

Het omgaan met chronische pijnklachten (is) in beweging binnen de psychomotorische therapie.

Isis Post, fysiotherapeut/ psychomotorisch therapeut i.o.

Inleiding

Chronische pijn vormt een groot gezondheidsprobleem. Uit het onderzoek van Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Galacher (2006) uitgevoerd in 2003 blijkt chronische pijn bij 1 op de 5 volwassenen in Nederland voor te komen. Van deze mensen blijkt 54% niet normaal te kunnen functioneren. Chronische pijn zorgt voor beperkingen in het dagelijks leven (Achterberg et al., 2010), onder andere bij fysieke en sociale activiteiten (Breivik, et al., 2006). Het vergroot de kans op psychopathologie (Miller & Cano, 2009) en ziekteverzuim (Van Eerd et al., 2011). Naast de impact van chronische pijn op de kwaliteit van leven (Picavet & Hoeymans, 2004) van de betreffende persoon, heeft het ook een maatschappelijke impact. Chronische pijn gaat gepaard met hoge directe en indirecte kosten in de gezondheidszorg (Lambeek et al., 2011). Om de persoonlijke en maatschappelijke impact van chronische pijn te verminderen is en wordt er al veel onderzoek gedaan naar de effecten van verschillende behandelinterventies bij chronische pijn. In de dagelijkse praktijk is de zoektocht naar de juiste behandeling bij chronische pijnklachten te bemerken. Cliënten met hun persoonlijke pijnklachten hebben vaak al verschillende specialisten en behandelaren gehad, die zich elk binnen hun eigen specialisme uitlaten over de pijnklachten. Het komt geregeld voor dat specialisten cliënten met chronische pijnklachten adviezen geven die passend zijn binnen acute pijnproblematiek. De integratie tussen lichamelijke, psychische en sociale aspecten van het functioneren wordt hierin vaak gemist. Deze adviezen kunnen echter wel bijdragen aan het ontstaan of voortduren van disfunctionele pijn cognities. De studie van Bekkering et al. (2011) laat zien dat 80% van de pijncliënten zichzelf onvoldoende of inadequaat behandeld voelt.

Op basis van deze ervaringen en dit gegeven dient er meer duidelijkheid te zijn tussen een acute en chronische pijnbehandeling. Het onderscheid tussen acute en chronische pijnproblematiek staat dan ook eerst centraal in deze paper. De verstoorde balans tussen lichamelijke, psychische en sociale aspecten bij chronische pijn verdient aandacht in de behandeling van chronische pijn en wordt in deze paper verduidelijkt aan de hand van het biopsychosociaal model. Er wordt een koppeling gemaakt tussen psychomotorische therapie (PMT) en chronische pijn. PMT is een ervaringsgerichte psychotherapie, die zich richt op het herstel van de verstoorde balans van de aspecten van het biopsychosociaal model, om het totale functioneren te verbeteren. De kracht van de PMT, het verbinden en integreren van het denken, voelen en handelen, blijkt een belangrijke rol te spelen in het verbeteren van de kwaliteit van leven van een chronische pijncliënt (Beroepsprofiel van psychomotorische therapeut [NVPMT], 2009; Köke et al., 2004). Aangezien PMT op dit moment nog weinig ruimte inneemt in pijnprogramma's (Van der Meijden- van der Kolk & Bosscher, 2007) wordt de mogelijke rol van een PMT'er in een chronische pijnbehandeling belicht. De bundeling van informatie in deze paper is dan ook gericht op het beantwoorden van de vraag: "Wat is de rol van een psychomotorisch therapeut in de behandeling van chronische pijnklachten"?

