

Fundamente(n) ergotherapeutische behandeling
bij
chronische pijn- en/of vermoeidheidsklachten

Landelijke werkgroep “Ergotherapie en Chronische Pijn”

april 2015 (*herziene versie*)

De fundamentele zijn in opdracht van de Landelijke Werkgroep “Ergotherapie en Chronische Pijn” ontwikkeld door:

- Debby Wagenaar (Ergotherapie Wagenaar, Velp)
- Frans Veltman (De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht)
- Karel Dekeukeleire (Revalidatie Revant, Breda)
- Lennard Bijl (Hogeschool van Amsterdam)
- Marieke Lindenschot (Hogeschool Arnhem-Nijmegen)
- Patrick de Haan (Pijnrevalidatie Roessingh, Enschede en ErgoAnders, Enschede)

Het copyright is in het bezit van de Landelijke Werkgroep “Ergotherapie en Chronische Pijn”. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen op enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de Landelijke Werkgroep “Ergotherapie en Chronische Pijn”. Voor toestemming wordt verzocht contact op te nemen met Patrick de Haan, Revalidatiecentrum Roessingh. Adres: Roessinghsbleekweg 33, 7522AH, Enschede. Email: p.dehaan@roessingh.nl.

Fundamenten ergotherapeutische behandeling
bij
chronische pijn- en/of vermoeidheidsklachten

Inhoudsopgave:

INLEIDING	4
UITGANGSPUNTEN TEN AANZIEN VAN PIJN(BELEVING)	6
ALGEMEEN THERAPEUTISCHE UITGANGSPUNTEN	8
ERGOTHERAPEUTISCHE UITGANGSPUNTEN EN ATTITUDE	11
BIJLAGE 1: THEORETISCHE VERANTWOORDING	14
BIJLAGE 2: MOGELIJKE DIAGNOSES	20
BIJLAGE 3: LITERATUURLIJST	21

Inleiding

Dit document beschrijft een aantal fundamenteën voor de ergotherapeutische behandeling bij mensen met chronische pijn- en/of vermoeidheidsklachten. Deze fundamenteën vormen de uitgangspunten van de ergotherapeutische behandeling, ongeacht de samenstelling van het team en de duur van de behandeling.

Oorsprong

Een aantal leden van de landelijke werkgroep “Ergotherapie en Chronische Pijn” heeft zichzelf de opdracht gegeven deze fundamenteën te ontwikkelen. Hiertoe is een subwerkgroep geformeerd bestaande uit leden van de landelijke werkgroep (met hierin plaatsgenomen ergotherapeuten uit de eerste lijn, algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en revalidatiecentra). Na een eerste opzet door de subwerkgroep en drie consensusronden binnen de landelijke werkgroep is dit document tot stand gekomen. De werkgroep is van mening dat visie, inzichten en uitgangspunten aan verandering onderhevig zijn. De subwerkgroep beveelt dan ook aan dit document iedere twee jaar binnen de landelijke werkgroep “Ergotherapie en Chronische Pijn” te evalueren en bij te stellen. Het huidige document is akkoord bevonden door de werkgroep op 7 april 2015 (eerste versie: december 2012).

Doelen

1. Het geven van een meer gelijkvormige basis aan discussies en presentaties binnen de landelijke werkgroep;
2. Het bieden van een informatiedocument voor nieuwe collega's, stagiaires, nieuwe werkgroepleden en opleidingen ergotherapie;
3. Het bieden van een basisdocument waaruit mogelijk ergotherapeutische competenties/vaardigheden afgeleid kunnen worden.

Opzet

In het document wordt onderscheid gemaakt in

- uitgangspunten ten aanzien van pijn(beleving) en vermoeidheid(beleving) / ervaren pijn- en vermoeidheidsklachten;
- algemene therapeutische uitgangspunten;
- specifiek ergotherapeutische uitgangspunten en attitude.

Hoewel de hieronder beschreven fundamenteën gebaseerd zijn op best-practice en vanuit dat perspectief zijn beschreven, is getracht ze te voorzien van verwijzingen uit recente literatuur. In de bijlage zijn derhalve theoretische concepten geformuleerd en is een literatuurlijst opgenomen.

Ten slotte benadrukt de werkgroep dat per setting verschillend invulling gegeven wordt aan de uitgangspunten. Daarbij zullen sommige uitgangspunten in de ene setting meer zichtbaar zijn dan in andere.

Redactionele noot

- Hoewel de werkgroep bewust is van de verschillen tussen pijn en vermoeidheid, is omwille van de leesbaarheid voor de term pijn gekozen, tenzij dit expliciet anders benoemd wordt. Met pijn worden in dit document dus zowel pijn- als vermoeidheidsklachten bedoeld.
- Er bestaan tegenwoordig vele verschillende benamingen voor de van oudsher als patiënt aangeduide actor in het revalidatieproces, zoals revalidant, cliënt, hulpvrager, individu enzovoorts. De werkgroep heeft gekozen voor de term cliënt vanwege het meer neutrale karakter ervan.
- In dit stuk wordt naar zowel de cliënt als de ergotherapeut verwezen met 'hij'. Hiermee worden zowel mannelijke als vrouwelijke cliënten en ergotherapeuten bedoeld.

Uitgangspunten ten aanzien van pijn(beleving)

1. *Verschillende triggers kunnen leiden tot een pijnsensatie of vermoeidheidsklachten, maar het is het brein dat op basis van een veelheid aan factoren beslist of dit leidt tot een pijnervaring of niet. Deze factoren, zoals levensgeschiedenis, eerdere ervaringen, gedachten, emoties, omgeving, kunnen de pijnervaring versterken of dempen en zorgen ervoor dat het lichaam op een bepaalde manier reageert. (Butler & Moseley, 2008)*

We spreken in dit verband over de plasticiteit van het zenuwstelsel: Het feit dat het zenuwstelsel verandert onder invloed van onze ervaringen, gedragingen en gevoelens. Verbindingen tussen zenuwcellen kunnen onder invloed van ervaringen sneller of gemakkelijker verlopen of juist 'geremd' worden. (Engel, 1977, Veehof e.a. 2010 p.227).

