



Chronische pijn en het biopsychosociale model

'Pijn zit niet tussen de oren maar in uw brein'

Chronische pijn is biopsychosociaal bepaald en dient ook volgens dit model benaderd te worden. In dit artikel worden de psychosociale factoren besproken en worden specifieke handvatten gegeven om patiënten educatie te geven over het bestaan van deze factoren. Door inzicht te krijgen in aard en onderlinge samenhang van diverse componenten kan, samen met de patiënt, een breder verklaringmodel dan alleen 'pijn is een teken van schade' opgesteld worden. Dit verklaringmodel vanuit een biopsychosociaal perspectief biedt aangrijpingspunten voor een behandelaanpak gericht op verbeteren van dagelijks functioneren en zelfmanagement. Een dergelijke aanpak start met de patiënt inzicht te geven (pijneducatie) in de diverse biomedische en psychosociale factoren die de pijn onderhouden. Onderscheid in oorzaak en gevolgen van het hebben van chronische pijn is daarbij belangrijk. Hoe eerder een patiënt een breder en realistisch beeld krijgt van zijn eigen pijn, hoe beter een gerichte effectieve behandeling ingezet kan worden door een gespecialiseerd team. Dat de eerste klap een daalder waard is geldt ook hier en daarbij is er een belangrijke rol/taak voor de neuroloog. Het geven van adequate pijneducatie is de basis voor een succesvolle doorverwijzing.

Albère Köke, Paul van Wilgen, Mayienne Bakkers, Brigitte Brouwer

Dr. A.J.A. Köke, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper, epidemioloog, Kenniscentrum Adelante, Hoenbroek; Vakgroep revalidatiegeneeskunde, CAPHRI, Universiteit Maastricht; Pain in Motion, Internationale Onderzoeksgroep. Brussel, België; Zuyd Hogeschool, Heerlen

Dr. P. van Wilgen, fysiotherapeut, psycholoog, epidemioloog, Faculteit Lichamelijke Opvoeding en Kinesitherapie, Vrije Universiteit Brussel, België; Pain in Motion, Internationale Onderzoeksgroep, Brussel, België; Transcare, Transdisciplinair Pijnbehandelcentrum, Groningen

Dr. M. Bakkers, neuroloog, afdeling neurologie, St. Jans Gasthuis, Weert

Dr. B.A. Brouwer, neuroloog, pijnspecialist, afdeling anesthesiologie en pijngeneeskunde Maastricht UMC+

Leerdoelen

- weten dat chronische pijn een op zichzelf staand symptoom kan zijn
- weten dat de oorzaak van chronische pijn biopsychosociaal bepaald kan zijn
- kennis van het ICF-model (*International Classification of Functioning, Disability and Handicap*) en de toepassing hiervan
- kennis van het SGECS-model (S = somatisch, G = gedrag, E = emotie, C = cognitie, S = sociaal) en de toepassing hiervan
- toepassen van een aantal modellen in de dagelijkse praktijk om uit te leggen wat chronische pijn is

Casus

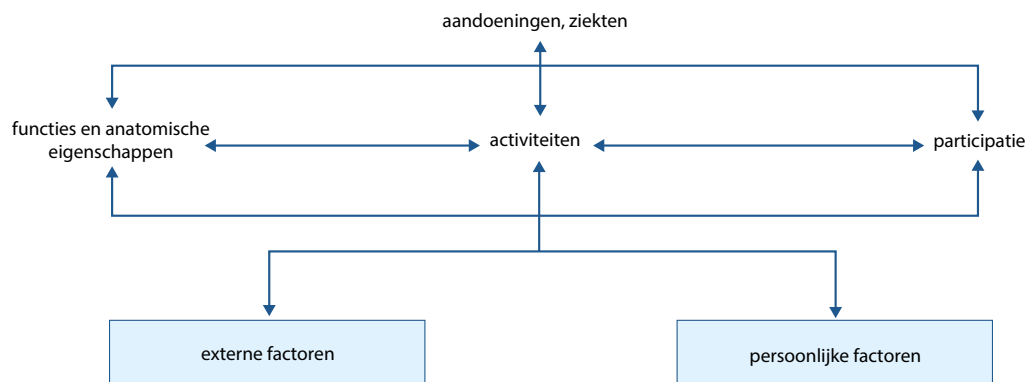
Op het spreekuur komt vandaag mevrouw P, een 22-jarige vrouw, studente gezondheidsrecht, met multipale pijnklachten. Ze geeft aan dat het allemaal niet meer gaat. Ze heeft regelmatig pijn aanvallen in de rug (pijnscore van gemiddeld VAS 6 met uitschieters naar 8 en 9) en afwisselend links en rechts in de benen (pijnscore gemiddeld 4, met af en toe perioden 6-8), en heeft soms het idee dat ze krachtsverlies heeft van de benen. Er zijn bij conventioneel röntgenonderzoek wat lichte degeneratieve afwijkingen gevonden in de wervelkolom, die echter de klachten niet kunnen verklaren. De huisarts heeft haar al doorverwezen naar een fysiotherapeut, maar die behandeling heeft niet geholpen. Mevrouw P vraagt zichzelf af of ze de ziekte van Lyme heeft aangezien ze zich frequent in de natuur bevindt en ze de afgelopen jaren meerdere tekenbeten had. Of misschien is het wel MS? Overigens lukt het haar nu niet meer om te wandelen en natuurfoto's te maken, terwijl dit toch haar liefhebberij is. Ze moet alle energie die ze nog heeft in haar studie stoppen en ook dat lukt niet goed. Haar ouders dreigen de financiële kraan dicht te draaien als ze dit jaar ook niet haalt en dat geeft haar veel stress. Haar vriend zit bij een studievereniging en heeft veel bardiensten, komt vaak laat en dronken thuis. Hij vindt dat ze het allemaal niet zo zwaar moet nemen en dat het helemaal niet zo erg zou zijn als ze er een jaartje tussenuit gaat. Ze doet steeds minder en isoleert zich steeds meer van haar vriendinnen. Er zijn dagen dat ze alleen maar in bed ligt. Zelfs tv-kijken kan haar vermoeien. Ze is somber, slaapt slecht, wordt vroeg wakker en piekert veel. Bij lichamelijk onderzoek zijn er wat levendige reflexen en intermitterend aanspannen van de spieren. Verder zijn er geen afwijkingen. Het oriënterend laboratoriumonderzoek, een MRI-LWK en een LP laten geen afwijkingen zien.