Het onderscheid tussen acute en chronische pijn

De International Association for the Study of Pain (IASP) definieert pijn als een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die in verband staat met feitelijke of mogelijke weefselschade of die beschreven wordt in termen van deze schade (Merksey & Bogduk, 1994). De definitie beschrijft pijn dus als een waarschuwingssignaal voor (dreigende) weefselbeschadiging. Daarnaast beschrijft deze ook dat pijn kan voorkomen zonder dat er een duidelijke oorzaak voor is. Om dit te verduidelijken wordt er een onderscheid gemaakt tussen acute en chronische pijn. Bij acute pijn is er sprake van een onmiddellijke reactie van het lichaam op een (dreigende) beschadiging. Het is een betekenisvol signaal en zet het lichaam aan tot een gedragsverandering, zoals bijvoorbeeld minder bewegen, om (verdere) beschadiging te voorkomen en herstel van beschadigd weefsel te bevorderen. Er is sprake van chronische pijn

als pijnklachten langer dan drie maanden bestaan of langer duren dan de verwachte hersteltijd na een beschadiging of ziekte. De pijn lijkt zijn waarde als alarmsignaal te zijn verloren en is daardoor niet langer een betrouwbare indicator van weefselschade (Lumley et al., 2011; Van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007). De gedragsmatige veranderingen, gericht op het verminderen van pijn en bevorderen van herstel, kunnen bij chronische pijn disfunctioneel worden en pijn verergeren of in stand houden (Nesse & Ellsworth, 2009).

Maaïke is een 47-jarige vrouw met chronische pijnklachten gelokaliseerd in haar onderrug. De pijn is in een periode van vier jaar sluimerend ontstaan en is sinds een jaar continu aanwezig. Het pijngebied heeft zich in dit jaar uitgebreid naar haar billen en benen. Maaïke beschrijft haar onderrug als een bekende "zwakke plek". Maaïke heeft voor en tijdens het ontstaan van de pijn veel ingrijpende momenten doorgemaakt. In 2009 is er borstkanker bij haar vastgesteld, waardoor zij in de periode van een jaar lichamelijk "door de molen" is gehaald en is behandeld. In deze periode heeft er een reorganisatie op haar werk plaats gevonden, waardoor zij het gevoel heeft nu niet meer op haar plek te zitten. Tenslotte heeft in 2013 haar zus een beroerte gehad. Maaïke is nu mantelzorger voor haar zus.

Naar chronische pijn kijken vanuit het biopsychosociaal model

Het biopsychosociaal model is algemeen geaccepteerd als verklaringsmodel voor chronische pijn. Het verduidelijkt de complexe interactie van biologische, psychologische en sociale factoren (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007; Turk, 1996). Het model impliceert dat er geen lineair verband (meer) is tussen de oorzaak en het gevolg van de pijn, maar dat het draait om elkaar wederzijds beïnvloedende factoren. Het biologische, psychische en sociale functioneren van een persoon wordt gezien als een systeem. Een systeem streeft naar evenwicht (homeostase). Als pijn dit evenwicht verstoort heeft dat invloed op alle drie de factoren en beïnvloeden de factoren elkaar ook onafhankelijk van de pijn. De gevolgen van pijn hebben daardoor los van de oorspronkelijke pijn invloed gekregen op het functioneren van een persoon (Van der Meijden- van der Kolk & Bosscher, 2007).

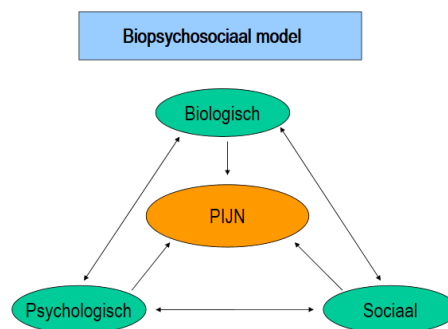


Fig. 1. Biopsychosociaal model

Psychische en biologische aspecten

Pijn is een persoonlijke ervaring en iedere pijn is daardoor uniek (Butler & Moseley, 2012). Het vertrouwen dat de persoon met pijn heeft in de eigen regulatiemogelijkheden van pijn wordt self-efficacy (SE) genoemd. De SE heeft invloed op de typische persoonlijke wijze van omgaan met pijn, pijn copingstrategieën genoemd (Jackson, Wang, Wang, & Fan, 2014). Bij chronische pijnklachten kan het voortduren of in stand houden van pijn gerelateerd zijn aan herstelbelemmerde copingstrategieën (Van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007; Peilot, Samuelsson, Mannheimer, & Sundler, 2014). Deze herstelbelemmerende strategieën en daarin aanwezige psychische en biologische aspecten worden toegelicht.