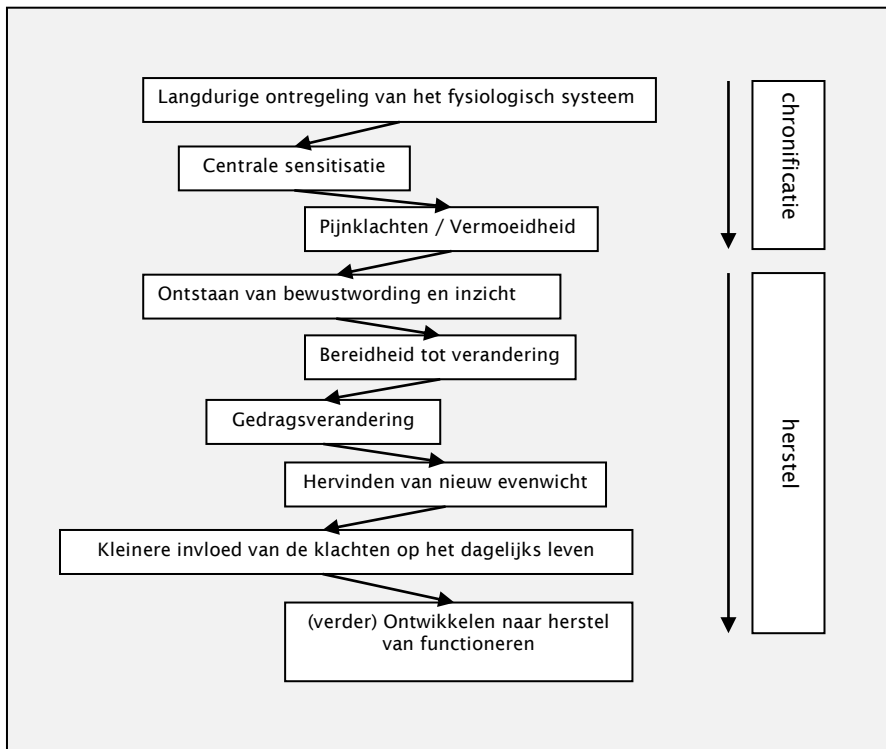
Dergelijke berichtgevingen aan het brein zijn niet het eindpunt. Het brein maakt op basis van alle beschikbare informatie een beoordeling en reageert door een reactie te geven aan andere systemen van het lichaam. Bijvoorbeeld het spiersysteem (verhoogt spierspanning), het sympathische systeem (bevordert zweetsecretie en bloeddistributie), immuunsysteem (sensitiseert neuronen) en endocrien systeem (mobiliseert opslagplaatsen van energie). Gezamenlijk creëren de verschillende systemen een pijnervaring. Op de korte termijn kunnen dergelijke reacties van het lijf zeer functioneel zijn, omdat het de persoon kan helpen de pijn te verminderen. Op de lange termijn kan het lichaam deze reacties niet vol blijven houden en kan het zelfs bijdragen tot het chronisch worden van klachten. We spreken in dit verband van centrale sensitisatie. (Butler e.a. 2008 p. 42).

2. *De hoeveelheid en de intensiteit van een pijnervaring is niet gekoppeld aan de mate van weefselbeschadiging. De pijn is reëel en is er in al zijn heftigheid ook al is er geen sprake van weefselchade. (Butler & Moseley, 2008)*

3. *Pijn en vermoeidheid kunnen verschijnselen zijn die horen bij een ontregelde sickness behavior. (exaggerated sickness response).*

Onder sickness behavior worden verschijnselen en gedrag verstaan die worden gezien bij 'regulier ziek zijn' zoals malaise, vermoeidheid, pijngevoeligheid en somberheid. Het is een adequaat systeem dat zorgt voor het tegengaan van (infectueuze) bedreigingen voor het organisme. Onder invloed van diverse factoren (stressoren, aanleg) kan er een ontregeling optreden en kan het centrale sickness-behavior systeem worden geactiveerd zonder dat er een daadwerkelijke bedreiging is. Hierdoor treden de eerdergenoemde klachten op en blijven zij mogelijk voortbestaan zonder dat zij een directe functie voor het organisme hebben. Dan kan er gesproken worden van een 'exaggerated sickness response'. (van Doornen, 2007; Houtveen, 2010).

4. In het proces van chronificatie en herstel kunnen de stappen onderscheiden worden zoals weergegeven in figuur 1:



Figuur 1: Het proces van chronificatie en herstel

Algemeen therapeutische uitgangspunten

1. De individualiteit van een persoon is leidend in het invullen van de therapie

De unieke cliënt met zijn unieke levensgeschiedenis bepaalt op welke punten wel of juist niet wordt aangegrepen. Er wordt altijd aangesloten bij de hulpvraag, de doelen en de leerstijl van het individu.

2. De fase van gedragsverandering waarin een persoon zich bevindt is leidend in het invullen van de therapie.

Behandeling gericht op gedragsverandering vraagt van een cliënt om de relatie te zien tussen zijn gedragingen, cognities en emoties en de klachten. Vervolgens zal de cliënt uitgenodigd worden te komen tot gedragsverandering. Tijdens de behandeling worden fases van gedragsverandering onderscheiden (Gerards & Borgers, 2006). In de behandeling wordt een benaderingswijze gekozen die aansluit bij de fase van gedragsverandering waar een cliënt zich op dat moment in bevindt. (zie ook bijlage 2.: Theoretische verantwoording, p. 18+19)

3. Ieder gedrag heeft in essentie een 'positieve' intentie.

Een cliënt vertoont specifiek gedrag op basis van wat hij op dat moment voor mogelijkheden heeft en/of het meest haalbaar/wenselijk acht. Het vertoonde gedrag dat voor buitenstaanders mogelijk als disfunctioneel gelabeld wordt kan op dat moment voor die persoon functioneel zijn.