Inleiding

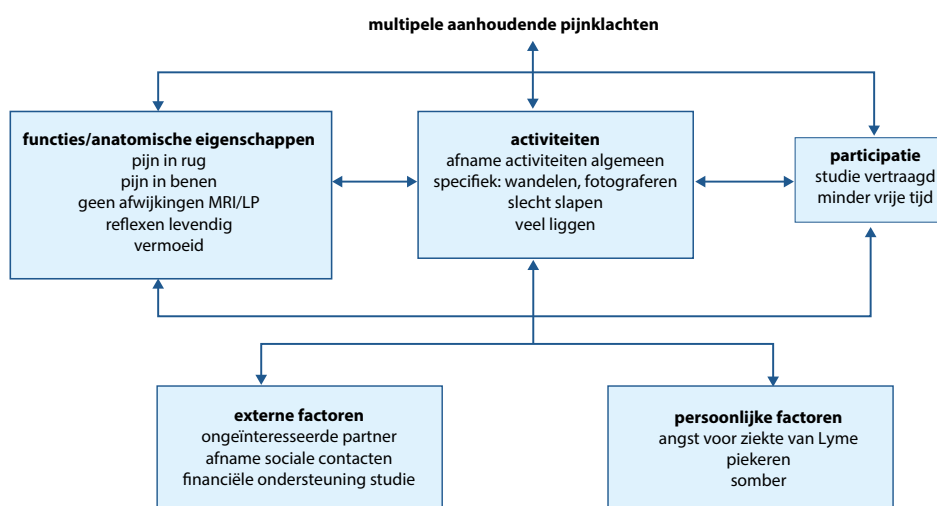
Neurologen zien regelmatig patiënten met pijn, waarvan een groot deel chronisch is. Naast het in kaart brengen van somatische aspecten is het herkennen en kunnen bespreken van mogelijke psychosociale uitlokkende en onderhoudende factoren met de patiënt van meerwaarde voor het leveren van goede zorg. Voor een dergelijke patiënt kan de suggestie van een verwijzing naar een psycholoog, psychiater of revalidatiearts zonder goede uitleg voor de patiënt als een afwijzing voelen: 'Maar dokter, het zit toch niet tussen mijn oren?' Het is aan neurologen om het gat tussen somatisch en psychisch te dichten.

Pijn is volgens de definitie van de *International Association for the Study of Pain* (IASP)¹ niet alleen een sensorische maar ook een emotionele ervaring. Pijn is dus ook subjectief en persoonlijk en daarom altijd, ook in de acute fase, een multifactorieel fenomeen. Dit is goed te beoordelen en te begrijpen aan de hand van het biopsychosociale model,² dat een uitbreiding is van het biomedische model, waarbij somatische factoren interactief verbonden zijn met psychologische en sociale (culturele) factoren. Onderlinge interacties tussen deze factoren bepalen uiteindelijk de aard en ernst van de pijn en de pijngerelateerde beperkingen. Naarmate de pijn langer bestaat kunnen er nog andere factoren bijkomen die een bijdrage leveren aan het in stand houden van de pijn.^{3,4} Voor de beoordeling van een patiënt met pijn is het van belang om alle mogelijke bijdragende factoren in kaart te brengen.⁵ Het gaat daarbij om nociceptie, pijngevoel, pijnbeleving en pijngedrag. Nociceptie is informatie die via dunne C- en A-deltavezels naar de hersenen geleid wordt. Ze geven informatie over temperatuur, druk of een chemische toestand.

