

Het BioPsychoSociale model domineert al decennia de pijnzorg. Dit model benadrukt het belang om zowel biologische als psychosociale factoren te betrekken bij de analyse en behandeling van chronische pijn. Toch worden psychologen niet standaard (of vaak relatief laat) betrokken bij pijnzorg, wat leidt tot suboptimale en minder doelmatige zorg. In dit artikel verduidelijken de auteurs waarom de rol van de psycholoog essentieel is en welke ingangen het BPS-model biedt om deze rol vorm te geven.

EEN PLEIDOOI

WAAROM PIJN VRAAGT OM DE PSYCHOLOOG ALS MEDEBEHANDELAAR

INLEIDING

In dit artikel zetten wij uiteen waarom de rol van de psycholoog in de behandeling van chronische pijn¹ essentieel is en welke ingangen het BioPsychoSociaal model (BPS-model) biedt om deze rol vorm te geven. Als de kennis van pijn onder psychologen toeneemt, zal dit hen ondersteunen bij het diagnosticeren en behandelen van pijn volgens het BPS-model.

Naar schatting lijdt ongeveer 18% van de Nederlandse volwassen bevolking aan matige tot ernstige pijn die langer dan drie maanden aanhoudt. Chronische pijn kan zowel voortdurend als intermitterend zijn, en gaat vaak gepaard met beperkingen in het dagelijks functioneren en een forse daling van kwaliteit van leven (Bekkering, 2011; Breivik, 2006). Eerder onderzoek schatte de kosten van chronische pijn, als gevolg van medische zorg en verlies van arbeidsproductiviteit, destijds al in op meer dan twintig miljard euro (Boonen et al. 2005). Dit is meer dan de economische en maatschappelijke kosten van kanker, cardiovasculaire problemen en diabetes bij elkaar opgeteld (Gaskin & Richards, 2012).

Patiënten die lijden aan matige tot ernstige pijn zoeken vaak naar verklaringen en behandeling in de medische setting. Als zij daar niet afdoende pijnreductie en/of antwoorden vinden, kan dit leiden tot teleurstelling, emotioneel leed, verlies van werk en andere psychologische en sociale gevolgen. De relatie tussen pijnintensiteit, pijngerelateerde beperkingen en biopsychosociale factoren wordt steeds complexer en belangrijker naarmate de tijd verstrijkt (De Boer, 2013). Daarom is het belangrijk al in een vroeg stadium bij pijn diagnostiek oog te hebben voor psychosociale risicofactoren die pijn kunnen verergeren of verminderen en deze waar mogelijk te beïnvloeden.

Ondanks dat de waarde van het BPS-model bij diagnostiek, indicatiestelling en behandeling breed erkend wordt in zowel de wetenschappelijke gemeenschap als de klinische praktijk, is de integratie ervan in de pijnzorg² nog steeds onvoldoende. Een van de knelpunten bij deze integratie is de geringe aandacht die uitgaat naar pijn in de opleiding(en), ook in die van psychologen. Uit een Amerikaans onderzoek van Darnall (2016) bleek dat een aanzienlijk deel van de psychologische curricula in de vs geen of weinig aandacht

1 In het artikel wordt afwisselend gesproken over “chronische” of “aanhoudende” pijn. We gebruiken de definitie van pijn volgens het IASP: “Pijn is een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die verband houdt met, of lijkt op een ervaring die verband houdt met, feitelijke of potentiële weefselschade”.

2 Pijnzorg omvat een breed scala aan benaderingen en behandelingen voor pijnpatiënten op verschillende niveaus van gezondheidszorg; van ziekenhuizen en revalidatiecentra tot monodisciplinaire behandelingen in de eerstelijns.

Naar schatting lijdt ongeveer 18% van de Nederlandse volwassen bevolking aan matige tot ernstige pijn die langer dan drie maanden aanhoudt

heeft voor het onderwerp pijn. Meer dan een derde van de psychologen die in de pijnzorg werken, ontving weinig tot geen specifieke scholing op dit gebied. Bovendien blijkt uit het onderzoek dat meer dan de helft van de psychologen weinig vertrouwen in eigen competentie ervaart bij het adresseren en behandelen van pijn. Het lijkt erop dat de situatie in Nederland vergelijkbaar is met die in Amerika (Samwel et al., 2023).

Om kennis en competentiegevoelens onder psychologen te vergroten, beschrijven we eerst de waarde van het BPS-model en leggen we de neurofysiologie van het pijnsysteem beknopt uit. Daarna geven we een overzicht van de belangrijkste psychosociale factoren die samenhangen met pijn-gerelateerde uitkomsten, zoals pijnintensiteit, medische consumptie, fysiek functioneren en kwaliteit van leven, en waarvan bekend is dat die interacteren met neurofysiolo-

gische processen. Tot slot bieden we inzicht in de rol van de psycholoog bij de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling en kijken we vooruit naar de toekomst van de pijnpsychologie.

