsbewustzijn omhoog gaat, gaat de score van bidden/hopen omlaag.

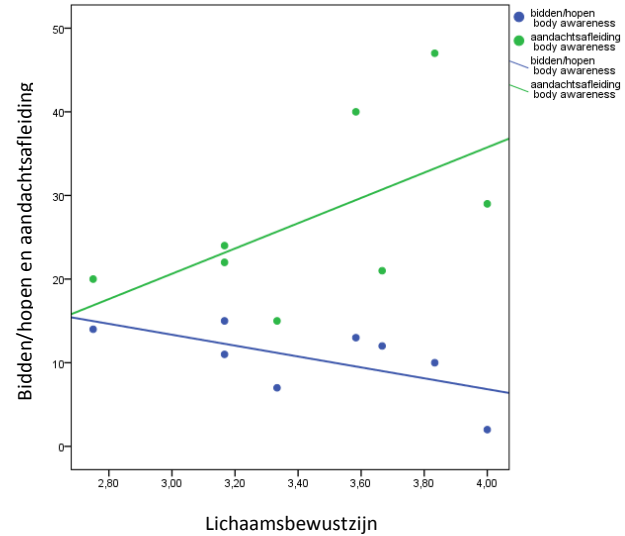
Figuur 3: Samenhang tussen lichaamsbewustzijn en catastroferen, waargenomen pijnbeheersing en herinterpreteren van pijnsensaties



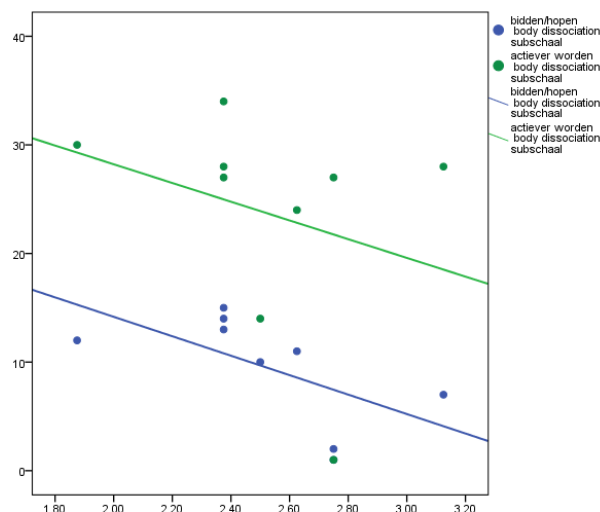
Figuur 3 toont aan dat er samenhang is tussen lichaamsbewustzijn en de drie pijn coping strategieën catastroferen ($r = -0,901$, $p = 0,006$), waargenomen pijnbeheersing ($r = 0,818$, $p = 0,024$) en het herinterpreteren van pijnsensaties ($r = 0,847$, $p = 0,016$).

Het herinterpreteren van pijnsensaties correleert positief zeer sterk met lichaamsbewustzijn. Dus als het lichaamsbewustzijn omhoog gaat, gaat het herinterpreteren van pijnsensaties ook omhoog en andersom. Catastroferen correleert negatief zeer sterk met lichaamsbewustzijn. Bij het stijgen van de score op het lichaamsbewustzijn, daalt de score op catastroferen en andersom.

Figuur 4: Samenhang tussen lichaamsbewustzijn en bidden/hopen en aandachtsafleiding



Figuur 4 toont aan dat er samenhang is tussen lichaamsbewustzijn en bidden/hopen ($r = -0,671$, $p = 0,069$) en aandachtsafleiding ($r = 0,563$, $p = 0,146$). Zo blijkt dat er tussen lichaamsbewustzijn en bidden/hopen een negatief verband is gevonden. Ook is er samenhang tussen lichaamsbewustzijn en aandachtsafleiding gevonden.