Op psychisch gebied wordt het denken beïnvloed door de ervaren pijn. Catastroferend denken is de overdreven negatieve oriëntatie op actuele of toekomstige pijnervaringen. Catastroferend denken over de pijn is een psychologisch construct gerelateerd aan het fear-avoidance model (Severeijns, Vlaeyen, & Van den Hout, 2004). Dit model veronderstelt dat catastroferende overtuigingen pijngerelateerde angst tot gevolg kan hebben. Door de pijngerelateerde angst is er een vergrote focus op pijnsignalen, hypervigilantie genoemd. Doordat pijnsignalen overheersen is er minder ruimte voor andere lichaamssignalen. De persoon ervaart steeds minder andere zintuiglijke waarnemingen dan pijn, wat een verstoring van de lichaamsbeleving tot gevolg kan hebben.

Pijngerelateerde angst kan leiden tot een patroon van structurele onderbelasting (“vermijders”) en/ of overbelasting (“bijters”). De pijngerelateerde angst kan samengaan met angst voor bewegen wat leidt tot vermijdinggedrag (“vermijders”). Bij “vermijders” wordt gespeculeerd dat de SE laag is. De persoon met pijn schat de eigen copingcapaciteit laag in en zal de situatie waarschijnlijk vermijden (Jackson et al., 2014). Het negeren van de pijn of doorgaan ondanks het voelen van pijn leidt tot overbelasting. De zogenoemde “bijters” houden zich vast aan het functioneringsniveau van voor de pijn, waardoor een ‘alles-of-niets’ patroon ontstaat. In het ‘alles’ vertonen zij overvragend gedrag op momenten van pijnvermindering. Ze gaan over grenzen heen totdat de pijn ondragelijk wordt. Daar op volgend ontstaat een pijntoename en onvermogen tot bewegen, waardoor ze in het ‘niets’ komen (Butler & Moseley, 2012; Van der Meijden- van der Kolk & Bosscher, 2007). Beide strategieën kunnen leiden tot een negatief zelfbeeld, inactiviteit, invaliditeit en depressiviteit. Deze gevolgen kunnen de pijn versterken en daarmee catastroferende overtuigingen bevestigen en de SE verlagen, waardoor er een vicieuze cirkel ontstaat (zie figuur 2) (De Boer, Steinhagen, Versteegen, Struys, & Sanderman, 2014; Turk & Wilson, 2010).