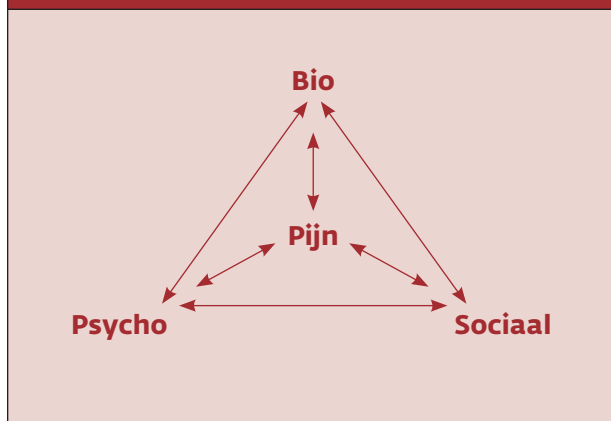
PIJN ALS BIOPSYCHOSOCIAAL FENOMEEN

Het BPS-model, weergegeven in figuur 1, veronderstelt dat pijn beter begrepen en behandeld wordt wanneer de zorgprofessional zich niet alleen richt op de medisch-biologische kenmerken en processen van ziekte (zoals in het traditionele medische model), maar ook rekening houdt met de invloed van de psychologische en sociale context van de persoon. Het is hierbij belangrijk ons te realiseren dat psychologische en sociale factoren niet alleen reacties zijn op aanhoudende pijn. Integendeel, ze hebben een dynamische en wederkerige rol in de biopsychosociale processen die kenmerkend zijn voor chronische pijn. In het kader van de diagnostiek spreken we voor het gemak over 'factoren', maar voor het begrijpen van de complexiteit van chronische pijn is het van wezenlijk belang factoren te zien als elkaar beïnvloedende processen waarin oorzaak en gevolg niet meer te ontwarren zijn. Dit betekent dat een discipline overstijgende, persoonsgerichte aanpak de voorkeur heeft (Edwards, 2016).

Eerst leggen we de neurofysiologie van pijn sterk vereenvoudigd uit. Voor een uitgebreidere beschrijving verwijzen we naar de literatuur van inzet 1. Conform het BPS-model zetten we een aantal psychologische en sociale factoren uiteen die pijnintensiteit, functioneren en de kwaliteit van leven beïnvloeden. We bespreken de belangrijkste en best onderzochte factoren uit de wetenschappelijke literatuur en klinische praktijk. Voor psychologen in de pijnzorg is het van belang globale kennis te hebben van de biologische en (neuro-)fysiologische factoren die pijn beïnvloeden. Deze factoren betreffen onder andere (langdurig) medicatiegebruik (waaronder opiaten), genetische invloeden, aandoening-specifieke factoren, leefstijl, en ontregelingen in andere fysiologische systemen zoals het stress- en immuunsysteem. Hier gaan we in dit artikel niet dieper op in.

DE NEUROFYSIOLOGIE VAN PIJN Pijn is een product van het zenuwstelsel, dat zich voortdurend aanpast aan veranderende omstandigheden en dus plastisch is (Zorgstandaard chronische pijn, 2017). Figuur 2 is een vereenvoudigde weergave van het proces dat tot pijn leidt in geval van weefschade. Bij (dreigende) weefschade worden de uiteinden van de sensorische zenuwen in het aangedane lichaamsdeel

FIGUUR 1. BIOPSYCHOSOCIALE MODEL (ZORGSTANDAARD CHRONISCHE PIJN, 2017).



geprikkelend door mechanische, thermische of chemische veranderingen. Wanneer deze prikkeling voldoende sterk is, wordt deze omgezet in een elektrisch signaal, oftewel een boodschap over potentieel gevaar, die via de zenuwen naar het ruggenmerg gaat. Het ruggenmerg ontvangt deze boodschap in de achtergang (de achterhoorn). Hier schakelt de eerste zenuw op een tweede zenuw, en gaat de boodschap via opstijgende banen naar de thalamus. De boodschap die in de thalamus aankomt, is niets meer of minder dan: 'Er is iets aan de hand.'

In de thalamus wordt overgeschakeld naar een derde zenuw, vanwaaruit de boodschap naar andere hersengebieden gaat, waaronder de somatosensorische cortex (voor bepaling van de locatie) en het limbisch systeem (cognitief affectieve betekenisgeving). Via afdalende zenuwen sturen de hersenen ook zelf informatie naar de achterhoorn in de vorm van elektrische signalen (zie de blauwe pijl in figuur 2). In de achterhoorn wordt op basis van alle binnenkomende informatie het opstijgende elektrische signaal geremd of versterkt.