Figuur 5: Samenhang tussen lichaamsdissociatie en bidden/hopen en actiever worden

In figuur 5 is af te lezen dat er een negatieve correlatie tussen lichaamsdissociatie en bidden/hopen en actiever worden is gevonden. Met betrekking tot bidden/hopen is te zien dat hoe hoger de lichaamsdissociatie is, hoe lager zij scoren op de subschaal bidden en hopen. Of andersom gesteld, hoe hoger de score op de subschaal bidden/hopen, hoe lager de score op lichaamsdissociatie.

Voor de samenhang tussen lichaamsdissociatie en actiever worden geldt hetzelfde. Hoe hoger de lichaamsdissociatie, hoe lager de score op de subschaal actiever worden. Of andersom gesteld, hoe hoger de score op de subschaal actiever worden, hoe lager de score op body dissociation.

Discussie

In onderstaand hoofdstuk wordt er gediscussieerd over en een kritische beschouwing gegeven op de methode, resultaten en de uitvoering van het onderzoek.

Onderzoekspopulatie

In de eerste fase van dit onderzoek, het maken van de onderzoeksopzet, stond beschreven dat het plan was om van vijftien proefpersonen binnen ViaReva resultaten te verkrijgen. Gezien het tijdsbestek is het niet gelukt om alleen de context ViaReva mee te nemen in het onderzoek. Dit had voor slechts drie proefpersonen gezorgd. Daarom is er voor gekozen om ook een andere context bij dit onderzoek te betrekken. Over hen is minder bekend dan van de proefpersonen binnen ViaReva. Daarbij is wel gelet op het feit dat iedereen aan definitie van chronische pijn, zoals gesteld in dit onderzoek, moest voldoen. De proefpersonen van buiten ViaReva (context 2) hebben dit alleen mondeling bevestigd, de proefpersonen binnen ViaReva (context 1) konden dit zowel mondeling als in het medisch dossier bevestigen.

Een belangrijk en niet te ontlopen kritisch punt is dat de onderzoeksgroep erg klein is. In dit onderzoek is samenhang aangetoond tussen lichaamsbewustzijn/dissociatie en de acht pijn copingstrategieën maar om dit aan te kunnen tonen zijn wel aanpassingen gedaan in de resultaten. Door drie uitschieters bij bijvoorbeeld catastroferen eruit te halen, kwamen er in één keer vier nieuwe correlaties op andere pijn copingstrategieën bij. Voor dergelijke veranderingen naar aanleiding van het wegnemen van één of twee proefpersonen is de omvang van de onderzoekspopulatie een mogelijke verklaring. Door zeven van de tien proefpersonen in de correlatieanalyses mee te nemen zijn meer positieve en negatieve correlaties gevonden dan bij een correlatieanalyse met alle proefpersonen.

Meetinstrumenten

De proefpersonen uit context 1 hebben bij de SBC een enkele keer twee punten gegeven per vraag. Twee van de drie proefpersonen had op de 5-punts Likertschaal (1: helemaal niet, 2: niet, 3: soms, 4: regelmatig, 5: altijd) om de '1' en '2' een cirkel gezet. De keuzen tussen 'helemaal niet' en 'niet' vonden zij lastig omdat zij hier geen verschil in zagen.

Het invullen van de Coping met Pijn Vragenlijst zorgde voor enkele proefpersonen ook voor onduidelijkheid. Door de 10 cm VAS schaal vonden veel het lastig verschil in gradatie aan te brengen.

Bij zeven van de tien proefpersonen zijn de twee vragenlijsten niet op een officiële manier afgenomen. Bij de drie revalidanten binnen ViaReva is de Coping met Pijn Vragenlijst afgenomen onder het toezicht van de psychodiagnostisch medewerker. Bij het afgeven van de vragenlijsten aan de proefpersonen uit context 2 is getracht de introductie van de vragenlijst op dezelfde manier te doen. Er is vermeld dat zij de vragenlijst individueel moesten invullen, zodat ze bij het beantwoorden van de vragen niet beïnvloed worden door anderen. Hier is echter geen toezicht op geweest.