Nociceptie wordt echter niet een-op-een rechtstreeks doorgegeven naar de hersenen. De signalen zullen op achterhoornniveau worden gemoduleerd, versterkt, verzwakt of geblokkeerd, onder andere door afdalende baansystemen.⁶ (Zie ook het nascholingsartikel 'Pijn is meer dan nociceptie' in dit nummer). Bij nociceptieve pijn noemen we dit perifere en centrale sensitivatie. Diverse delen van de hersenen zijn betrokken bij het verwerken van de nociceptieve informatie.⁷ In de sensorische cortex worden locatie, ernst en aard van de nociceptieve prikkel bepaald (de sensorische component). De anterieure cortex cingularis verwerkt de motivationeel-affectieve component van de informatie en de prefrontale cortex de cognitief-evaluatieve component. Activiteit in deze gebieden samen leidt tot pijngevoel en dan spreken we van pijn en niet meer van nociceptie en aangezien pijn ook een emotionele ervaring is spreken we ook over pijnbeleving. De rol van psychosociale factoren is in dit proces dus belangrijk. Reeds aanwezige emoties of emoties als reactie op pijn 'kleuren' de pijn verder. Daarnaast dragen al bestaande gedachten en opvattingen over pijn ('pijn moet een lichamelijke oorzaak hebben' of 'dit kan weleens een ernstige aandoening zijn') eveneens bij aan de aard en ernst van de pijn(beleving). Dergelijke gedachten dragen niet alleen bij aan de ernst maar ook aan de manier van omgaan met de pijn. Pijngedrag kan zich uiten in vermijding, minder of anders gaan bewegen, fysiek bepaalde activiteiten niet meer doen maar ook sociaal minder participeren of juist



Figuur 1 ICF-model.



Figuur 2 Ingevuld ICF-model van mevrouw P.

gewoon doorgaan. Bij de verwerking van de binnenkomende nociceptieve stimuli tot het waarnemen van pijn is de omgeving of de context waarin de pijn wordt gevoeld ook een factor die invloed heeft op de pijnbeleving en met name het pijngedrag (pijn verbijten, niemand mag het zien, of juist expressief uiten van pijn). Uiteraard spelen ook culturele factoren daarin een voorname rol. Doordat in de tijd meerdere factoren een bijdrage gaan leveren aan het onderhouden van de pijn verandert de relatie met de nociceptieve stimuli steeds en hoeft er op den duur zelfs geen nociceptie meer te zijn terwijl de pijn toch aanhoudt. Pijn is dan een ziekte op zichzelf geworden. Neuroplastische processen spelen daarin ook een rol. Het onderliggende verklareingsmechanisme voor de pijn is dan met name centrale sensitatie.⁸

Een individueel pijnprobleem inzichtelijk maken en begrijpen vraagt om een brede inventarisatie. Binnen de wereld van pijn(revalidatie) wordt gebruikgemaakt van

onder andere het ICF-model (*International Classification of Functioning, Disability and Handicap*).^{5,9} In dit model wordt onderscheid gemaakt in functies, activiteiten, participatie, externe factoren en persoonlijke factoren. (figuur 1). Per aandoening of gezondheidsprobleem kan dit op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek ingevuld worden om het probleem inzichtelijk te maken. Zie hiervoor het nascholingsartikel 'Pijnrevalidatie' in dit nummer.

Bij mevrouw P in de casus zien we (figuur 2) dat niet alleen de pijnklachten invloed hebben op haar activiteiten en participatie, maar juist ook de externe factoren (o.a. weinig steun/begrip uit omgeving van de kant van partner en ouders) en de persoonlijke factoren (verlies van controle, beperkte flexibiliteit).

Pijn wordt door de meeste patiënten gepercipieerd als een dreiging. Angst voor een ziekte is niet alleen geassocieerd met de intensiteit van de pijn maar ook met vermijdingsgedrag, het steeds minder actief wor-

den in fysiek en sociaal opzicht. Een ander model dat veel gebruikt wordt, met name ook in eerste lijn is het SCEGS-model (S = somatisch, C = cognitie, E = emotie, G = gedrag en S = sociaal).^{10,11}

Door het in kaart brengen van de diverse dimensies en factoren ontstaat een breder en completer beeld van het pijnprobleem. Veel van deze factoren worden bij chronische pijn en/of centrale sensitiviteit als uitlokkende, herstelbelemmerende en/of -onderhoudende factoren gezien. Chronische pijn is op zichzelf niet behandelbaar, maar de bijkomende factoren meestal wel. Het SCEGS-model geeft in die zin richting aan de behandel mogelijkheden. Hierna volgt een beschrijving van de factoren die belangrijk zijn bij pijn in het SCEGS-model.