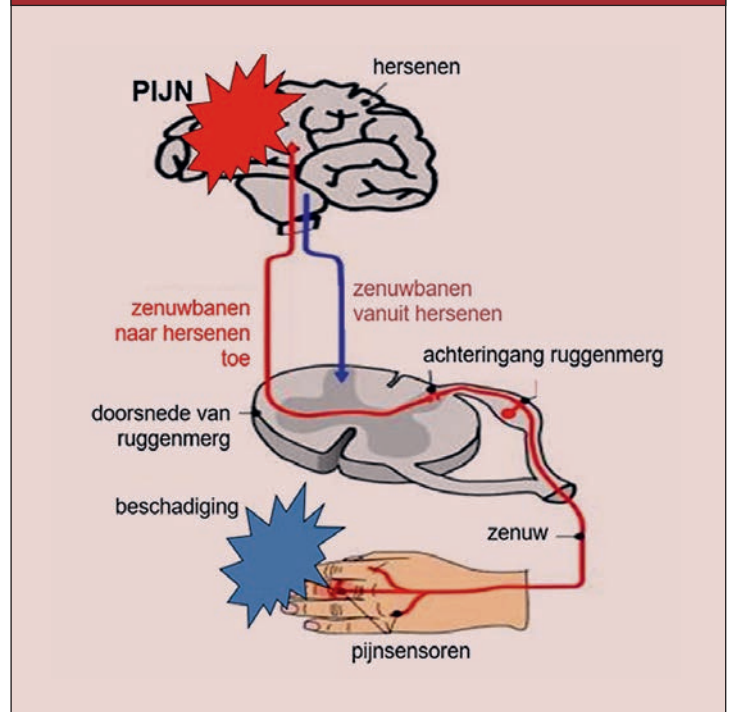
Als de boodschap, via de thalamus, de hersenen bereikt wordt deze door diverse hersengebieden beoordeeld om hieraan een betekenis te hechten. Deze samenwerkende gebieden worden 'de pijn-neuromatrix' genoemd. Tijdens dit beoordelingsproces, dat vaak onbewust en automatisch plaatsvindt, worden verschillende soorten informatie meegewogen zoals weefseltoestand, andere zintuiglijke informatie, emoties, pijn cognities en herinneringen aan vergelijkbare gebeurtenissen. Alleen bij ingeschat gevaar leidt dit verwerkingsproces tot pijn.

Het voorgaande betekent dat weefselschade niet de allesbepalende factor voor de hersenen is om alarm te slaan door pijn te creëren. Iemand kan veel pijn ervaren en nauwelijks of geen (aantoonbare) weefselschade hebben. En andersom kan iemand bij veel weefselschade weinig tot geen pijn ervaren (Van Wilgen en Nijs, 2018).

**NEUROFYSIOLOGISCHE VERANDERINGEN BIJ AANHOU-
DENDE PIJN** Wanneer pijn aanhoudt, kan dit leiden tot neurofysiologische aanpassingen op meerdere niveaus binnen het zenuwstelsel. Centrale sensitatie is hiervan een voorbeeld. Bij centrale sensitatie reageert het centraal zenuwstelsel versterkt op binnenkomende signalen. Hierdoor produceert het ook een gevaarboodschap bij signalen die normaliter niet sterk genoeg zijn om een dergelijke boodschap te creëren.

Een veelgebruikte metafoer hiervoor is een inbraakalarm

FIGUUR 2. NEUROFYSIOLOGIE PIJNSYSTEEM (ILLUSTRATIE UIT: 'PIJNEDUCATIE, EEN PRAKTISCHE HANDLEIDING VOOR (PARA)-MEDICI'. MET TOESTEMMING VAN VAN WILGEN EN NIJS, 2010).



*Pijn is een product
van het zenuwstelsel, dat zich
voortdurend aanpast aan
veranderende omstandigheden
en dus plastisch is*

dat te gevoelig is afgesteld. Het alarmsysteem reageert hierdoor ook op ongevaarlijke informatie zoals een zuchtje wind en niet alleen bij een inbreker. Pijn heeft zijn oorspronkelijke signaalfunctie verloren, omdat het zenuwstelsel niet meer differentieert tussen wel of geen gevaar (Van Wilgen & Nijs, 2018).

Er is veel wetenschappelijke evidentie dat pijngerelateerde emoties, informatieverwerkingsprocessen en gedragingen samenhangen met pijnintensiteit, pijndrempels, fysieke beperkingen, arbeidsongeschiktheid en kosten voor de medische gezondheidszorg

PSYCHOLOGISCHE EN SOCIALE FACTOREN

Niet alleen biologische maar ook psychologische en sociale factoren dragen bij aan neurofysiologische veranderingen. Ze hebben onder meer invloed op de overdracht van signalen in de achterhoorn en in de pijn-neuromatrix (Obermann et al., 2013; Yu et al., 2014). In de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van aanhoudende pijn is het belangrijk oog te hebben voor de algemene psychosociale factoren die niet alleen voorkomen bij mensen met aanhoudende pijn, en pijngerelateerde psychosociale factoren. Er is veel wetenschappelijke evidentie dat pijngerelateerde emoties, informatieverwerkingsprocessen en gedragingen samenhangen met pijnintensiteit, pijndrempels, fysieke beperkingen, arbeidsongeschiktheid en kosten voor de medische gezondheidszorg (Edwards, 2016; Knoop et al., 2021).