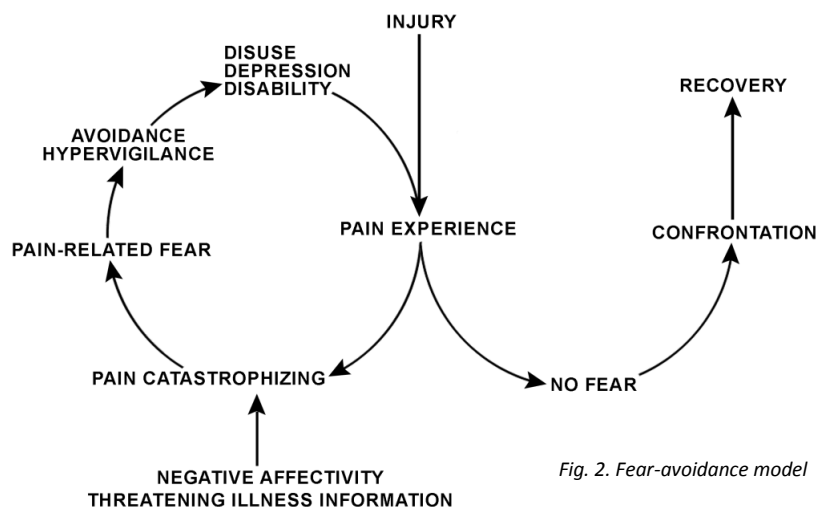


Fig. 2. Fear-avoidance model

Chronische pijn is een stressbron. Het lichaam reageert op pijn en gedachten aan een pijnstimulus door de fysiologische arousal te verhogen, wat het sympathisch zenuwstelsel activeert. Het sympathisch zenuwstelsel brengt het lichaam in actie. Het zorgt voor een spierspanningtoename, een verhoogde hartslag en ademhaling en de aanmaak van adrenaline. Bij aanhoudende pijn kan de continue activiteit van het sympathisch zenuwstelsel voor een verstoring van hormonale lichaamsprocessen zorgen. Het lichaam staat continue in een “fight-or-flight” reactie waardoor energiereserves op kunnen raken. Dit proces kan wederom (een toename van) pijn tot gevolg hebben. Door het aanhouden van de pijn en het te kort schietende copingrepertoire kunnen er secundaire lichamelijke klachten ontstaan zoals een verhoogde spierspanning en ademhaling- en spijsverteringsproblemen (Emck & Bosscher, 2008; Van der Meijden- van der Kolk & Bosscher, 2007). Door pijn verandert daarnaast het bewegingsgedrag en de lichaamshouding, wat ook tot (een toename van) pijn kan leiden (Van der Meijden- van der Kolk & Bosscher, 2007).

Een ander belangrijk biologisch proces is centrale sensitatie van het pijnsysteem. Door sensitatie komen pijndrempels in het centrale zenuwstelsel lager te liggen. Hierdoor wordt er pijn gevoeld bij prikkels die normaal niet pijnlijk zijn, zoals bewegen of aanrakingen (Woolf 2011; Latremoliere & Woolf, 2009). Centrale sensitatie wordt gekenmerkt door een verhoogde pijnrespons op pijnlijke stimuli (hyperalgesie), een afname van de pijndrempel voor niet pijnlijke prikkels (allydonia) en een pijntoename bij spontane activiteiten (Lumley et al., 2011).

Sociale aspecten:

Op sociaal gebied kan de balans tussen de persoon met pijn en zijn omgeving verstoord raken. In deze verstoringen staan pijngedragingen meer centraal dan de pijn op zich. Pijngedragingen zijn alle gedragingen waaruit een buitenstaande kan afleiden dat er sprake is van pijn. Het vermijden van (sociale) activiteiten is een vorm van pijngedrag, wat tot gevolg kan hebben dat iemand steeds meer geïsoleerd raakt. Door het vragen om hulp of het tonen van de pijn via bijvoorbeeld een zucht, wrijven of aangepast bewegen kan de relatie met de omgeving met pijn beladen worden. Het kan zijn dat de omgeving veel activiteiten uit handen gaat nemen, waardoor de inactiviteit toeneemt (Turk, 1996). In de dagelijkse praktijk wordt daarnaast ook vaak gezien dat de persoon met pijn geïsoleerd raakt omdat de omgeving zich terugtrekt, omdat zij de pijn en de gevolgen van de pijn niet begrijpen.

Door hypervigilantie is er minder ruimte voor andere belevingen. Het minder kunnen beleven en het (mogelijk) ervaren van depressieve gevoelens kunnen ervoor zorgen dat de behoefte aan aanraking, intimiteit en seksualiteit afnemen (Van der Meijden- van der Kolk & Bosscher, 2007). De impact van pijn op het sociaal functioneren kan het sterker ervaren van pijn tot gevolg hebben.

Maaïke beschrijft zichzelf als een “doordouwer” (“bijter”). In haar werk als verpleegkundige heerst een “doorgaan cultuur”. Het lukt haar om door te gaan door de pijn te negeren. Maaïke stopt als haar doel bereikt is (“alles”). Steeds vaker loopt Maaïke tegen haar fysieke grenzen aan. De ervaren beperkingen leveren stress op. Er is continu een verhoogde spierspanning en onrust in haar lichaam aanwezig (biologisch). Inmiddels ontdekt Maaïke elke dag die aanbreekt opnieuw dat de pijn nog aanwezig is. De continue pijn put Maaïke uit. Haar energiereserves nemen af, waardoor zij zich “dodelijk” vermoeid voelt. De spanning en vermoeidheid lopen regelmatig zo hoog op dat Maaïke letterlijk door haar benen zakt en alleen nog maar kan huilen (“niets”).