4. De cliënt is verantwoordelijk voor zijn eigen veranderproces.

In de behandeling wordt een sterk appel gedaan op de zelfwerkzaamheid van de cliënt. De behandelaar faciliteert, structureert en sluit aan bij het veranderproces, zodat de cliënt eigen keuzes kan maken. De cliënt is hierbij probleeminbrenger en –oplosser. Hij is verantwoordelijk voor zijn eigen probleem. Het probleem wordt via vragen stellen en middels ervaren geanalyseerd en teruggelegd. Creativiteit in het oplossend vermogen van de cliënt wordt gestimuleerd, daar dit generalisatie van oplossingen aanmoedigt.

5. Een behandeling is er op gericht dat een persoon grip krijgt op het eigen handelen en het eigen leven.

Inzicht, bewustwording en bereidheid zijn fundamenteel om tot verandering te komen. De cliënt heeft eerst inzicht nodig in zijn eigen handelen, voelen en denken, wil er een mogelijkheid tot veranderen kunnen ontstaan. Dit betekent niet alleen inzicht in eigen handelen, maar ook inzicht in zijn motieven voor handelen (waarden). Interventies zijn gericht op het leiden van een waardevol leven. Gestelde doelen zullen op de lijn naar eigen waarden liggen.

6. *Het uiteindelijke streven van een behandeling is het bereiken van een zo groot mogelijk herstel van functioneren.*

Herstel wordt in deze context gedefinieerd als het niveau van functioneren (op participatieniveau) waar de cliënt tevreden mee is. Hij ervaart geen buitensporige last meer van de klachten op zijn dagelijks leven. Daarnaast heeft hij voldoende vaardigheden ontwikkeld om op eigen kracht te werken aan (eventueel) verder herstel van functioneren. Dit betekent dat de doorlooptijd van een behandeling doorgaans korter zal zijn dan de duur van het herstelproces, en toch dusdanig lang dat er voldoende grip is (opgedane kennis en geleerde vaardigheden) om zichzelf te managen in het verdere proces.

7. *De tweedeling overbelaster/onderbelaster is in de praktijk een irrelevante opdeling.*

Als verklaringsmodel kan het bruikbaar zijn (zie figuur 2), maar hierbij moet rekening gehouden worden met het feit dat het beeld dat mensen van zichzelf hebben niet hoeft te stroken met de objectieve waarneming. Zo beschouwen de meeste mensen zichzelf als een overbelaster, maar kan uit observatie blijken dat het gedrag vooral raakt aan onderbelasting. Daarbij kan het zo zijn, dat er binnen een persoon, op verschillende momenten in de tijd sprake is geweest van beide copingstrategieën. Het is van belang dat de juiste therapeutische interventie en attitude gekozen wordt, passend bij die persoon in zijn actuele situatie. De interventie dient gericht te zijn op datgene wat voor deze persoon helpend is en meer grip en vertrouwen geeft; op dit moment, in zijn huidige situatie, rekening houdend met zijn daadwerkelijke (belastings)patronen.

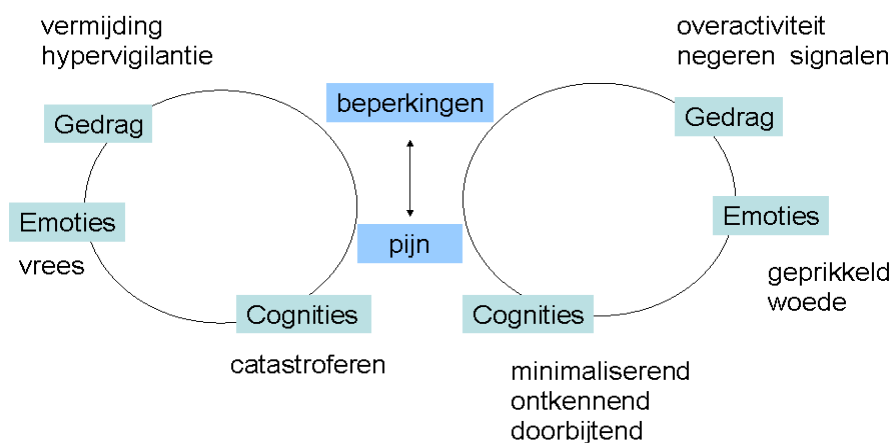


Fig. 2 overbelasting en onderbelasting van Cfr. Vlaeyen & Linston, 2000; Hassenbring e.a., 2001

8. Het adequaat opmerken en interpreteren van lichaamssignalen is (essentieel) sturend in het gezond handelen.

Onvoldoende voelen of inadequaat interpreteren van (gezonde) lichaamssignalen, maakt zelfmanagement lastig. Om deze lichaamssignalen te leren herkennen, is eerst de vaardigheid nodig om te kunnen stilstaan bij jezelf en te ervaren. Doorgaan/afmaken en/of negeren maakt dat vroege, 'gezonde' signalen zoals een toename van spierspanning of tintelingen in een lichaamsdeel (signalen die vaak voorafgaan aan pijntoename) onvoldoende opgemerkt worden. Stilstaan betekent in deze context fysiek stilstaan om te kunnen opmerken wat er is en tegelijkertijd niet oordelend te kunnen openstaan voor de betekenis van wat is opgemerkt en hiernaar handelen. Het gaat hier om het principe van aandacht verplaatsen: van de activiteit naar het lichaam/de klacht, van het lichaam/de klacht naar de activiteit.

9. Bereidheid tot veranderen stoelt op twee principes: open mind en motivatie.

Bereidheid betekent dat je de realiteit (feiten, gedachtes, emoties, ...) toelaat, er ruimte voor maakt of het er laat zijn om iets te kunnen doen wat waardevol voor je is. Dit kunnen zowel positieve als negatieve aspecten zijn. Dit heeft alles met acceptatie te maken: aanvaard wat er is en ga daarmee aan de slag. Het is dus actiegericht. Aanvaarding is de bereidheid om met open mind pijn en andere ongewenste ervaringen (bijvoorbeeld negatieve gedachten of emoties) onder ogen te zien en te ervaren. Het gaat erom dat aanvaard wordt wat niet te veranderen is, zodat energie gericht kan worden op wat wel veranderbaar is. Alleen dan kunnen gemotiveerd stappen gezet worden richting een waardevoller leven (Veehof e.a., 2010, p 224).