In deze paragraaf beschrijven we zowel algemene als pijn-gerelateerde factoren.

PSYCHOLOGISCHE FACTOREN

Emotionele distress

Als pijn aanhoudt, kan dit leiden tot emotionele distress, zoals gevoelens van onzekerheid, machteloosheid, teleurstelling, frustratie of verdriet. Er is veel wetenschappelijke evidentie dat (ook subklinische) emotionele distress de kans op chronificatie van pijn verhoogt, ook als deze niet pijngerelateerd is. Denk bij dit laatste aan problemen op het werk, zorgen om dierbaren, relatieproblemen, life-events als scheiding of verlies van dierbaren, en psychotrauma. Emotionele distress draagt zelfs meer bij aan de langetermijngevolgen van aanhoudende pijn dan pijnintensiteit (Meints & Edwards, 2018).

Informatieverwerking

Cognities zijn het resultaat van bewuste of onbewuste informatieverwerking. Ze kunnen gaan over de pijn zelf en/of ideeën zijn over de gevolgen ervan. Cognities met betrekking tot pijn komen onder meer voort uit de leergeschiedenis, diagnoses, medische onderzoeken, behandelcontacten, media en verhalen van anderen. Als deze informatie niet volledig of passend is, of als zodanig wordt verwerkt, kan dit onder meer leiden tot gedachten die ten grondslag liggen aan bewegingsangst en pijnvermijding (Gatzounis et al., 2021; Severeijns, 2001).

Cognities kunnen ook algemener van aard zijn, zoals ideeën over het zelf, de ander en de maatschappij die tot minder helpende reacties op pijn leiden. Verwachtingen ten aanzien van het resultaat van een behandeling blijken invloed te hebben op de uitkomst ervan (Kapur et al., 2021; Kisaalita et al., 2016). Zelfs in open placebo-trials, waarbij de patiënt weet dat hij een placebo krijgt, blijken de placebo-gerelateerde verwachtingen de behandeluitkomsten te verbeteren (Bernstein et al., 2021).

De meest onderzochte wijze van informatieverwerking bij pijn is catastroferen. Hierin verwerkt het brein de informatie op zo'n wijze dat het slechtst mogelijke scenario als het meest waarschijnlijke wordt gezien. Dit kan onder andere leiden tot rumineren en uitvergroting van de situatie, een lage interne *locus of control*, hulpeloosheid en herinneringen aan eerdere pijnervaringen (Grant, 2015). Catastroferen is geassocieerd met een grotere pijnintensiteit (Severeijns, et al., 2001), verhoogd gebruik van opioïden (Weissman-Fogel et al., 2008), slechtere resultaten van pijnbehandeling (Jensen et al., 2001), langere ziekenhuisopnames (Jensen et al., 2006) en een hoger risico op

chronische pijn na een chirurgische ingreep (Khan et al., 2011; Pavlin et al., 2005).

Leerprocessen en gedrag

Het gedrag van een individu heeft een betekenisvolle impact op de intensiteit van pijn en het vermogen om te functioneren. Bij pijn en het begrijpen van pijngerelateerd gedrag spelen leerprocessen een belangrijke rol, waaronder klassieke en operante conditionering en *modeling*. Bij rugpijn kan iemand bijvoorbeeld door klassieke conditionering een associatie opbouwen tussen pijn en het zitten op een stoel. Na verloop van tijd kan het overwegen van een bezoek aan een horecagelegenheid al pijn en angst opwekken vanwege de verwachting van toenemende pijn. Operante conditionering, zoals voorkomen van pijn(toename) door vermijding, kan bijdragen aan het continueren van pijngerelateerd vermijdingsgedrag (Gatzounis et al., 2021).

Een goede analyse van iemands gedrag als reactie op pijn geeft inzicht in minder helpend gedrag zoals voortdurend vermijden van pijn, volharden in activiteiten ondanks toename van pijn en gedrag laten bepalen door de ernst van de pijn. Er zijn een aantal meer specifieke, mechanismegeoriënteerde modellen ontwikkeld om de routes te beschrijven waarlangs bepaalde gedragingen kunnen ontstaan. Voorbeelden (Edwards, 2016) zijn het vreesvermijdingsmodel van Vlaeyen en Linton, en het vermijdings-uthoudingsmodel van pijn van Hasenbring.

Angstklachten

Pijn en angstklachten gaan vaak hand in hand. Angst triggert het lichaam om te vluchten voor of te vechten tegen een bedreiging. Het heeft daarnaast een significante invloed op informatieverwerking, cognities, aandacht en gedrag. Pijn zelf kan leiden tot catastroferen, onzekerheid of angst bij bewegen en bezorgdheid over een toekomst met pijn. Angstgevoelens, maar ook depressieve klachten zijn niet alleen emotionele gevolgen van aanhoudende pijn, maar kunnen als premorbide toestand ook bijdragen aan het proces van chronificatie. Beide toestanden functioneren als risicofactoren voor elkaar en versterken elkaar (Meints & Edwards, 2018).