Somatiek

Binnen de fysieke/somatische dimensie wordt gekeken naar stoornissen of afwijkingen in functies die bijdragen aan het ontstaan van de pijn en die een mogelijke oorzaak kunnen zijn. Hierbij wordt lichamenlijk en (zo nodig) aanvullend onderzoek gedaan. Onderzoek naar de diagnostische waarde van lichamenlijke tests en aanvullend onderzoek om pijn te verklaren laat zien dat de samenhang tussen deze tests en de mate van pijn laag is. In veel gevallen kan er bij patiënten met pijnklachten geen eenduidige of afdoende lichamenlijke verklaring gevonden.^{12,13} Het is dan in dergelijke gevallen goed om te kijken naar de kenmerken van centrale sensitiviteit. Belangrijke kenmerken zijn: lange duur van de pijn, pijn die toeneemt over de tijd, pijn die zich uitbreidt naar meerdere locaties en bilaterale pijn, geen verklarende lichamenlijk verklaring, en geen kenmerken voor neuropathische pijn. Daarbij is er behalve van hyperalgesie en allodynie verschijnselen zoals vermoeidheid, overgevoeligheid voor licht en/of geluid, buikklachten, gevoeligheid voor stress en concentratieproblemen. Het geven van de boodschap dat er geen aantoonbare afwijkingen zijn en het mogelijk gaat om chronische pijn (centrale sensitiviteit) is niet altijd eenvoudig. Soms is het zelfs lastig om te vertellen dat er mogelijk (psychosociale) factoren zijn die de pijn onderhouden. Omdat deze boodschap anders kan zijn dan wat de patiënt verwacht is het noodzakelijk dat die vertrouwen heeft in de arts die dit uitlegt. Het gedegen uitzoeken en/of uitsluiten van somatische factoren is daarbij uiteraard van groot belang. Aard en inhoud van het lichamenlijk en aanvullend onderzoek dienen idealiter zo veel mogelijk overeen te stemmen met de eigen opvattingen van de patiënt over de mogelijke oorzaken van de pijn. Iedere patiënt heeft immers volgens zijn eigen logica een idee over wat er mogelijk aan de hand zou kunnen zijn.¹⁴ Vragen naar wat de patiënt denkt dat een oorzaak

kan zijn of waar hij of zij bang voor is, kan een belangrijk onderdeel zijn van de anamnese, ook om na het onderzoek te kunnen uitleggen welke factoren wel of geen een rol spelen. Na het uitsluiten van rode vlaggen, hetgeen uiteraard een doel is van anamnese, lichamenlijk en aanvullend onderzoek wordt binnen de somatische dimensie het type pijn bepaald. Is deze nociceptief, neuropathisch, visceraal of nociplastisch?

Cognitie

Over het algemeen hebben patiënten met pijn meerdere vragen waarop ze antwoord willen hebben:

- Wat heb ik? Er zijn zorgen over iets ernstigs.
- Wat is de oorzaak (verklaring)? Patiënten hebben vaak eigen ideeën over waarom of waardoor de klachten zijn ontstaan.
- Hoe lang gaat het duren? Er zijn ook vaak realistische of onrealistische gedachten, van heel snel tot nooit meer beter worden.
- Wat zijn de consequenties? Veel patiënten maken zich zorgen over toekomst.
- Wie moet/kan er wat aan doen? Is dat alleen de zorgprofessional, of kan de patiënt zelf ook iets doen?

Een adequaat antwoord op deze vragen maakt dat patiënt actief kan meedenken met het vervolgbeleid. Veel patiënten krijgen echter helaas niet altijd adequate antwoorden van hun arts of behandelaar. De opvatting dat pijn altijd een teken van 'schade' is, dat er een lichamenlijke oorzaak moet zijn en dat de dokter er een oplossing voor moet hebben zijn veelvoorkomende overtuigingen. Er bestaan veel mythen en fabels over pijn,¹⁵⁻¹⁷ zoals 'met pijn mag je niet bewegen', 'tillen is slecht voor je rug', 'je moet symmetrisch bewegen', 'kalm aan doen'. Doordat deze 'adviezen' door patiënten vaak voor waar worden aangenomen, bepalen die hun gedrag. Ze kunnen zelfs disfunctionele percepties ontwikkelen op basis van een dergelijke onduidelijke, ambigue of tegenstrijdige uitleg.

Mogelijke vragen

- Welke gedachten komen bij u op als u pijn voelt of als de pijn erger wordt?
- Hebt u zelf een idee of verklaring voor wat er aan de hand kan zijn?
- Wat zeiden andere zorgprofessionals over de oorzaak? Wat vond u daarvan?
- Hebt u zelf op internet opgezocht wat er mogelijk aan de hand is?

Emotie

Binnen de psychologische dimensie worden naast cognitieve ook emotionele aspecten gescreend. Het langdurig aanwezig zijn van pijn leidt vaak tot negatieve emoties. Oorzaken van pijn zijn vaak stemmingsproblemen en angst, maar ook emoties als boosheid, moedeloosheid of frustraties kunnen de pijnbeleving versterken.¹⁸⁻²⁰

Met name het niet weten wat de oorzaak van de pijn is kan patiënten angstig maken en ervoor zorgen dat ze meer op de klachten gaan focussen. Een andere veelvoorkomende oorzaak van pijn is een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Daarnaast is er een grote groep patiënten bij wie de primaire oorzaak ligt in een aanpassingsprobleem bij chronische stress (burn-out). Patiënten met chronische pijn melden vaak dat stress de klachten erger maakt.