Maaïke heeft het gevoel steeds te falen, dit maakt haar gefrustreerd en boos. Zij piekert voortdurend over het heden en de toekomst: “Zal het nog beter worden”? Deze gedachten maken haar keer op keer somber, machteloos en verdrietig (psychisch). Sporten en überhaupt het leveren van inspanning zorgen voor een toename van pijn en vermoeidheid. Om deze reden is ze volledig gestopt met bewegen. Ze heeft geen rust om ontspannende of (voorheen) plezierige activiteiten als tuinieren en gitaar spelen uit te voeren. Maaïke onttrekt zich steeds meer uit sociale activiteiten, die zij ervaart als pijn toenemende verplichtingen (sociaal). Maaïke geeft zichzelf voor 100% op haar werk en isoleert zichzelf bij thuiskomst. Ze heeft geen behoefte meer aan de aanrakingen van haar partner. Door toenemende gevoelens van somberheid, angst en schuld wordt Maaïke bevestigd in haar overtuiging “het zal nooit meer beter worden”. Op aanraden van de huisarts meldt Maaïke zich aan bij Vitaalpunt, een tweedelijns GGZ- instelling.

Psychomotorische therapie en chronische pijn

Psychomotorische therapie (PMT) is een non-verbale psychotherapie, waarbij er geëxperimenteerd wordt met lichaams- en bewegingservaringen voor bij de cliënt belangrijke participatiegebieden. PMT is een experiëntiële therapievorm, waarin de ervaring de essentie van

de therapie is. Er wordt een lichaams- of bewegingsgerichte ervaring opgedaan wat de basis vormt voor het beïnvloeden van gevoelens, gedachten en gedrag aansluitend op de hulpvraag van de cliënt. De kracht van de PMT is het verbinden van denken, voelen en handelen. In de dagelijkse praktijk is zichtbaar dat in eerste instantie de bewustwording van eigen copingstrategieën (“automatische patronen”) op de voorgrond staat. Deze bewustwording vormt de basis om aan een gedragsverandering bij te kunnen dragen. Het doel van PMT is het bijdragen aan of tot stand brengen van een gedragsverandering, waardoor de psychische klacht vermindert of verdwijnt (Hekking & Fellingner, 2011; NVPMT, 2009).

In een rapport van de Regieraad voor de Kwaliteit van Zorg (RKZ) over chronische pijn zijn aanbevelingen gedaan voor het besteden van aandacht aan beleving en gedrag. Binnen de pijnrevalidatie staat de volgende doelstelling centraal: het verbeteren van de kwaliteit van leven door het zelfstandig om leren gaan met pijn en de gevolgen voor het dagelijks leven. Om deze doelstelling te bereiken wordt de behandeling in vier clusters ingedeeld: het activiteitsniveau optimaliseren, anders leren denken en voelen, anders doen en verbeteren van stoornissen in functies (zoals fysieke-, slaap- en stemmingsstoornissen). Er wordt multidisciplinair aan deze doelstelling gewerkt met een combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden (Köke, et al., 2004; Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland [WPN], 2013). Van der Maas et al. (2015) tonen aan dat het toevoegen van PMT aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling van pijn een significante verbetering van het lichaamsbewustzijn en een vermindering van catastroferen oplevert (Van der Maas et al., 2015). Vanuit de bovenstaande literatuur kan gesuggereerd worden dat PMT een meerwaarde heeft binnen het cluster anders denken en voelen.

Om de rol van de PMT binnen chronische pijn nader te specificeren wordt er bij de vier zwaarteniveaus van chronische pijn stilgestaan, geclassificeerd door de Werkgroep Pijn Nederland (WPN). Bij de eerste twee niveaus spelen sociale en psychische factoren (nog) geen onderhoudende rol voor de pijnklachten. Bij het derde en vierde niveau zijn de sociale en psychische factoren (zeer) complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol. Het verbeteren van het psychisch welbevinden is hierbij een belangrijk doel (WPN, 2013). Aansluitend op de WPN-niveaus wordt er in de literatuur een onderscheid gemaakt tussen “low fear” en “high fear” bij pijncliënten (Turk & Wilson, 2010). Bij “high fear” is de fear avoidance (vicieuze) onderhoudende cirkel zichtbaar (zie figuur 3).