10. De behandeling grijpt aan op de gevolgen/de last van de pijn in het dagelijks leven en niet op de pijn zelf.

De pijn zelf wordt niet als uitgangspunt van de behandeling genomen. De pijn wordt met een zekere mildheid benaderd, die eerder gericht is op het gehele lichaam met al zijn mogelijke signalen, waaronder ook de pijn.

11. Behandelaars luisteren met een milde, open aandacht en oordelen niet.

Behandelaars dienen zich bewust te zijn van de onzichtbaarheid van de problematiek en van de onbegrepenheid van de klacht. Zij dienen zich te realiseren dat de cliënt met wie ze werken zich vaak bij meerdere hulpverleningsinstanties heeft gemeld, zonder gewenst resultaat. Hierbij is er meestal aandacht geweest voor het somatische aspect van de klachten.

Cliënten voelen zich vaak niet begrepen en niet serieus genomen door hun omgeving en/of de zorgprofessional. Het is van belang dat een cliënt zich gehoord en begrepen voelt; alleen dan kan hij zich op een open en kwetsbare manier laten zien. Iemand die zich vertrouwd en veilig voelt, durft gewenste stappen te gaan maken.

Ergotherapeutische uitgangspunten en attitude

Inleiding

Ergotherapie richt zich op de relatie tussen handelen enerzijds en gezondheid, kwaliteit van leven en welzijn anderzijds (Kinebanian e.a., 2006, p. 197). Het is dit snijvlak waar de ergotherapeut zijn interventies pleegt. Het belangrijkste doel van ergotherapie is om de aanpassingsmogelijkheden van een cliënt aan te spreken en te vergroten. Hierbij is de cliënt de eerste actor. Activiteiten die goed aansluiten bij de rollen en taken van mensen, die betekenis voor hen hebben, hebben de kracht om deze aanpassingsmogelijkheden op te roepen (Kinebanian e.a., 2006, p. 335). Ergotherapie gaat uit van vier kernelementen; de cliënt, zijn handelen, de omgeving en de therapeut. Deze elementen zijn onderling afhankelijk, beïnvloeden elkaar en vormen daarom een geheel, dat meer is dan de som der delen. Hierbij benadert de ergotherapeut zijn cliënt vanuit een holistische mensvisie, als een geheel van geest, lichaam en omgeving (Kinebanian e.a., 2006). Hieronder volgen specifiek ergotherapeutische uitgangspunten ten aanzien van de behandeling van cliënten met chronische pijn en de daarbij behorende uitgangspunten ten aanzien van attitude.

1. Het handelen is het vertrekpunt van behandeling.

De mens is een handelend wezen. Voor mensen is het noodzaak om bezig te zijn met dagelijkse handelingen. Handelen beïnvloedt gezondheid en welzijn en structureert tijd. Het geeft betekenis aan het leven en is een persoonlijke ervaring. Handelen is het resultaat van de dynamische interactie van de mens, de activiteit en de context. Tevens stelt handelen de persoon in staat om adequaat te reageren op zijn omgeving en om zijn persoonlijke doelen te realiseren (van Hartingsveldt e.a., 2010, p. 8-9, 16).

Het handelen tijdens activiteiten is een middel tot gedragsverandering. Het handelen op zich kan echter ook doel van behandeling zijn. Gesprekken over het handelen zijn hierbij ondersteunend.

2. Behandeling is gericht op empowerment van de cliënt.

Empowerment is een proces van versterking waarbij personen grip krijgen op de eigen situatie en hun omgeving, via het verwerven van bewustwording, controle en het stimuleren van participatie. De cliënt en zijn systeem zijn expert ten aanzien van het eigen handelen (Hartingsveldt e.a., 2010, p. 23-24). Empowerment heeft als doel het zelfbewustzijn en de zelfstandigheid van mensen te vergroten, zodanig dat ze kunnen omgaan met hun (handelings)problemen. Het neemt de persoonlijke doelen van de cliënt als uitgangspunt. De ergotherapeut is hierbij een coach die de cliënt ondersteunt bij het leren maken van persoonlijke keuzes (Kinebanian e.a., 2006, p. 250-251)

3. *De mens is in principe bereid tot ervaren, zowel lijfelijk als mentaal.*

In de behandeling worden personen uitgedaagd om te ervaren (middels activiteiten). Het daadwerkelijk opdoen van handelingservaringen *in het moment* is een krachtig ergotherapeutisch middel om te komen tot bewustwording en/of verandering.

4. *Gedragsverandering ontstaat met /begint door anders te doen.*

Succesvol handelen en anders dóen leidt (op termijn) tot verandering in voelen en denken. Anders denken en voelen dat niet omgezet wordt in ander gedrag (enkel voornemens) helpt veel minder om tot veranderen te komen. Dan blijft het enkel bij voornemens maken.

5. *In de behandeling wordt getracht mensen (weer) contact te laten maken met plezierige en/of betekenisvolle ervaringen*

De handelende mens ervaart plezier en voldoening van het handelen dat hij uitvoert. Regelmatig (waardevolle, betekenisvolle) activiteiten doen en ervaren in een vertrouwde context, geeft een 'herstellend effect'. Zo snel als de behandelontwikkeling het toelaat dienen de (mogelijk gedoofde) passies opgespoord te worden en een duidelijke plaats te krijgen in de interventies van de ergotherapeut en daarbij in iemands dagelijks leven. Bij gepassioneerd handelen valt alles samen en maakt iemand contact met iets wezenlijks van zichzelf. Dit wordt ingebed in het weer leren leven naar iemands waarden.

6. *Inadequate houdingen en bewegingen in het handelen kunnen onderhoudend zijn in het voortbestaan van de klachten.*

Het innemen en uitvoeren van adequate houdingen en bewegingen kunnen faciliterend zijn om tot optimaal en ontspannen handelen te komen. Adequaat betekent hier: Passend bij de uit te voeren activiteit in een specifieke context. Toch is ergonomie niet het vertrekpunt van behandeling, aangezien dit zelden het kernprobleem vormt. Onder ergonomie wordt in deze context expliciet niet verstaan dat personen wordt voorgeschreven wat en hoe te doen, omdat daarmee afhankelijkheid van (opgelegde) regels wordt vergroot. Ook wordt hiermee niet het realiseren van verandering door externe aanpassingen bedoeld. Deze laatste twee kunnen contraproductief zijn in het streven naar zelfwerkzaamheid.