Mogelijke vragen

- Hoe heeft de pijn invloed op uw stemming?
- Welke gevoelens ervaart u als pijn voelt?
- Waarover maakt u zich zorgen?
- Waarvoor bent u bang?
- Hoe zijn uw gevoelens veranderd sinds u pijn hebt?

Gedrag

Om de impact van pijn vast te stellen kan men kijken naar wat iemand wel en niet meer kan vanwege de pijn. Welke activiteiten of bewegingen worden vermeden en waarom?²¹ Negeert de patiënt de pijn en blijft hij maar doorgaan? Er zijn verschillende redenen waarom mensen wel of niet actief blijven met pijn. Het is van belang in welke mate de patiënt zelf verantwoordelijkheid neemt voor een oplossing of verbetering van de klachten. Legt hij alle verantwoordelijkheid bij de zorgprofessional of probeert hij zelf ook acties te ondernemen?

Mogelijke vragen

- Wat doet u als u pijn voelt?
- Wat maakt de pijn erger/minder?
- Welke dingen doet u niet meer vanwege de pijn? Waarom?
- Wat doet u zelf om de pijn te verminderen?

Sociaal

Pijn en zeker chronische pijn heeft ook gevolgen voor interactie met de omgeving. Hoe reageert de omgeving?

Is dat met (on)begrip, (over)bezorgdheid, steunend? Te veel begrip of overbezorgdheid stimuleert vaak vermijdingsgedrag en meer beperkingen in het dagelijks functioneren. Onvoldoende steun of begrip leidt tot meer stress en spanningen en vergroot vaak de ernst van de pijn. Dit geldt voor het gezin maar ook andere sociale netwerken.²²

Mogelijke vragen

- Hoe reageert de omgeving als u pijn hebt?
- Heeft de pijn invloed op uw sociale activiteiten (werk, hobby, vrije tijd)?
- Hoe reageren vrienden, kennissen, sociale contacten?

Het is bij de inventarisatie van een chronisch pijnprobleem belangrijk om belangstelling tonen, actief te luisteren naar het verhaal van de patiënt, en regelmatig samen te vatten, steeds gericht op de klacht en ook de gevolgen voor het dagelijks functioneren.²³ Ten slotte is het belangrijk om uit te leggen dat de pijn niet alleen verklaard kan worden door somatische factoren en dat een bredere aanpak nodig is, onder andere gericht op het verbeteren van dagelijks functioneren. 'Er is namelijk op dit moment geen medische behandeling die de pijn kan oplossen.'

Pijnvoorlichting en educatie

Een standaard uitleg of educatie over (chronische) pijn bestaat niet. Educatie over met name chronische pijn (of centrale sensitiviteit) is bedoeld om een rationale aan de patiënt te geven over de pijnklachten alsook het eigen verklaringsmodel te 'veranderen' of aan te passen.²⁴⁻²⁶ Vaak gaat het er hierbij om de pijn niet meer te zien als een oorzaak van schade in het lichaam maar om een complexere verklaring te aanvaarden met verschillende biopsychosociale uitlokkende en of onderhoudende factoren. Als er sprake is van complexe problematiek, is herhaling van educatie noodzakelijk. Doorverwijzen naar een gespecialiseerd team is dan op zijn plaats. Pijneducatie is de laatste jaren veel onderzocht en wordt ook in richtlijnen, zoals de Zorgstandaard Chronische Pijn, aangeraden als belangrijke eerste stap in de behandeling. Om de doorverwijzing goed te laten verlopen is uitleg over pijn en/of reden van het doorverwijzen noodzakelijk. De attitude en opvattingen van de hulpverlener over pijn spelen hierbij een grote rol alsmede de uitleg aan de patiënt.²⁷ Kan pijn aanwezig zijn zonder schade? Is het inbeelding of aanstellerij? Dat is een vraag die elke zorgprofessional zich moet stellen.

Kijk bijvoorbeeld eens naar het YouTube-filmpje over de rubberen hand-illusie (<https://www.youtube.com/watch?v=sxwn1w7MJvk>) of 'Tame the beast' (<https://www.youtube.com/watch?v=ikUzvSph7Z4>). Zie het kader 'De rubberen hand-illusie'.

1. Vanuit het SCEGS-model worden verschillende factoren uitgevraagd (Somatiek, cognitie, emotie, gedrag en sociaal).
2. Bij het inzichtelijk maken van welke factor van het SCEGS-model ligt voor u de grootste uitdaging? Licht uw antwoord toe.