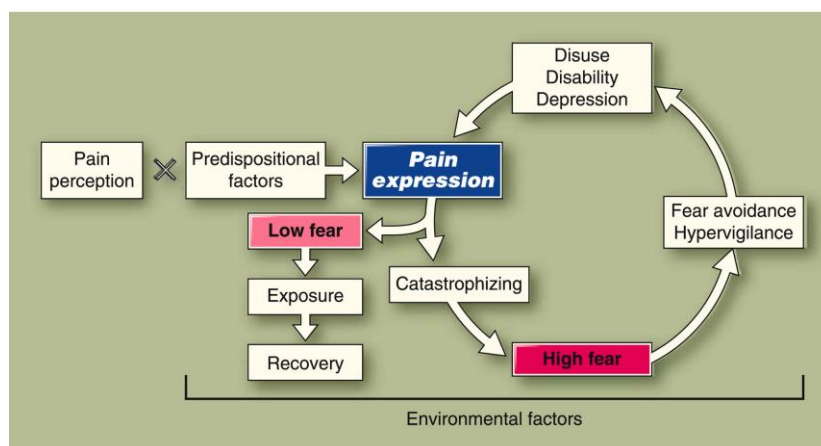


Fig. 3. “High fear” en “low fear” in het fear-avoidance model

Door de literatuur met bevindingen vanuit de dagelijkse PMT praktijk te koppelen is er te suggereren dat de “high fear” pijncliënten onder niveau 3 en 4 van de WPN classificatie vallen. De integratie van lichamelijk, psychische en sociale aspecten van het functioneren is een belangrijk doel bij “high fear” pijncliënten en het derde en vierde WPN-niveau. In de PMT staat het herstellen van de verstoorde balans tussen deze drie aspecten centraal (Emck & Bosscher,

2008), wat PMT tot een geschikte behandelvorm bij in ieder geval derde en vierde niveau pijnklachten maakt.

Psychomotorische therapie in de behandeling van chronische pijn

Binnen Vitaalpunt wordt er gewerkt met een multidisciplinair team in de behandeling van chronische pijn. Er worden cliënten vanuit het derde en vierde WPN-niveau behandeld. De doelstellingen en thema's binnen de PMT zijn afgestemd met andere disciplines. De thema's van de PMT'er zijn gericht op het leren kennen van stresssignalen en leren ontspannen; het verkennen, herkennen en erkennen van lichaamssignalen, lichaamsbewustzijn en lichaamsgrenzen; het communiceren over grenzen naar de omgeving; het voelen en leren omgaan met emoties en het herwinnen van vertrouwen en plezier in bewegen en het lichaam. Binnen de PMT is er aandacht voor de clusterdoelstellingen anders denken, voelen en doen.

In de eerste fase van de behandeling worden de context, de persoonlijke copingstrategie en daartoe uitlokkende factoren onderzocht om op de juiste manier bij de cliënt aan te kunnen sluiten (Butler & Moseley, 2012; Peilot et al., 2014). De behandelinstek en daarbij horende thema's worden aansluitend daarop per cliënt afgestemd.

Centraal in de behandeling verdienen de in stand houdende factoren van het fear avoidance model (zie figuur 3), catastrofen (denken) en hypervigilantie (voelen), aandacht. De persoonlijke, vicieuze, in stand houdende cirkel dient doorbroken te worden en er zullen adaptieve (pijn)copingstrategieën aangeleerd worden (Van de Meijden- van der Kolk & Bosscher, 2007). Om hypervigilantie te reduceren staat de pijn op zichzelf niet (meer) centraal in de behandeling. De behandeling is niet gericht op pijnreductie (Buhrman, et al. 2013), maar gericht op het functioneren met de pijn (WPN, 2013; Butler & Moseley, 2012).