Kennis hebben van adequate beweegpatronen en deze ook uit kunnen voeren, kan helpen de overtuiging los te laten dat de houding een bepalende pijnfactor zou zijn. Het kan het vertrouwen in het eigen lichaam vergroten, ondanks pijn.

7. *De behandeling is erop gericht een balans te vinden in het huidig handelen.*

In de regel zal dit eerst op basis van externe 'controle' gebeuren (tijd, punten, structuur, stappenteller, etc.) en later op basis van tijdige / gezonde lichaamssignalen. In de eerste fase is er

vaak nog onvoldoende bewustwording of zijn er te weinig vaardigheden om die lichaamssignalen te herkennen. Pas als er een zekere balans/bewustwording aanwezig is, is er ruimte om die vroege lichaamssignalen te herkennen en hierop te leren sturen. Het laatste is met name voor gedragsbehoud op lange termijn belangrijk.

8. *Structuur (dagplanning) geeft inzicht, controle, vrijheid en ruimte.*

Structuur vormt een middel om duidelijk te maken wat er met de energie van een persoon gebeurt. Op basis hiervan kan gewerkt worden aan een optimale balans. Dit kan voorwaardenscheppend zijn voor herstel van functioneren. Soms wordt plannen (van activiteiten) door cliënten in eerste instantie gezien als een afname van de keuzemogelijkheden of als een beperking van de vrijheid (beklemmend, belemmerend). De essentie is echter bewust een keuze te maken. Een keuze in wat men wil doen, maar vooral ook in wat men niet wil doen. Daadwerkelijk kiezen biedt ruimte voor het aangaan van nieuwe ervaringen.

9. *Vanuit balans en structuur kan een opbouw in activiteiten(niveau) tot stand komen.*

Gestructureerde behandelmethodes als Graded Activity en Graded Exposure kunnen gebruikt worden om het activiteitsniveau te vergroten. (Köke, van Wilgen, Engers en Geilen, 2007). De ergotherapeut zal hierbij te allen tijde de link naar participatie leggen.

Bijlage 1: Theoretische verantwoording

Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft een aantal werkmodellen die momenteel gangbaar zijn binnen de pijnrevalidatie. Getracht is de modellen te voorzien van verwijzingen, zodat verdieping in bepaalde onderwerpen mogelijk is.

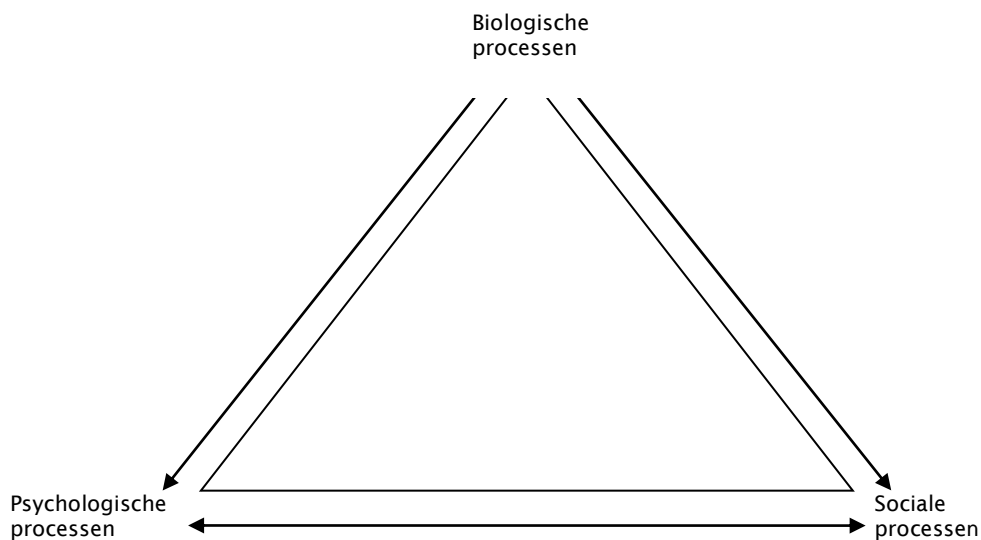
Inhoudsmodellen

Sensitisatiemodel

Het zenuwstelsel is de schakel tussen het lichaam en het brein. De plasticiteit van het zenuwstelsel zorgt ervoor dat de neurofysiologische mechanismen van chronische pijn anders verlopen dan bij acute pijnsensatie. Bij chronische pijn, zo is de algehele opvatting, is het zenuwstelsel 'gevoeliger afgesteld', m.a.w. gesensitiseerd. Het brein doet dit om het lichaam het signaal te geven dat het zich in 'veiligheid' moet brengen. Dit geeft een verklaring voor het gegeven dat bij cliënten met chronische pijn een minimale prikkel kan leiden tot een grote pijngewaarwording. Dit verklaringsmodel helpt ons te begrijpen hoe het komt dat pijn chronisch wordt. Dit model wordt gebruikt om aan de cliënt uit te leggen dat zowel fysieke als psychologische aspecten een rol spelen bij de pijngewaarwording (Wilgen van & Nijs, 2010).