Depressieve klachten

Depressieve klachten zijn de meest voorkomende comorbide klachten bij pijn. Studies laten verschillende cijfers zien, waarbij tot 85% van de mensen met chronische pijn een depressieve grondstemming rapporteert (Bair, 2003).

Pijngerelateerde depressogene cognities kunnen bijvoorbeeld gaan over (lage) zelfeffectiviteit en pessimisme over de duur van de pijn. Het voelen van hulpeloosheid ten opzichte van de pijn, het verlangen aan de pijn te ontsnappen, catastroferen en probleemoplossende tekorten zijn belangrijke determinanten voor suïcide-uitkomsten.

Bij patiënten die lijden aan een depressieve stoornis én aanhoudende pijn is de prognose vaak slechter dan wanneer ze een van deze aandoeningen hebben (Kroenke et al., 2011; Racine, 2018). Verondersteld wordt dat depressie en pijn neurale paden delen in de hersenen. Dat kan verklaren waarom deze klachten vaak hand in hand gaan (Kroenke et al., 2011).

Slaapproblemen

Pijn en slaap beïnvloeden elkaar wederzijds: 67-88% van mensen met chronische pijn lijdt aan slapeloosheid, terwijl minstens 50% van mensen met slapeloosheid chronische pijn rapporteert (Whale & Gooberman-Hill, 2022). Een slaapprobleem verergert pijn en pijn kan de slaap verstoren. Zowel pijn als slaapproblemen verslechteren het dagelijkse functioneren. Mensen met zowel pijn- als slaapproblemen hebben ook een grotere kans op het ontwikkelen van depressie, angst, suïcidale gedachten en nieuwe pijnproblemen (Whale & Gooberman-Hill, 2022; Jank et al., 2017).

Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

PTSS en pijn kunnen onafhankelijk van elkaar ontstaan naar aanleiding van dezelfde traumatische gebeurtenis, zoals een ongeval waarbij zowel PTSS als letsel met pijn het gevolg zijn. Patiënten met zowel pijn als PTSS rapporteren meer pijn, meer PTSS-symptomen, meer depressieve klachten, meer angst, groter fysiek disfunctioneren en een hoger opioïdegebruik dan patiënten met één van deze twee aandoeningen (Kind & Otis, 2019; Morasco et al., 2013). Pijnervaringen zélf kunnen ook traumatiserend zijn.

Ongunstige (vroeg)kinderlijke ervaringen (adverse childhood experience – ACE)

(Vroeg)kinderlijke ervaringen beïnvloeden niet alleen onze reacties op stressoren op volwassen leeftijd, zoals pijn, maar ook de informatieverwerking door het zenuwstelsel (Edwards, 2016). Aangezien de neuro-endocriene ontwikkelingen het grootst zijn vanaf de geboorte tot het zesde jaar, wordt verondersteld dat potentieel traumatische jeugdervaringen (ACE's), zoals seksueel misbruik, emotionele en fysieke verwaarlozing en mishandeling in deze periode

negatieve effecten hebben op de ontwikkeling van het zenuwstelsel (O'Neill, et al., 2021).

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat een groter aantal ACE's de kans op het ontwikkelen van chronische pijn en beperkingen op volwassen leeftijd verhoogt (Tidmarsh, et al., 2022; Brown et al., 2018). Opvallend is echter dat de effecten van pijnbehandeling even gunstig zijn bij mensen met en zonder ACE's. Na pijnrevalidatie werden in alle groepen ongeacht het aantal ACE's significante verbeteringen gevonden in pijnintensiteit, fysiek en psychosociaal functioneren (Tidmarsh et al., 2022).

INVLOED VAN SOCIALE FACTOREN Interpersoonlijke factoren, zoals sociale steun, hebben invloed op pijn en het functioneren (Burns et al., 2018; Wilson et al., 2017). Het ervaren van betekenisvolle relaties met anderen kan een adequate omgang met chronische pijn bevorderen of belemmeren. Veel patiënten met chronische pijn ervaren evenwel onbegrip in hun omgeving, wat leidt tot gevoelens van eenzaamheid en uitsluiting (Nicola et al., 2021). Ook kennisgebrek bij zorgprofessionals over pijn en hun niet-helpende opvattingen kunnen de toestand en functioneren van patiënten verslechteren. Een goede behandelrelatie versterkt de effecten van de behandeling (Hall et al., 2010; Schiphorst Preuper & Reneman, 2019).

De aard van andere sociale interacties zoals contacten met de werkgever, collega's of uitkeringsinstanties heeft eveneens invloed op de (gevolgen van) pijn. Het ervaren van weinig steun en ontevredenheid in deze contacten kunnen pijn negatief beïnvloeden en zijn sterke voorspellers van arbeidgerelateerde beperkingen (Knoop et al., 2021).