De rubberen hand-illusie

Een persoon zit voor een tafel met daarop zijn eigen linker hand en daarnaast een rubberen hand. De eigen rechter hand is via een paneel afgeschermd. Die niet-zichtbare rechter hand ontvangt zachte, tactiele prikkels in de vorm van zacht wrijven of strelen met een borstel, terwijl de zichtbare rubberen hand die ook krijgt op dezelfde wijze. Al heel snel integreert het brein de rubberen hand in het lichaamsbeeld. Als ineens iemand met een hamer op de rubberen hand slaat zal de nietsvermoedende persoon schrikken en pijn kunnen ervaren. Het zien en het krijgen van de bijbehorende tactiele prikkels stimuleert dat de persoon de rubberen hand als de zijne ervaart en dus ook pijn kan ervaren in een hand die niet van hem is. Het zien, de angst en schrik zijn genoeg om een pijnsensatie uit te lokken.

De eigen opvattingen zullen altijd de wijze waarop iets wordt uitgelegd en/of de geloofwaardigheid ervan bepalen. Het is belangrijk om te benadrukken en de patiënt ook het gevoel te geven dat dit een gemeente uitspraak is, dat de pijn 'echt' is en tegelijkertijd dat er helaas geen oplossing voor is. 'Ik zie dat u veel pijn hebt en helaas kunnen we die niet verhelpen.' De uitleg van de patiënt ('er moet iets kapot zijn in mijn lichaam') moet verbreed worden naar een biopsychosociale verklaring: 'Maar ik zie ook verschillende factoren die uw pijn beïnvloeden waar we wel wat aan kunnen doen.' Hiervoor is een aantal modellen beschikbaar. Bij alle uitleg is het zinvol om deze op papier te visualiseren en te schematiseren, zodat de patiënt deze mee kan nemen en bespreken met bijvoorbeeld zijn partner of andere belangrijke personen in zijn omgeving. Een belangrijk uitgangspunt is daarbij zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de opvattingen van de patiënt. Tegelijkertijd is het van belang dat patiënt aan het denken wordt gezet over de eigen aannames en open gaat staan voor andere

inzichten dan alleen mogelijke schade of pathologie als verklaring. Hiervoor zijn diverse methoden.