Bio-psycho-sociaal model

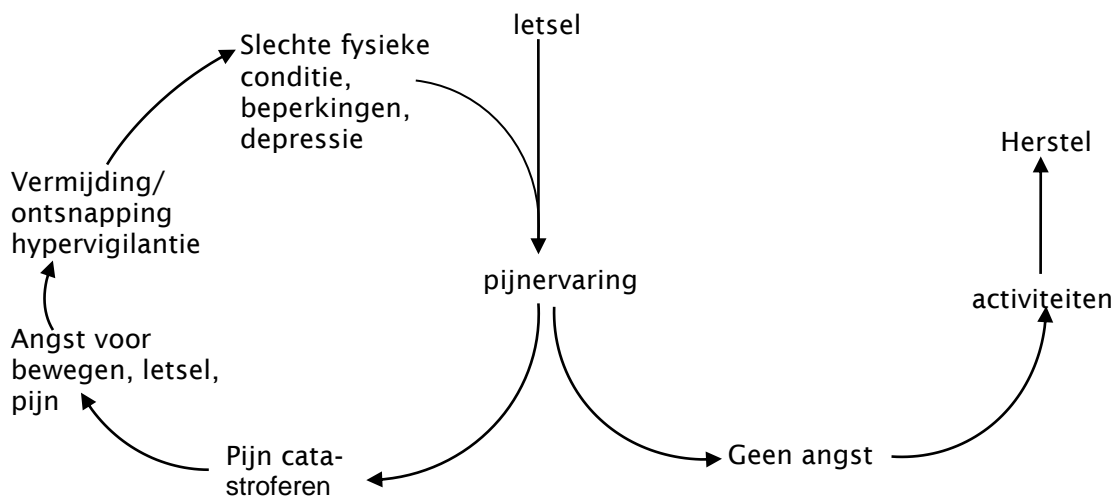
Waar het biomedische model ziekte en gezondheid verklaart vanuit genetische en fysiologische systemen, beschouwt het biopsychosociale model (Engel, 1977) ziekte en gezondheid meer vanuit een multifactorieel kader. Dat wil zeggen dat er meerdere factoren meespelen bij de beoordeling van ziekte en gezondheid. Daarnaast is het model circulair. De verschillende factoren hebben onderling invloed op elkaar. Een wijziging op één gebied heeft wijzigingen op alle andere gebieden tot gevolg. Gezondheid en welbevinden zijn gebaseerd op een samenspel van biologische, psychologische en sociale systemen (zie figuur 3, volgende pagina).



Figuur 3: Biopsychosociale model

Vrees-vermijdings model

Vlaeyen e.a. (2000) ontwikkelden een cognitief gedragsmatig model van pijn: het vrees-vermijdings model. Dit model biedt een verklaring voor zowel het ontstaan als de instandhouding van chronische pijn. Het cognitief gedragsmatige pijn-vermijdingsmodel gaat uit van een proces waarbij pijn via een keten van psychologische reacties tot een excessief vermijdende gedragsstijl leidt.



Figuur 4: Het cognitief gedragsmatige vrees-vermijdingsmodel

Volgens het model ontstaat chronische pijn door een catastroferende denkstijl na een pijnincident. Dit zorgt voor een verhoogde kans op pijngerelateerde angst om opnieuw geblesseerd te raken, met kinesiofobie tot gevolg. Deze vrees gaat gepaard met spierreactiviteit en vermijdingsgedrag. Dit gedrag leidt vervolgens tot disuse, toenemende depressiviteit en beperkingen in het dagelijks leven. Dit verhoogt de pijngevoeligheid waardoor een negatieve spiraal kan ontstaan en een chronisch pijnsyndroom. Het model geeft een verklaring voor mensen die vanwege de pijnklachten steeds minder gaan doen. Binnen de pijnrevalidatie worden deze mensen geduid met de term 'underusers'. Zie ook

<http://www.pijn.com/media/29863/918442tijdschriftpijn40.pdf>

Model van uitputting

Ons stresssysteem is in essentie een aanpassings- en beschermingsmechanisme: het zorgt voor een relatieve stabiliteit van ons organisme onder invloed van een onophoudelijke stroom van fysieke en psychische prikkels. Dankzij dat systeem kunnen we na een periode van druk of belasting weer herstellen en naar de ruststand terugkeren (homeostase). Mc Ewen gebruikt de term *allostasis*: een voortdurend veranderen en toch gelijk blijven. Een voortdurende verandering van bloeddruk, hartslagritme, bloedsuikergehalte, adrenaline- en cortisolspiegels.

Onder bepaalde omstandigheden kan het stress-systeem uit balans raken. Meestal gaat het om een door de jaren heen langzaam voortschrijdend proces en kan op den duur volledig klem geraken (ontregeling).

Volgens Mc Ewen zijn er meerdere manieren die leiden tot een ontregeling:

1. Stresssysteem in de overdrive door te veel en te intense stressoren, bijvoorbeeld trauma's, forse life-events.
2. Stresssysteem in de overdrive door gebrek aan habituatie (falend gewenningsproces), bijvoorbeeld bij mensen met lage eigenwaarde en weinig zelfvertrouwen
3. Stresssysteem in overdrive door falend 'stopmechanisme' (na een stressvolle ervaring stopt het stressmechanisme niet vanzelf, zogenaamde negatieve feedback). Dit kan ontstaan op basis van bijvoorbeeld genetische aanleg, ouder worden, sommige depressies. Op die manier ontstaat een stresswaterval (vicieuze cirkel)
4. Stresssysteem in underdrive (de veer zonder rek): het stresssysteem reageert niet voldoende (meer) op bedreiging of belasting. Het systeem is uitgeblust (een gebrekkige HPA-as functie). Dit speelt waarschijnlijk een belangrijke rol bij chronische pijn en- uitputtingssyndromen, zoals fibromyalgie en chronische vermoeidheid. Vaak volgt een underdrive- op een overdrivefase.

(Van Houdenhove 2005, 2009)