Niet alleen de levenskwaliteit van patiënten vermindert, dit geldt ook voor hun naasten, die vaak hogere stressniveaus ervaren (Jensen & Turk, 2014).

DIAGNOSTIEK

De BioPsychoSociale (BPS) diagnostiek van pijn begint bij de huisarts, met eventuele vervolgstappen bij een medisch specialist om te onderzoeken of de pijn een symptoom is van ziekte of letsel. De psycholoog vraagt na of dit medisch onderzoek volgens de patiënt en de huisarts of specialist voldoende heeft plaatsgevonden. Indien dit niet het geval is, faciliteert de psycholoog de communicatie hierover tussen de patiënt en de arts (Hillen et al. 2020). De arts behandelt, indien nodig en mogelijk, de ziekte of het letsel, en inventariseert idealiter de psychosociale dimensies volgens de geldende richtlijnen. Helaas voelen artsen zich vaak

onvoldoende competent om de psychosociale factoren bespreekbaar te maken (Noordman et al., 2007; Sitnikova et al., 2018), waardoor deze gespreksonderwerpen vaak vermeden worden.

In het huidige zorgsysteem kan de huisarts of specialist voor de BPS-diagnostiek verwijzen naar psychologen in een revalidatiecentrum, binnen een algemeen of academisch ziekenhuis, of in de GBBGZ of SGGZ. Het zou BPS-diagnostiek helpen als de psycholoog standaard deel uitmaakt van een (regionaal) zorgteam met onder anderen de huisarts en medisch specialist. Momenteel is dit nog toekomstmuziek, hoewel er bij verschillende Nederlandse instellingen mee wordt geëxperimenteerd.

De verwijzing naar een psycholoog en/of het ontbreken van een duidelijke biomedische verklaring van de pijn kunnen bij patiënten tot onzekerheid leiden. Zij kunnen denken dat hun aanhoudende pijn en beperkingen hen persoonlijk worden aangerekend, wat bekend staat als 'gesprekszorgen' (Stinesen, 2021). Daarom is het belangrijk dat artsen en psychologen deze zorgen zo snel mogelijk bespreken en het BPS-perspectief introduceren. Hoe meer zorgprofessionals de biopsychosociale factoren als logische en geautomatiseerde processen zien en op deze wijze bespreken, des te beter zijn patiënten in staat hun gesprekszorgen los te laten.

Bij de diagnostiek staat de pijn centraal en wordt begonnen met het uitvragen van de aard, locatie, intensiteit, frequentie, etc. van de pijn en de gevolgen ervan op het dagelijks leven. Het gemodificeerde gevolgenmodel (Van Rood & De Roos, 2017; Clinical practice Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen, 2021) functioneert als leidraad. De beschreven BPS-factoren in de vorige paragrafen worden in ieder geval geïnventariseerd om te bepalen in hoeverre ze een rol spelen en in hoeverre ze beïnvloedbaar zijn in de behandeling.

PIJNEDUCATIE

Pijneducatie is het startpunt voor een effectieve behandeling van pijn. Het is een bewezen effectieve interventie die zowel bij het begin als gedurende het (interdisciplinaire) behandelproces een belangrijke rol speelt (Moseley & Butler, 2012; Van Wilgen & Nijs, 2018). Studies hebben aangetoond dat kennis over pijn angst vermindert en bijdraagt aan pijnreductie en verbetering van de kwaliteit van leven (Moseley & Butler, 2012; Van Wilgen & Nijs, 2018), onder voorwaarde dat verschillende zorgprofessionals dezelfde boodschap communiceren.

Pijneducatie heeft meerdere doelen. Het geeft patiënten allereerst erkenning dat pijn niet 'tussen de oren zit' of 'ingebeeld' is. Daarnaast krijgen patiënten kennis aangereikt over hun pijn en hoe dit een natuurlijke reactie van het brein is om het lichaam te beschermen. Het derde doel is patiënten laten begrijpen dat zij meer invloed op hun pijn hebben dan zij wellicht dachten, wat hoop creëert. Tot slot vergroot pijneducatie de bereidheid van patiënten om psychosociale factoren op te nemen in het behandelplan. Het is belangrijk om ook naasten bij de pijneducatie te betrekken. Zo kunnen de ideeën over pijn en hoe pijn te beïnvloeden is gelijkloënd gemaakt worden tussen de patiënt en diens naasten.

Boeken voor patiënten met uitgebreide informatie over pijn zijn te vinden in kader 1.

BEHANDELAANPAK

De meeste patiënten ervaren het als een opluchting als voldoende tijd genomen wordt om de verschillende aspecten van het pijnprobleem op een rij te zetten en hierin samenhang te ontdekken – en dan uitgelegd te krijgen wat er aan de hand is, in plaats van te horen 'we kunnen niets vinden'. In de praktijk blijken psychosociale factoren goed bespreekbaar met patiënten. Investeren in de diagnostiek en pijneducatie betaalt zich terug in zinvolle behandelplannen, betere behandeluitkomsten en/of kortere behandelduur.