Resultaten

Door de beperkte omvang van de onderzoekspopulatie is de betrouwbaarheid van deze resultaten in twijfel te trekken. Het wegnemen van één of twee proefpersonen brengt al zoveel veranderingen in de correlaties teweeg dat het de vraag is of de correlaties die nu vastgesteld zijn ook daadwerkelijk betrouwbaar zijn. Bij meer proefpersonen, zou er meer variatie zijn en zouden de resultaten een hogere betrouwbaarheid hebben. Daarnaast is er relatief weinig variatie in de variabele lichaamsbewustzijn en dissociatie.

Op dit moment kan de behandeling nog niet beter op de cliënt aangesloten worden, omdat er slechts sprake is van een statistisch verband en niet van een oorzakelijk verband. Pas als er een causaal verband is vastgesteld kunnen de uitgangspunten van de behandeling bepaald worden, want dan kan er op de oorzaak ingegaan worden om zo ook het gevolg aan te pakken. Het gemiddelde van de normpopulatie van de SBC volgens Price & Thompson (2007) is 3,36 (SD = 0,66) op de subschaal body awareness en op de subschaal body dissociation 2,07 (SD = 0,63). De proefpersonen in dit onderzoek hadden een gemiddelde van 3,47 (SD = 2,51) op de subschaal body awareness en 2,51 (SD = 0,33) op de subschaal van body dissociation. De proefpersonen, allen met chronische pijn, scoren dus hoger op het lichaamsbewustzijn dan gezonde studenten, terwijl in het theoretisch kader naar voren kwam dat mensen met chronische pijn over het algemeen een lager lichaamsbewustzijn hebben door onder andere de afwijking in het perifere en centrale pijnmodulatiesysteem, wat leidt tot het hyperactief afgeven van pijnneuronen in het zenuwstelsel waardoor er voor de hersenen niet veel ruimte meer over is om de overige signalen op te pakken. Dit zou verklaard kunnen worden aan de hand van het feit dat vier van de tien proefpersonen al drie of meerdere weken in behandeling zijn en dus al in aanraking zijn gekomen met het begrip lichaamsbewustzijn. Bovendien staan mensen met chronische pijn wellicht meer stil bij hun lichaam dan de normpopulatie van gezonde studenten bij het onderzoek van Price & Thompson. Wellicht geldt bij deze onderzoeksgroep dat er 'slechts' sprake is van een lichte afwijking in het perifere en centrale zenuwstelsel waardoor het lichaamsbewustzijn minder verstoord is.

Conclusie

In onderstaand hoofdstuk worden de resultaten geïnterpreteerd en verklaard en aan de hand daarvan conclusies getrokken.

Dit onderzoek heeft getracht een antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraagstelling:
“Is er samenhang tussen lichaamsbewustzijn en coping met pijn bij mensen met chronische pijn?”

In de literatuur is onderzoek gedaan naar de begrippen die van belang zijn om een antwoord te kunnen krijgen op de onderzoeksvraagstelling. Zo is er in de literatuur gekeken naar het lichaamsbewustzijn met betrekking tot chronische pijn en coping met pijn. Daarnaast is de onderlinge relatie tussen lichaamsbewustzijn en coping met pijn onderzocht.

Vanuit de literatuur én de gegevens van de proefpersonen kan deze vraag met een ‘ja’ beantwoord worden. Er is daadwerkelijk significante samenhang aangetoond tussen lichaamsbewustzijn/dissociatie en sommige van de acht copingstrategieën volgens Spinhoven et al. (1994).