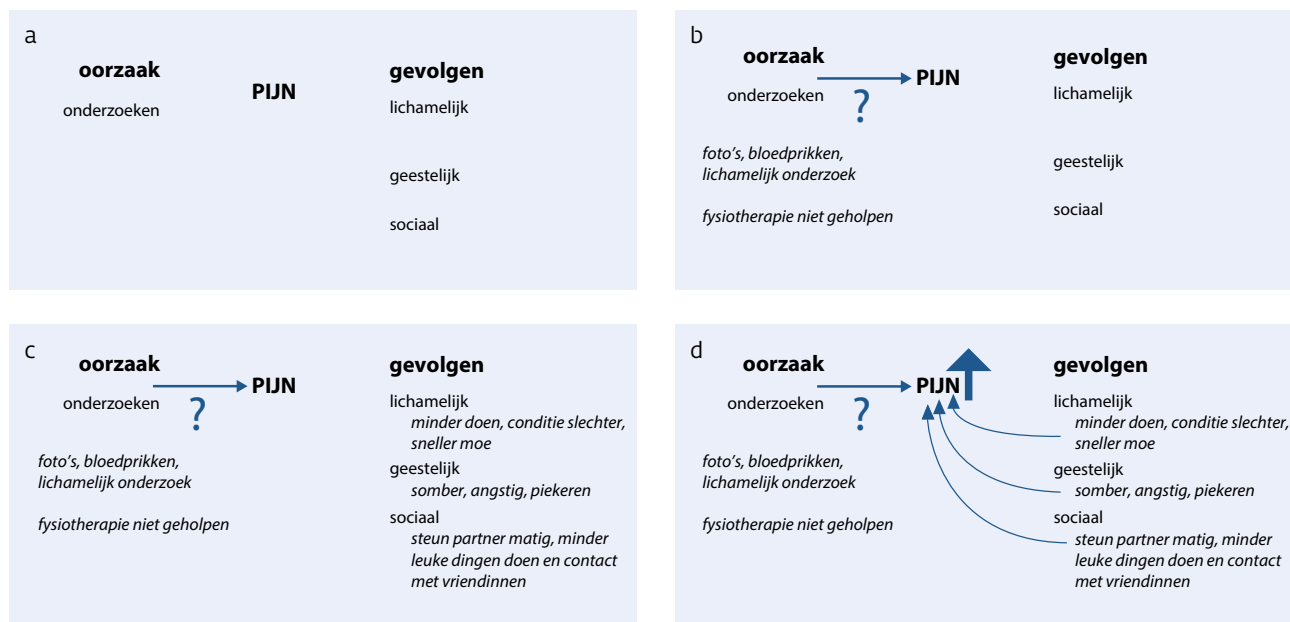
Inbrekersalarm

Lijkt er sprake te zijn van hypergevoeligheid van het pijnsysteem (nociplastische pijn of centrale sensitisatie) dan is het inbrekersalarm een goed te gebruiken metafoor.²⁸ U vraagt de patiënt wat er aan de hand kan zijn als een inbrekersalarm een aantal nachten achter elkaar afgaat zonder dat er een inbreker blijkt te zijn. Waar kan dat aan liggen? Je belt de politie (gaat naar de huisarts) maar die constateren dat er geen inbraak geweest kan zijn (fysieke afwijking). De meest logische verklaring is dat er iets mis is met het alarm zelf. Wat kan dat dan zijn? Mogelijk is het alarmsysteem te gevoelig afgesteld waardoor het al op de minste beweging of aanraking reageert. Het alarm gaat onterecht af. Het alarmsysteem staat uiteraard synoniem voor het pijnsysteem. Er is dus geen afwijking die de pijn veroorzaakt maar het pijnsysteem zelf is de boosdoener. Uit veel onderzoek in de laatste decennia is gebleken dat bij tal van patiënten met (chronische) pijn het onderliggende mechanisme sensitisatie is.²⁹ Het pijnsysteem is gevoeliger geworden. Bij mevrouw P uit de casus zouden dat kunnen zijn: de angst voor de ziekte van Lyme of MS; piekeren, de stress uit en door de omgeving en de negatieve emoties die erbij gekomen zijn.

Oorzaak-gevolgmodel

Patiënten denken bij pijn vaak aan een lichamelijke oorzaak. Alle (bijkomende) klachten worden toegeschreven aan die oorzaak. Maar het feit dat de manier van omgaan met hun pijn, bijvoorbeeld dat ze minder of anders zijn gaan bewegen, dat ze minder leuke dingen ondernemen of dat er frustratie of sombere gevoelens bij zijn gekomen (de gevolgen), zien ze niet als oorzakelijke factoren. Door oorzaak en gevolgen uit elkaar te halen en te benoemen kan inzichtelijk gemaakt worden dat het probleem breder is en dat er ook andere aangrijpingspunten zijn voor behandeling.³⁰ De gevolgen zijn immers vaak wel aan te pakken, in tegenstelling tot een niet of maar beperkt aanwezige lichamelijke oorzaak voor de pijn. Dus de patiënt duidelijk maken dat minder bewegen een slechtere conditie veroorzaakt en dat daardoor meer en sneller pijn bij bewegen ontstaat of dat somberheid de pijn kan onderhouden of versterken, vergroot het inzicht in en openstaan voor een andere aanpak.

Om het oorzaak-gevolgmodel uit te voeren kan een eenvoudig schema (figuur 3a) getekend worden. Als voorbeeld mevrouw P uit de casus: pijn staat in het midden, links de oorzaak en rechts de gevolgen (lichamelijk, psychisch en sociaal).



Figuur 3 Oorzaak-gevolgmodel van patiënt uit de casus.

Bij Oorzaak kunnen de bevindingen uit lichamelijk en aanvullend onderzoek en eventueel eerdere behandelingen worden toegelicht (figuur 3b), uiteraard zo veel mogelijk in voor de patiënt begrijpelijke taal. Daarbij is het nuttig om te benoemen dat de diagnostiek niets heeft opgeleverd, en dat

- het heel vaak voorkomt dat men geen duidelijke lichamelijke oorzaak of verklaring voor pijn kan vinden (patiënten denken vaak dat zij de enigen zijn), en dat er in haar geval geen redenen zijn om aan te nemen dat ze de ziekte van Lyme of MS heeft;
- het niet vinden van afwijkingen absoluut niet betekent dat de pijn niet 'echt' is;
- de pijn wellicht blijft omdat er ook andere factoren aanwezig zijn die een rol spelen. Eerdere behandeling heeft ook niet geholpen.

Daarna kan de focus verlegd worden naar de gevolgen-kant en kan bijvoorbeeld gevraagd worden wat er is veranderd sinds de pijn er is. Ook hier is het belangrijk hoe de patiënt het zelf verwoordt (figuur 3c). Vervolgens kan een pijl teruggetrokken worden naar de pijn, zodat duidelijker wordt hoe de pijn wordt versterkt (figuur 3d).

Tegelijkertijd kan aangegeven worden dat die gevolgen wel behandelbaar zijn en dat daarmee de invloed van pijn op het dagelijks functioneren minder kan worden. Daarom is het advies om doorverwezen te worden naar een gespecialiseerde behandelaar. Het op deze manier

samen doorlopen van dit schema biedt een breder perspectief (niet alleen de oorzaak speelt mee, maar ook de gevolgen), waardoor meer mogelijkheden ontstaan voor een vervolgbeleid. Ook kan een goede uitleg een deel van de angst en het piekeren verminderen.

Pijnwiel

Een andere manier om oorzaak en gevolg weer te geven is ze te beschrijven en te tekenen als een vicieuze cirkel waar de patiënt in terecht is gekomen. Ook die kan ter plekke simpel op een A4'tje gevisualiseerd en toegelicht worden (figuur 4).