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

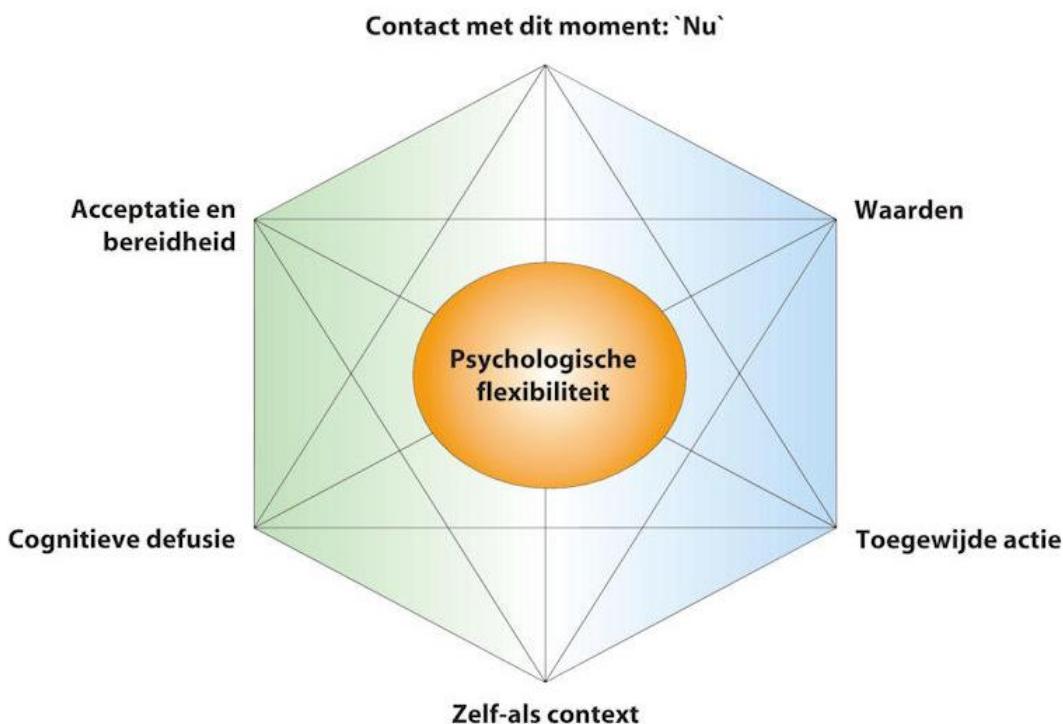
ACT stelt dat pijn, problemen en beperkingen onvermijdelijk bij het leven horen en dat alle pogingen tot vermijding daarvan meer lijden met zich meebrengen. Men bijt zich vaak vast in het zoeken naar oplossingen van onoplosbare problemen en proberen pijn en onaangename gevoelens te vermijden. Ondertussen verliest men het zicht op wat er in ons leven echt toe doet. ACT stelt voor om de zaken om te draaien en ons juist te richten op dat wat we belangrijk vinden in ons leven. Daarvoor is het nodig dat we onze vermijdingsstrategieën opgeven en aanvaarden dat pijn, problemen en beperkingen er nu eenmaal bij horen. De zaken die je dwarszitten en die je kunt oplossen, los je natuurlijk op. In ACT wordt mensen geleerd zich te richten op zaken die ze op directe wijze kunnen beïnvloeden, zoals hun eigen gedrag, in plaats van controle proberen te krijgen over ervaringen die niet direct te beïnvloeden zijn, zoals emoties en gedachten. Dit impliceert een acceptatiegerichte houding ten opzichte van deze emoties en gedachten. Kern van ACT is de filosofie dat het vechten tegen onvermijdelijke zaken uiteindelijk ten koste gaat van een waardevol leven. In ACT staan zes kernprocessen centraal die nauw samenhangen met elkaar en niet los van elkaar te zien zijn. Niet alle processen hoeven in een behandeling even uitgebreid aan de orde te komen. In combinatie leidt het toepassen van deze processen tot het ultieme doel van ACT: (psychologische) flexibiliteit (zie figuur 5). De processen zijn:

- *Acceptatie*: Het gevecht stoppen tegen onvermijdelijke zaken in het leven waaronder ongewenste gedachten, gevoelens en sensaties en de bereidheid opbrengen om deze vervelende interne ervaringen de ruimte te geven, ze er te laten zijn.

- *Defusie*: Het leren afstand nemen van je gedachten, zodat je hierdoor niet wordt meegesleept. Het leren scheiden van cognities en gedrag. Je leert te kijken naar je denken, in plaats van erdoor te worden gecommandeerd.
- *Zelf als Context*: Het leren jezelf van een afstand te kunnen bekijken (het observerende zelf), los van de rollen die je invult en de eigenschappen die je jezelf toedicht.
- *Hier en Nu*: Psychisch aanwezig kunnen zijn, oordeelsvrij en bewust stil kunnen staan bij de ervaringen van het moment, in plaats van functioneren op de automatische piloot en steeds richten op de toekomst (of het verleden).
- *Waarden*: Op zoek gaan naar datgene wat er echt toe doet voor jou, wat jij als persoon echt belangrijk vindt in het leven; zoals liefde. Het duidelijk krijgen van onze eigen waarden, is een essentiële stap voor een zinvol leven.
- *Toegewijd Handelen*: Actie ondernemen, gericht op datgene wat belangrijk is voor je (waarden) en je niet laten lijden door je problemen. Kort gezegd; leven naar je waarden door ernaar te handelen.

Uiteindelijk is het de bedoeling van ACT om een rijk, gevuld en betekenisvol leven te leiden:

- Vergroten van (psychologische) flexibiliteit
- Weer keuzes kunnen maken
- Niet langer vastlopen in pijn vermijdend gedrag



Figuur 5: Hexaflex: de zes kernprocessen van ACT (Hayes e.a. 2006, 2010)

Procesmodellen

Health Counseling

Behandeling van cliënten met chronische pijn heeft tot doel dat cliënten anders leren kijken, leven en omgaan met de pijnproblematiek. Dit betekent dat cliënten tijdens de revalidatie begeleid worden in het zelf zetten van stappen tot gedragsverandering. Bij het begeleiden in deze gedragsverandering wordt gebruik gemaakt van principes uit de Health Counseling (Gerards, 2006). Health Counseling onderscheidt drie fasen in een gedragsverandering, waarin weer zes stappen te onderscheiden zijn:

- Voorbereiding van het advies, met hierin
 - o Bewustwording
 - o Motiveren
 - o Besluitvormen
- Uitvoering van het advies
 - o Start van de gedragsverandering
- Nazorg van het advies
 - o Gedragsbehoud
 - o Preventie van terugval

Binnen de begeleiding van cliënten met chronische pijnklachten worden deze stappen zowel impliciet als expliciet genomen.

Motivational interviewing

Motivational Interviewing (MI) is een directieve persoongerichte gesprekstijl, bedoeld om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen (Miller, 2002). Hierbij wordt de cliënt gestimuleerd om zelf (mede) verantwoordelijkheid voor de behandeling te nemen. Hierbij is het van groot belang dat er vertrouwen wordt opgebouwd, de weerstand wordt verminderd en er direct gericht wordt op het verhogen van het stadium van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente, 1986).