Chronische pijnpatiënten die een grote mate van lichaamsbewustzijn hebben, catastroferen minder dan wanneer het lichaamsbewustzijn lager is. Mensen met chronische pijn en een grote mate van lichaamsbewustzijn hebben over het algemeen ook meer het herinterpreteren van pijnsensaties als hun copingstrategie aangeleerd, voor waargenomen pijnbeheersing geldt hetzelfde. Daarnaast toont het onderzoek ook aan dat hoe groter de mate van lichaamsbewustzijn is, hoe kleiner de mate van bidden en hopen is. Tot slot vertoont lichaamsbewustzijn ook een positieve samenhang met aandachtsafleiding. Hoe hoger het lichaamsbewustzijn is, hoe meer mensen terug vallen op de pijn copingstrategie aandachtsafleiding.

Ook op een ander onderdeel van het psychofysieke bewustzijn, lichaamsdissociatie, is samenhang aangetoond met betrekking tot coping met pijn. Lichaamsdissociatie correleert negatief met bidden en hopen en actiever worden. Dus hoe hoger de mate van lichaamsdissociatie, hoe lager de mate van bidden en hopen en actiever worden. Andersom kan dit ook gesteld worden. Hoe hoger de mate van bidden en hopen en actiever worden, hoe lager het lichaamsbewustzijn.

Aanbevelingen

In onderstaand hoofdstuk worden er aanbevelingen gedaan voor eventuele vervolgonderzoeken.

Uit het onderzoek is geconcludeerd dat er samenhang is tussen lichaamsbewustzijn en coping met pijn bij mensen met chronische pijn. Dit is interessant om te weten voor onder andere de psychomotorisch therapeuten omdat wij zo, na vervolg onderzoek, de behandeling beter kunnen aansluiten op de cliënt.

Voor eventueel vervolg onderzoek is het interessant om te weten of er een causaal verband is tussen lichaamsbewustzijn en coping met pijn bij mensen met chronische pijn. Wat is de oorzaak van de positieve of negatieve samenhang en wat is het gevolg? Lichaamsbewustzijn en catastroferen vertoonde een negatieve samenhang, wat betekent dat wanneer het catastroferen omlaag gaat, het lichaamsbewustzijn omhoog gaat. Maar wat is nu de oorzaak van dit verband? Wordt het lichaamsbewustzijn verhoogt door de vermindering van catastroferen, of werkt het andersom? Vermindert het catastroferen door de verhoging van het lichaamsbewustzijn? Voor de psychomotorische therapie is dit van belang om te weten omdat zo de behandeling gericht kan worden op de oorzaak van de samenhang.

Stel dat uit vervolgonderzoek blijkt dat door de vermindering van catastroferen, het lichaamsbewustzijn verhoogt. Dan zal de behandeling op de vermindering van het catastroferen gericht gaan worden en niet/minder op het lichaamsbewustzijn. Als dit andersom het geval is en het verhogen van het lichaamsbewustzijn als gevolg heeft dat het catastroferen verminderd, zal de behandeling effectief zijn door het op het vergroten van het lichaamsbewustzijn te richten.

