

Pijn-Coping-Inventarisatielijst (PCI)

Kraaimaat, Bakker & Evers (1997)

Achtergrond

In de literatuur over (chronische) pijn wordt veel aandacht besteed aan de invloed van pijn coping strategieën op pijn. Pijn coping strategieën zijn pogingen, zowel van motorische als cognitieve aard, om de pijn te beïnvloeden of te tolereren.

In de vroegere literatuur en theorieën over pijn coping heeft men coping vaak categoriaal proberen indelen. Een mogelijke indeling is deze van actieve en passieve coping (Brown & Nicassio, 1987). Actieve coping heeft als doel de oorzaak aan te pakken. Passieve coping richt zich meer op de gevolgen, waardoor de situatie op zich onveranderd blijft, maar het leven leefbaar wordt gehouden.

Er zijn verschillende vragenlijsten in omloop, specifiek ontwikkeld voor het meten van pijn coping-gedrag. Deze vragenlijsten zijn toepasbaar bij patiënten met een bepaald type pijn. Bovendien hebben de meeste vragenlijsten met name betrekking op cognitieve strategieën óf op handelingsmatige strategieën.

Het doel van Kraaimaat et al. (1997) was om een betrouwbaar en valide vragenlijst te ontwikkelen die aan de volgende criteria voldeed:

- zowel specifieke cognitieve als gedragsmatige coping strategieën bevat
- toepasbaar is bij verscheidene typen pijnpatiënten
- eenvoudig af te nemen is en weinig tijd in beslag neemt.

Doel

De Pijn-Coping-Inventarisatielijst (PCI) inventariseert de coping strategieën van personen met pijnklachten. Met behulp van de PCI kan bepaald worden of de persoon met name actieve of passieve coping strategieën toepast.

Doelgroep

De vragenlijst is bruikbaar bij verscheidene patiëntenpopulaties die te kampen hebben met chronische pijnklachten.

Opbouw

De vragenlijst bestaat uit 33 items, onderverdeeld in 6 schalen:

1. Pijn transformeren
2. Afleiding
3. Eisen verlagen
4. Terugtrekken
5. Piekeren
6. Rusten

De schalen *Pijn transformeren*, *Afleiding* en *Eisen verlagen* beschrijven de actieve copingstijl.

De schalen *Terugtrekken*, *Piekeren* en *Rusten* beschrijven de passieve copingstijl.

Scoring

De persoon geeft bij iedere bewering aan hoe vaak hij of zij het beschreven gedrag uitvoert. Er zijn 4 mogelijke antwoorden op elke bewering: *zelden of nooit*, *soms*, *vaak* en *zeer vaak*.

De scores op de zes schalen worden omgerekend tot een percentage. Het hoogste percentage geeft aan welke coping strategie de persoon het meeste toepast.

Voordelen van de PCI

1. De PCI kan bij diverse diagnostische groepen patiënten met chronische pijn worden toegepast.
2. Met de PCI worden zowel cognitieve als gedragsmatige copingstrategieën gemeten.

Methodologische kwaliteit

Normgroep

De normgroep bestaat uit patiënten met reumatoïde artritis, patiënten met chronische hoofdpijnen en patiënten van een polikliniek (Tabel 1).

Patiënten met reumatoïde artritis (RA)

De gegevens werden verzameld bij een steekproef van 275 RA-patiënten afkomstig van drie ziekenhuizen in de omgeving Utrecht. De minimale leeftijd werd gesteld op 18 jaar.

Patiënten met chronische hoofdpijn

De gegevens werden verzameld bij een steekproef van 410 leden van de Nederlandse Vereniging Migrainepatiënten. De volgende hoofdpijntypen werden kwamen in de steekproef voor: migraine, spanningskrachten en de combinatie van beide.

Patiënten van een pijnpolikliniek

De gegevens werden verzameld bij 104 patiënten van de pijnpolikliniek van het Academisch Ziekenhuis Groningen. De patiënten kampten met de volgende pijnen: 10% hoofdpijn, 26% rugpijn, 13% buikpijn, 10% pijn in de ledematen, 9% geen specifieke locatie en een restgroep van 32% (bv. nek, maag en kaken).