De stadia van gedragsverandering ('stages of change') zijn:

- Precontemplatiefase (Voorbereiding)
- Contemplatiefase (Overpeinzing)
- Voorbereidingsfase
- Actiefase
- Gedragsbehoud-fase

Binnen de ergotherapeutische behandeling van cliënten met chronische pijnklachten is het noodzakelijk om aan te sluiten bij het stadium/de fase waarin de cliënt zich op dat moment bevindt, zodat

gedragsverandering daadwerkelijk tot stand kan komen. Verkeerde interventies in een bepaalde fase kunnen weerstand versterken en mogelijkheden tot gedragsverandering verminderen.

Bij Motivational Interviewing staan voor de ergotherapeut daarbij de volgende uitgangspunten centraal:

1. De reparatiereflex onderdrukken.
2. De eigen beweegredenen van de cliënt begrijpen en onderzoeken.
3. Empathisch luisteren.
4. De cliënt positief bekrachtigen.

Met inzicht in de stadia van gedragsverandering en bewustzijn van bovenstaande uitgangspunten, wordt er een therapeutisch klimaat gecreëerd waarin de cliënt zijn intrinsieke motivatie kan onderzoeken en tot gedragsverandering kan komen.

Bijlage 2: Mogelijke diagnoses

Binnen de groep cliënten met chronische pijn- en/of vermoeidheidsklachten kunnen diverse diagnoses onderscheiden worden. Hoewel binnen de medische wereld de diagnose nog steeds een belangrijk vertrekpunt van behandeling en administratieve indelingen zijn, wil de werkgroep benadrukken dat binnen de ergotherapeutische behandeling van cliënten met chronische pijn- en/of vermoeidheidsklachten het altijd gaat om het verhaal achter de diagnose, om de mens achter het etiket. De diagnose kan helpend zijn in het zoeken naar een benadering of interventie voor een specifieke client, maar deze kan nooit eendimensionaal voorschrijvend of sturend zijn. Het zal altijd gezien moeten worden in het licht van de individuele geschiedenis en de huidige situatie van een cliënt.

Zonder volledigheid te betrachten, kunnen de volgende diagnoses onderscheiden worden:

- Chronische lage rugpijn, CLBP (Chronic Low Back Pain)
- Laat whiplash syndroom, WAD (Whiplash Associated Disorders)
- Fibromyalgie
- Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS) of uitputtingssyndroom
- Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1, (CRPS1)
- Chronische arm-, nek- en schouderpijn, CANS (Complaints of Arm, Neck and/or Shoulder)
- Chronisch bekkenpijn syndroom, CPPS (Chronic Pelvic Pain Syndrome)
- Chronisch wijdverspreide pijn, CWP (Chronic Widespread Pain)
- Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Bijlage 3: Literatuurlijst

Gebruikte literatuur

- Butler, D., Moseley, L. (2008). *Explain Pain*. Adelaid: Noigroup.
- Gerards, F., Borgers, R. (2006). *Health Counseling; Het adviesgesprek in de (para)medische en verpleegkundige zorg*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Engel, George L. (1977). "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". *Science* 196:129–136.
- Hartingsveldt, M. van, Logister – Proost, I., Kinébanian, A. (2010). "*beroepsprofiel ergotherapeut*". Utrecht, Ergotherapie Nederland.
- Hayes, S.C., Spencer, S. (2010). *Uit je hoofd in het leven*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2006). *ACT, een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Assesment B.V.
- Houdenhove, B. van (2005). *In Wankel evenwicht*, Lannoo.
- Houdenhove, B (2009). Treatment of chronic fatigue:, how to find 'a new equilibrium' ?, Patient Education and Counseling
- Houtveen, J, Kavelaars, A, Heijnen, C, van Doornen, L, (2007). *Heterogeneous medically unexplained symptoms and immune function*. *Brain, behaviour and immunity*, 21: 1075-1082
- Köke, A., Wilgen, P. Van, Engers, A., Geilen, M. (2007). *GradedActivity ; Eengedragsmatigebehandelmethodevoorparamedici*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- Kinebanian, A., Granse le, M. (2006,2007). *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarsen: Elsevier.
- Vlaeyen, J.W.S., Linton, S.J. (2000). *Fearavoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of art*. *Pain*, 85: 317-332.
- Veehof M.M., Schreurs K.M.G., Hulsbergen M.L., Bohlmeijer E.T., *Leven met Pijn*, Boom, 2010
- Wilgen, C.P. van, Nijs, J. (2010). *Pijneducatie – een praktische handleiding voor (para) medici*. Houten: BohnStafleu van Loghum.

Aanvullende literatuur

- A-Tjak, J., Groot de, F. (2008). *Acceptance and Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Derks, L., Hollander, J. (1996). *Essenties van NLP*. Servire.
- Gulden, J.W.J. van der (ed.). (2006). *Onverklaarde chronische klachten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Jansen, G, Batink, T, (2014). , *Time to ACT!, basisboek voor professionals*, Thema.

- KabatZinn, J. (2005). *Handboek meditatief ontspannen, effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress*. Haarlem: Altamira-Becht.
- Klaver, M.M. *De limbische verklaring voor onbegrepen lichamelijke klachten*.
- Luoma, J.B., Hayes, S.C., Walser, R.D. (2008). *Leer ACT, Vaardigheden voor therapeuten*. Houten: Bohnstafleu van Lochem.
- Miller, R., Rollink, S. (2011). *Motiverende gespreksvoering*. Ekklesia
- Russ, H. (2011). *De valstrik van het geluk*. Houten: BohnStafleu Van Loghum.
- Veehof M.M., Schreurs K.M.G., Hulsbergen M.L., Bohlmeijer E.T., *Leven met Pijn - Praktijkboek voor behandelaars (Deel 3: ACT-consistent werken door doe-disciplines)*. Boom, 2010
- Vlaeyen, J.W.S., Crombez, G. (1999). 'Fear of movement/(re)injury, avoidance and pain disability in chronic low back pain patient.' *Manual Therapy*, vol. 4 (4): 187-195.
- www.limbischeverklaring.nl