Literatuurlijst

- Affrel, M., Biguet, G., Rudebeck, C.E. (2007). Living with a body in pain: between acceptance and denial. *Nordic College of Caring Science*, 21: 291-296.
- Baarda, B., Goede, de M., & Dijkum, van C. (2011). *Basisboek Statistiek met SPSS*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, E., Buuren, van H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Butler, D.S., Moseley, G.L (2012). *Begrijp de pijn* (van Buchem, B., Langerhorst, M., vert.). Adelaide: Noigroup Publications (oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2004).
- Damme, van S., Viane, I., Peters, M.L. (2009). Meten van coping, ziekteopvattingen, en andere psychosociale factoren. *Pijn info*, 161-169. Verkregen op http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-90-313-7316-1_30?LI=true.
- Eeden, van M. (2012). *Copen met coping: professioneel begeleiden bij verliesverwerking*. Amsterdam: Bureau Reflectie in Beweging.
- Emck, C. & Bosscher, R.J. (2004). Psychomotorische interventies: bewegingservaring op maat. In: G. Pool e.a. (red.). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. (368-385) Assen: Van Gorcum.
- Groenman, N.H. (1985). Chronische pijnklachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27.
- Gyllensten, A.L., Skär, L., Miller, M., Gard, G. (2010). Embodied identity: a deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26 (7): 439-446.
- Hart, van der O. (2003). *Trauma Dissociatie en Hypnose*. Lisse: Swets & Zeilinger. In: Hoven, H. (2010). Een kwantitatief pilotonderzoek naar de effecten van de vaktherapeutische module Waarnemen bij dissociatieve klachten. Zwolle.
- Jasper, J.P.C., Asma, van M.J.O., Bosch, van den R.J. (1989). Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.R., Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Elsevier Science Publishers*, 47.
- Kraaimaat, F.W., Bakker, A., Evers, A.W.M. (1997). Pijn coping-strategieën bij chronische pijnpatiënten: de ontwikkeling van de Pijn-Coping-Inventarisatielijst (PCI). *Gedragstherapie*, 30, 185-186
- Maas, van der L., Köke, A., Bosscher, R., & Peters, M. (in press). The Scale of Body Connection: a reliability and sensitivity to change study of the Dutch version.
- Maas, van der L., Bosscher, R., Köke, A., & Peters, M. (z.d.). Mind-body connection in persons with chronic musculoskeletal pain: Does it make a difference? In: Wierstra (2009-2012). *Lichaamsbeleving bij mensen met Niet-Aangeboren Hersenletsel en een licht verstandelijke beperking met sterke gedragsproblemen*. Zwolle.

- Mehling, W.E. Gopisetty, V. Daubenmier, J. Price, C.J. Hecht, F.M. Stewart, A. (2009). Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. PLoS ONE, 4. Geraadpleegd april 2013, via <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0005614>
- Meijden, van der H., Bosscher, R.J. (2007). *Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.
- Price, C. J., Thompson, E. A. (2007). Measuring Dimensions of Body Connection: Body Awareness and Bodily Dissociation. *The journal of alternative and complementary medicine*, 945–953.
- Probst, M. (1994). Het menselijk lichaam in de psychiatrie: problematiek in beweging. In Brauwer, D. de & Konsten, L. (red.). *Relationele lichaamsbeelden (27-44)*. Leuven, Acco.
- Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patient*. Kortenbergh: Universitair Centrum Sint-Jozef.
- Rekkers, M. & Schoenmaker E. (red.) (2002). *Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Leuven: Acco.
- Ridder, de D.T.D., Schreurs, K.M.G. (1994). *Coping en sociale steun van chronisch zieken*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken.
- Scheffers, M., Rekkers, M., Bosscher, R. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? *Tijdschrift voor vaktherapie*, 21-30.
- Sommeling, L. (Z.D.). *Het lichaamsbewustzijn van de therapeut*. Verkregen op Het lichaamsbewustzijn van de therapeut: <http://home.tiscali.nl/sommeling/het%20lichaamsbewustzijn%20van%20de%20therapeut.html>
- Spinhoven, P., Kuile, M.M.T., Linssen, A.C.G (1994). *Coping met Pijn Vragenlijst (CPV)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Stomp-van den Berg, S.G.M., Vlaeyen, J.W.S., Kuile, ter M.M., Spinhoven, P., Breukelen, van G. & Kole-Snijders, A.M.J. (2001). *Meetinstrumenten chronische pijn: deel 2, Pijn Coping en Cognitie Lijst (PCCL)*. Maastricht: Pijn Kennis Centrum.
- Vocht, A. de (2007) *Basisboek SPSS 15*. Utrecht: Bijleveld Press. In: Manders (2010). *Lichaamsbewustzijn binnen behandelhuis 1 van het Jelgerhuis Geestelijke Gezondheidszorg Friesland*. Zwolle.

Bijlage 1: Scale of Body Connection (SBC)

Lichaamsbewustzijn

Instructie: Deze vragenlijst bevat vragen over hoe bewust u zich bent van uw lichaam en hoe u reageert op dat bewustzijn. Omcirkel het cijfer dat het best weergeeft hoe u zich over het algemeen voelt.