Tabel 1. Normgroep

Aantal	Patiënten
275	Reumatoïde artritis, 64% vrouwen, gem. leeftijd: 58,4 (SD= 13,8), ziekte duur gem.: 14,8 jaar (SD=12,5)
410	Chronische hoofdpijn, 80% vrouwen, gem. leeftijd: 44,5 (SD=11,7), ziekte duur gem.: 26,6 jaar (SD=14,5)
104	Pijnpolikliniek, 48% vrouwen, gem. leeftijd: 41,4 (SD= 11,2), ziekte duur gem.: 8,4 jaar (SD=8,2)

Interne consistentie

Interne consistentie geeft aan in hoeverre verschillende items in een test of vragenlijst die eenzelfde kenmerk beogen te meten, dat ook daadwerkelijk doen.

De interne consistentie van de PCI is hoog genoeg om de schaalcores te berekenen en deze te gebruiken voor het onderling vergelijken van groepen patiënten (zie tabel 1).

Tabel 2. Interne consistentie (α) van de PCI-schalen

Schalen	RA-patiënten	HP-patiënten	PP-patiënten
Pijn transformeren	0.75	0.67	0.70
Afleiden	0.69	0.64	0.67
Eisen verlagen	0.73	0.77	0.62
Terugtrekken	0.69	0.78	0.71
Piekeren	0.79	0.75	0.77
Rusten	0.72	0.68	0.70

RA= reumatoïde artritis; HP= hoofdpijn; PP= pijnpoli

Reproduceerbaarheid

Bij een subgroep van 80 RA-patiënten is een test-hertest-betrouwbaarheid van de zes schalen over een periode van zes maanden bepaald. In tabel 3 is af te lezen dat de schalen

behoorlijk stabiel zijn over een periode van zes maanden, met uitzondering van de matige stabiliteit van de schaal Eisen Verlagen.

Tabel 3. Test-hertestbetrouwbaarheid

Schalen	RA-patiënten
Pijn transformeren	0.67
Afleiden	0.73
Eisen verlagen	0.42
Terugtrekken	0.71
Piekeren	0.82
Rusten	0.71

Inhoudsvaliditeit en construct validiteit

Inhoudsvaliditeit is de mate waarin een vragenlijst de betekenis van een begrip (pijncoping strategieën) in al zijn aspecten omvat. De vraag die daarbij gesteld wordt: meet het meetinstrument alle aspecten of slechts een beperkte deel daarvan? Bij construct validiteit wordt een begrip ontrafeld in alle mogelijke aspecten. Vervolgens worden de aspecten afzonderlijk gemeten.

Inhoudsvaliditeit

Volgens de auteurs (Kraaimaat et al., 1997) werden de oorspronkelijke 66 items geïnventariseerd uit de literatuur en d.m.v. 27 intake gesprekken met patiënten met uiteenlopende pijnklachten. Aan de hand van analyses werden afwijkende items verwijderd. De uiteindelijk 33 overgebleven items leverden een duidelijk structuur op van zes factoren. Deze factoren werden als volgt genoemd: Pijn transformeren, Afleiding, Eisen verlagen, Terugtrekken, Piekeren en Rusten.

Construct validiteit

Uit een tweede-orde factoranalyse is een helder twee-factormodel naar voren gekomen. De eerste factor vertegenwoordigt Actief coping-gedrag: cognitieve pogingen om zich van de pijn af te leiden (transformeren en afleiden) en actie die erop gericht zijn om ondanks de pijn door te gaan (eisen verlagen). De tweede factor vertegenwoordigt Passief coping-gedrag: negatieve gedachten over pijn (piekeren), beperken van activiteiten (rust nemen) en het vermijden van storende invloeden (terugtrekken). De twee factoren ondersteunen het gemaakte onderscheid in actieve en passieve pijn coping (Brown en Nicassio, 1987).

Convergente validiteit

De convergente validiteit geeft de samenhang weer tussen de resultaten van het oorspronkelijke onderzoek en de resultaten van een gelijksoortig onderzoek. De convergente validiteit van de zes PCI-schalen werden onderzocht door de correlaties te berekenen tussen de PCI-schalen en Utrechtse Coping Lijst (UCL).