Figuur 4 Pijnwiel.

Conclusie

Het uitleggen van pijn kost tijd en die is in reguliere consulten vaak beperkt. Een doorverwijzing (met een gerichte boodschap) naar een gespecialiseerd team in de eerste of tweede lijn kan bijdragen aan betere zorg voor patiënten met pijn. Uiteraard kan het van meerwaarde zijn als de volgende behandelaar ook op de hoogte is van deze uitleg en hierop aansluit. Patiënten komen dan eerder op de juiste plek voor de juiste zorg. Het inbrekersalarm, het oorzaak-gevolgmodel en het pijnwiel zijn in beperkte tijd goed uitvoerbaar, maar het vergt wel ervaring en oefening om dit uiteindelijk snel en efficiënt te doen. Hoe u het ook aanpakt, welk model u ook gebruikt, belangrijk is dat de boodschap helder en eenduidig is. De kern moet zijn:

- U hebt pijn, dat is duidelijk.
- Er zijn meerdere factoren die maken dat de pijn blijft aanhouden.
- Er is geen oplossing voor de pijn zelf maar er is wel verbetering realiseerbaar.
- Behandeling moet zich richten op zelfstandig functioneren met pijn.
- En daarom wordt u doorverwezen naar... om...

Daarbij is het belangrijk om goed aan te sluiten bij de 'eigen' verklaring of opvatting van de patiënt over wat er aan de hand is. Vermijd vakjargon of medische termen en ambigue uitleg of adviezen: 'U mag bewegen en alles doen maar ben voorzichtig met zwaar tillen'. Het gebruik van medische termen, zonder goede uitleg, en het geven van onduidelijke adviezen leidt tot nocebo-effecten.³¹

Voor voorbeelden en/of hulpmiddelen om pijneducatie vorm te geven, zie onder andere de website www.paintoolkit.org of <https://www.retrainpain.org/nederlands>. Of kijk op YouTube, onder andere www.youtube.com/watch?v=ikUzvSph7Z4; www.youtube.com/watch?v=w_QMovjIzmk. Deze filmpjes zijn ook geschikt voor patiënten. Voor een volledig overzicht, zie ref. 32 op www.nervus-online.nl.

Tot slot

Pijn, zo hebben we geleerd, is een alarmsignaal dat er iets niet goed is, dat er dreiging is. Het ervaren van dreiging roept angst op die gepaard kan gaan met piekeren. Dit activeert in sterke mate de pijnmatrix in het brein (m.n. het limbische systeem) en dat stuurt sterk het gedrag: beter voorzichtig zijn en niet te veel doen want anders kun je het (de vermeende schade/ziekte) alleen maar erger maken.

Vervolg casus

Bij mevrouw P speelde de onzekerheid over wat er precies aan de hand was of wat de oorzaak was een belangrijke rol, er was sprake van controleverlies en afname van fysieke conditie en minder ondernemen met vriendinnen. Dit leidde tot stemmingsverandering en lusteloosheid. Daardoor werd ook de pijnintensiteit negatief beïnvloed en de pijnbeleving sterker, hetgeen de vicieuze cirkel versterkte. Ook onbegrip uit haar omgeving en extra druk vanuit haar ouders (studiefinanciering) versterkten de pijnbeleving (somberheid) en het pijngedrag. Er was een complex chronisch pijnsyndroom ontstaan waarin sprake was van diverse onderhoudende factoren. De vraag is wat op de voorgrond stond. Nadere analyse van haar somberheid bleek wenselijk. Was die al premorbide aanwezig? In dat geval leek behandeling van haar depressie een eerste stap om daarna mogelijk een revalidatietraject op te starten. Patiënte werd initieel doorverwezen naar de psychiater waar een depressie werd vastgesteld. Ze werd ingesteld op antidepressiva, waarna haar stemmingsklachten verbeterden. Hierna is ze verwezen naar de afdeling psychologie voor acceptatie- en commitmenttherapie (ACT). Tijdens deze therapie leerde zij haar klachten aanvaarden en ze voelde zich een stuk veerkrachtiger. Ze werd tijdens de therapie nog in het MDO chronische pijn van het ziekenhuis besproken met de vraag of pijnrevalidatie nog aan de orde was. Aangezien patiënte haar leven weer op de rit had was dit niet aan de orde; ze had al haar studiepunten behaald, ging weer met vriendinnen leuke dingen doen en bemerkte dat ze de regie over haar leven terug had. Ze bemerkte dat ze zo nu en dan wel rugpijn had maar dat dit niet haar hele leven beïnvloedde.

Literatuur

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020;161:1976-82.
2. Bevers K, Watts L, Kishino ND, et al. The Biopsychosocial Model of the Assessment, Prevention, and Treatment of Chronic Pain. *US Neurology* 2016;12(2):98-104.
3. Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, et al. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *J Pain* 2016;17(9 Suppl):T70-92.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.nervus-online.nl.

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en hebben geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.