Een behandelvoorstel volgt logischerwijs uit de diagnostische bevindingen en de gegeven pijneducatie. Het voorstel bestaat idealiter uit meerdere keuzemogelijkheden.

Patiënten kiezen vervolgens, conform de stappen van 'samen besluiten', welke behandeling het best past bij hun persoon, situatie, context en doelen. Het is belangrijk dat er een gezamenlijke visie is op de pijnproblematiek, behandelplan en taakverdeling tussen patiënten, hun naasten én de mede-pijnbehandelaars, zodat patiënten zelf de regie kunnen nemen (Zorgstandaard chronische pijn, 2017).

Hierbij past een gepersonaliseerd behandelplan. De doelen zullen verschillen van persoon tot persoon. Een overstijgend doel voor elke behandeling is het brein uit de (overmatige) bescherm- of overlevingsstand te halen. In het algemeen kunnen aspecten als geruststelling, vertrouwen in de behandeling, ervaren steun, afleiding, cognitieve herstructurering, relaxatie en fysieke activering het pijnverwerkingsproces positief beïnvloeden.

Gezien de neuroplasticiteit van het brein zou optimale pijnzorg op lange termijn positieve effecten kunnen hebben op het pijnbeeld (zoals afname van intensiteit) (Moseley & Butler, 2012).

Afhankelijk van het behandelplan kunnen psychologen verschillende behandelinterventies toepassen uit onder andere de cognitieve gedragstherapie (Visser & Reinders, 1999), Acceptance Commitment Therapy (Schreurs et al., 2019), EMDR (Grant, 2015), medische hypnose (Jensen 2011; Wandner et al., 2019), Virtual Reality (Jones, 2016) en partner-relatie-therapie (Cano et al., 2018).

Interventies kunnen zowel individueel als in groepen als systeemgericht zijn. Ze kunnen face to face of via internet

KADER 1.

Pijneducatie voor volwassenen

Begrijp de pijn (Moseley, G.L. & Butler, D.S., 2016, 2e editie. Uitgever: NOI group publications).

Pijn & het brein (Fleming, A. & Vollebregt, J., 2016. Uitgever: Bert Bakker).

Pijn. Waarom? (Van Cranenburgh, B., 2012. Uitgever: Toegepaste Neurowetenschappen).

Pijneducatie. Een praktische handleiding voor (para)medici (Van Wilgen, P. & Nijs, J., 2018. Uitgever: Bohn Stafleu Van Loghum.

Voor meer suggesties zie Zorgstandaard Chronische pijn (2017)

Internet:

www.retrainpain.org

<https://www.pijnpatientennaarstern.nl/onlinecursus-start>

<https://www.tamethebeast.org/#tame-the-beast>

Pijneducatie voor kinderen:

Mijn beschermende brein (Rumping & Van Bakkum, 2019) met handige links

E-boek: *Het geheim van pijn* (Stichting Pijn Hoop, 2021) voor kinderen vanaf 10 jaar. Floor van der Valk en Tamara van der Houwen, 2020. <https://www.lvmp.nl/gratis-educatief-e-book-over-pijn-bij-jongeren-10-jaar-het-geheim-van-pijn>

worden toegepast. Behandelplannen kunnen vanuit alle echelons georganiseerd worden. Hierbij kan bijvoorbeeld gekozen worden voor een behandeling door een psycholoog in de eerstelijns of voor een psycholoog die onderdeel is van een behandelteam.

Voor handige en behulpzame handboeken waarin behandelprotocollen worden beschreven, verwijzen we naar kader 2. Algemene tips aan psychologen voor de behandeling van pijn:

- Vergroot je kennis van de (neuro-)fysiologie van pijn en van pijn-beïnvloedende BPS-factoren;
- Baseer je screening, diagnostiek en indicatiestelling op het BPS-model;
- Informeer je patiënten en zo mogelijk hun naasten over de (neuro-)fysiologie van pijn en hoe biopsychosociale factoren hier invloed op uitoefenen;
- Leg aan patiënten uit hoe waardevol psychologische interventies kunnen zijn voor het verbeteren van functioneren, kwaliteit van leven en het verminderen van pijn;
- Pas het gemodificeerd gevolgenmodel en 'samen beslissen' toe;
- Zoek afstemming met andere pijnbehandelaars van je patiënt over behandeldoelen en gezamenlijke taal over pijn;
- Werk aan een goede therapeutische relatie met je patiënt. Dit versterkt de effecten van je interventies.