Verwacht werd:

- positieve correlaties tussen de 'actieve' PCI-schalen met de UCL-schalen Actief aanpakken, Geruststellende gedachten en Palliatieve reactie
 - positieve correlaties tussen de 'passieve' PCI-schalen met de UCL-Schaal Vermijden.
- Uit het onderzoek zijn de positieve correlaties daadwerkelijk aangetoond, met uitzondering van de PCI-schaal Eisen verlagen.

Predictieve validiteit

Predictieve validiteit heeft betrekking op de vraag in hoeverre een test/vragenlijst een criterium kan voorspellen. Kun je naar aanleiding van een testscore voorspellen hoe de

persoon zich in de toekomst gaat gedragen?

In de literatuur is aangetoond dat de afwezigheid van passieve pijn coping strategieën gerelateerd is aan beter functioneren. Kraaimaat et al. (2003) onderzochten of het gebruik van passieve pijn coping door RA-patiënten functionele beperkingen voorspelt na 1 jaar en 3 jaar. De resultaten toonden aan dat hoge scores op Terugtrekken, Piekeren en Rusten associëren met hoge functionele beperkingen na 1 jaar. De schaal Rusten is de enige voorspeller voor hoge functionele beperkingen na 3 jaar. Deze bevinden komen overeen met de beweringen in de literatuur over passieve pijn coping.

Actieve pijn coping, de schaal Afleiden, werd geassocieerd met relatief lage functionele beperkingen na 1 en na 3 jaar. Bij de schalen Pijn transformatie en Eisen Verlagen werd deze associatie niet gevonden.

Tabel 4. Predictieve validiteit

Schalen	1 jaar	3 jaar
<i>Actieve pijn coping</i>		
Pijn transformeren	-.05	-.07
Afleiden	-.26*	-.26*
Eisen verlagen	-.01	-.05
<i>Passieve pijn coping</i>		
Terugtrekken	.26*	.16
Piekeren	.34*	.20
Rusten	.36*	.24*

Noot. Positieve scores geven aan dat pijn coping strategieën gerelateerd zijn in de toename van de functionele beperkingen. * $p < .05$, ** $p < .01$

Beschrijving schalen

Pijn transformeren

De persoon doet alsof de pijn niet aanwezig is of minder heftig dan in het feite is. Bedenkt dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben.

Afleiding

Mensen die deze copingstijl zoeken afleiding door lichamelijke activiteiten (wandelen, fietsen of zwemmen) of andere plezierige activiteiten (muziek, lezen etc.).

Eisen verlagen

De persoon gaat door met zijn of haar bezigheden maar met minder inspanning, in een langzamer tempo en minder nauwgezet.

Deze drie schalen beschrijven samen een **actieve copingstijl** ten aanzien van pijn.

De persoon gaat bewust en actief met de pijn om door de pijn in gedachten te beïnvloeden, te zoeken naar afleiding of door de eisen te verlagen.

Terugtrekken

De persoon zondert zich af. Men trekt zich terug in een rustige omgeving en vermindert het aantal prikkels dat op hem of haar afkomt (opwinding, storende geluid en licht).

Piekeren

De persoon gaat in zijn of haar gedachten helemaal op in de pijn. Men denkt er continu aan, vraagt zich af hoe het komt en denkt dat de pijn alsmaar erger wordt.

Rusten

Men past de bezigheden niet tijdelijk aan, maar staakt zijn of haar bezigheden volledig en

vermijdt lichamelijke inspanning. De persoon gaat veel rusten door met name te gaan zitten of liggen.

Deze laatste drie schalen beschrijven een **passieve copingstijl**. De persoon zondert zich af, vermijdt prikkels en piekert constant over de pijn. Hij of zij onderneemt niets meer dan alleen maar rusten.

Referenties

Kraaimaat FW, Bakker B, Evers AWM., (1997), Pijn coping-strategieën bij chronische pijn patiënten: De ontwikkeling van de Pijn-Coping-Inventarisatielijst (PCI). Gedragstherapie, vol. 3, p. 185-201.

Kraaimaat FW, Evers AW. (2003), Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI). Int J Behav Med., vol. 10, p. 343-363.