Er zijn geen juiste antwoorden, antwoord zo eerlijk mogelijk.

Twee vragen hebben betrekking op seksuele activiteit; daaronder vallen alle vormen van seksuele activiteit, dus ook zelfbevrediging.

Als u op geen enkele wijze seksueel actief bent, hoeft u deze vragen niet te beantwoorden.

Uw antwoord moet betrekking hebben op de afgelopen twee maanden.

- | | | | | | |
|-----|--|-------------|-------------|-------------------|---------------|
| 1. | Als er spanning in mijn lichaam is, ben ik me bewust van deze spanning | | | | |
| | helemaal niet | niet | soms | regelmatig | altijd |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Ik kan mijn emoties moeilijk herkennen | | | | |
| | helemaal niet | niet | soms | regelmatig | altijd |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Ik merk dat mijn ademhaling oppervlakkig wordt wanneer ik nerveus ben | | | | |
| | helemaal niet | niet | soms | regelmatig | altijd |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Ik ben bewust van mijn emotionele reactie wanneer iemand mij op een zorgzame manier aanraakt | | | | |
| | helemaal niet | niet | soms | regelmatig | altijd |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Mijn lichaam voelt tijdens ongemakkelijke situaties verstijfd aan, alsof het verdoofd is | | | | |
| | helemaal niet | niet | soms | regelmatig | altijd |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos ben | | | | |
| | helemaal niet | niet | soms | regelmatig | altijd |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Ik heb het idee alsof ik van buitenaf naar mijn lichaam kijk | | | | |
| | helemaal niet | niet | soms | regelmatig | altijd |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Tijdens seksuele activiteit ben ik me bewust van wat ik daarbij voel | | | | |
| | helemaal niet | niet | soms | regelmatig | altijd |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Ik kan mijn adem door mijn lichaam voelen stromen als ik diep uitadem | | | | |
| | helemaal niet | niet | soms | regelmatig | altijd |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam | | | | |
| | helemaal niet | niet | soms | regelmatig | altijd |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11. Het is moeilijk voor mij om bepaalde emoties te uiten
helemaal niet **niet** **soms** **regelmatig** **altijd**
1 2 3 4 5
12. Om te begrijpen hoe ik me voel maak ik gebruik van wat ik in mijn lichaam waarneem
helemaal niet **niet** **soms** **regelmatig** **altijd**
1 2 3 4 5
13. Wanneer ik mij lichamelijk ongemakkelijk voel, ga ik na wat de oorzaak van het ongemak zou kunnen zijn
helemaal niet **niet** **soms** **regelmatig** **altijd**
1 2 3 4 5
14. Ik luister naar informatie van mijn lichaam over mijn emotionele toestand
helemaal niet **niet** **soms** **regelmatig** **altijd**
1 2 3 4 5
15. Wanneer ik gestrest ben, ben ik me bewust van deze stress in mijn lichaam
helemaal niet **niet** **soms** **regelmatig** **altijd**
1 2 3 4 5
16. Ik leid mezelf af van gevoelens van lichamelijk ongemak
helemaal niet **niet** **soms** **regelmatig** **altijd**
1 2 3 4 5
17. Wanneer ik gespannen ben, let ik erop waar in mijn lichaam de spanning zich bevindt
helemaal niet **niet** **soms** **regelmatig** **altijd**
1 2 3 4 5
18. Ik merk dat mijn lichaam anders aanvoelt na een rustgevende ervaring
helemaal niet **niet** **soms** **regelmatig** **altijd**
1 2 3 4 5
19. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam tijdens seksuele activiteit
helemaal niet **niet** **soms** **regelmatig** **altijd**
1 2 3 4 5
20. Het is moeilijk voor mij om aandacht te besteden aan mijn emoties
helemaal niet **niet** **soms** **regelmatig** **altijd**
1 2 3 4 5