BLIK OP DE TOEKOMST

De stand van de wetenschap en richtlijnen rechtvaardigen een actieve rol van psychologen in het diagnosticeren en behandelen van pijn. Het is van groot belang dat psychologen deze rol ook op zich nemen en tevens kenbaar maken aan patiënten, hun naasten en belangrijke stakeholders. In de huidige curricula van psychologie opleidingen is echter te weinig aandacht voor pijn om voldoende kennis over de (neuro-)fysiologie van pijn te verwerven, om BPS-factoren bij pijn te herkennen en te adresseren, om pijneducatie te geven en om psychologische pijnagnostiek, -indicatiestelling en -behandeling te kunnen toepassen. Dit vraagt om initiatieven vanuit de psychologen uit de klinische praktijk en de wetenschap zelf.

De eerste stappen voor zo'n initiatief zijn gezet door een landelijk professioneel Netwerk Pijnpsychologie uit te rollen om profilering en professionalisering van psychologen in de pijnzorg te bevorderen. Zowel klinici, wetenschappelijke onderzoekers als gepromoveerden maken deel uit van dit groeiende netwerk, waardoor zowel de klinische praktijk als de wetenschap worden vertegenwoordigd.

Vanuit dit netwerk zijn psychologen met pijnexpertise beter vindbaar en zichtbaar, en kunnen ze samen in dialoog de ontwikkeling van de pijnpsychologie bevorderen. Het huidige initiatief richt zich op het geven van een heldere en zichtbare rol voor de pijnpsychologie in het onderwijs en de klinische praktijk, het verspreiden van pijnpsychologische

KADER 2.

Handige en behulpzame handboeken waarin behandelprotocollen die te gebruiken zijn bij chronische pijn worden uitgelegd:

Handboek psychologische interventies bij somatische aandoeningen (Pool, G., Sanderman, R., Heuvel, F. & Ranchor A.V, 2020. Assen: Uitgeverij Koninklijke van Gorcum).

Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (Spaans, J., Rosmalen, J., Rood, Y. R. van, Horst, H. van der, & Visser, S. (Red.), 2017. Leuven: Lanno Campus).

Handboek pijnrevalidatie. Voor de eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg (Verbunt, J. A., Swaan, J. L., Schiphorst Preuper, H. R. & Schreurs, K. M. G. (Red), 2019. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum).

Praktijkboek Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Protocollaire behandelingen op maat (Broeke, E. ten, Korrelboom, K., Verbraak, M., & Meijer, S (Red.), 2021. Bussum: Coutinho).

Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten (G. Keijser, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin, P. Emmelkamp (Red), 2017. Meppel: Uitgeverij Boom).

Link naar clinical practice 'Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen'

https://www.lvmp.nl/wp-content/uploads/2021/12/CLINICAL-PRACTICE_Somatisch-symptoomstoornis-en-verwante-stoornissen_definitief.pdf

kennis, en het bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van pijnzorg in Nederland.

Indien je geïnteresseerd bent in het Netwerk Pijnpsychologie (in oprichting) of vragen en suggesties hebt, mail dan de auteurs.

OVER DE AUTEURS

Jolanda Reitsma-Lutjes is *gz-psycholoog, pijnpsycholoog, supervisor en opleider en werkzaam bij Reitsma & Van Wieren Psychologen (GVBGZ) en DC Klinieken Dokkum*. Pauline Koetsier is *psycholoog NIP en cognitief gedragstherapeut VGCT en werkzaam in haar eigen praktijk BauNCE pijncoaching in de eerste- en anderhalve lijn*. Dirk Stronks was tot voor kort *onderzoeker en psycholoog en werkzaam bij Centrum voor Pijn geneeskunde in Erasmus MC en DC Klinieken Rotterdam*. Han Samwel is *klinisch psycholoog en werkzaam als programmaleider en opleider bij Revalis Clinics*. Lyonne Zonneveld is *klinisch psycholoog, psychotherapeut, cognitief gedragstherapeut en EMDR practitioner en werkzaam op de poli Pijn geneeskunde van het Amsterdam UMC, locatie Amsterdam*.

Correspondentie over dit artikel via Jolanda Reitsma:
jolanda@reitsmaenvanwieren.nl.



Scan de qr-code voor de literatuurlijst

Summary

WHY PAIN REQUIRES PSYCHOLOGISTS AS CO-THERAPISTS

J. REITSMA-LUTJES, P. KOETSIER, D.

STRONKS, H. SAMWEL & L. ZONNEVELD

Chronic pain significantly impacts about 18% of the Dutch population. The healthcare standard for chronic pain emphasizes the biopsychosocial view in diagnosis, assess-

ment, indication and treatment. Mapping biopsychosocial factors improves patient care and treatment effectiveness and efficiency. However, psychologists are usually not structurally or relatively late involved in pain care. And over half of psychologists do not feel themselves enough competent and confident in the field of chronic pain. This

article aims to increase knowledge about chronic pain among psychologists. Also, it proposes the establishment of a Network for Pain Psychology to further enhance psychologists' competence and visibility in interdisciplinary paincare, aiming for improved care and recognition.