Het opdoen van bewegings- en lichaamsgerichte ervaringen staat centraal binnen de PMT. De PMT'er construeert en manipuleert bewegingssituaties 'op maat', waarin de therapeutische doelstelling van de cliënt gerealiseerd kan worden (Emck & Bosscher, 2008). De PMT'er richt zich op het opdoen van succeservaringen richting het gewenste gedrag. Vanuit de literatuur is bekend dat directe succeservaringen het zelfvertrouwen om met chronische pijn om te gaan vergroten (Jackson et al., 2014) en invloed uitoefenen in het uitdagen van catastroferende gedachten (Bandura, 1997). Succeservaringen spelen daarmee een rol in het doorbreken van de (in stand houdende) cirkel. Pijneducatie wordt als methode gebruikt om overtuigingen die samenhangen met de herstelbelemmerende coping uit te dagen. Kennis over de fysiologie achter pijn vermindert de angst voor pijn (Moseley, Nicholas & Hodges, 2004). Moseley (2004) en De Jong et al. (2005) beschrijven het belang van een combinatie tussen pijneducatie en gedragsexperimenten, om catastroferende interpretaties en de gevolgen van een activiteit uit te dagen (De Jong, Vlaeyen, Onghena, Goossens, Geilen, & Mulder, 2005; Moseley 2004). Bij Vitaalpunt geeft een PMT'er de pijneducatie, waarbij het vergroten van inzicht in de in stand houdende cirkel van pijn gecombineerd wordt met succeservaringen richting gewenst gedrag. Het ervaren gevoel van zelfcontrole over de pijn (SE) neemt toe door deze manier van educatie geven (Jackson et al., 2014). Vanuit de dagelijkse praktijk en vanuit eigen ervaringen wordt bevestigd dat het bewust worden en begrijpen waarom je doet zoals je doet een belangrijke fase is in het komen tot een gedragsverandering. Het heeft invloed op je zelfvertrouwen en vormt een basis om te experimenteren met het vergroten van je flexibility of behaviour. Dit draagt bij aan het effectief copen.

Door het opdoen van (andere) ervaringen ontdekken cliënten dat er naast de pijn meer en andere lichaamssignalen zijn waar te nemen. Het lichaamsbewustzijn wordt vergroot, waardoor de selectieve aandacht voor pijn verbreed door het waarnemen van een groter arsenaal aan lichaamssignalen. Er wordt in de behandeling stil gestaan bij het zonder oordeel voelen en benoemen van lichaamssignalen (voelen). Mindfulness is een manier om gedachten, lichaamssignalen, emoties en gedrag bewust, met een brede aandacht en neutraal te observeren. Automatische psychologische reacties op de ervaringen worden vermindert. Niet de ervaring zelf verandert, maar de manier van observeren en reageren op de ervaring. Het meer

gebalanceerd, minder geautomatiseerde en realistische contact met situaties leidt tot effectiever handelen. Door mindfulness kan de houding en beleving van de pijn en daarmee de impact van de pijn beïnvloed worden. Het vergroten van het lichaamsbewustzijn en het verbreden en zonder oordeel voelen en benoemen van lichaamssignalen reduceert de hypervigilantie (McCracken, Gauntlett-Gilbert, & Vowles, 2007). Er is daarnaast aangetoond dat cliënten die hoog op mindfulness scoren minder pijn, emotionele stress, depressie, psychosociale beperkingen en beperkingen in activiteiten ervaren en hun pijn meer accepteren dan cliënten die lager scoren op mindfulness (McCracken et al., 2007; Schütze, R., Rees, Preece, Schütze, M., 2010).

Cliënten leren lichaamssignalen op een realistische manier interpreteren. Hierdoor wordt het catastroferen over lichaamssignalen positief beïnvloed (denken). Het verbrede, niet oordelende waarnemen van lichaamssignalen helpt de cliënt bij het maken van effectieve keuzes ten aanzien van zijn handelen, waardoor het vermijdingsgedrag zal afnemen (doen) (Van der Maas, Engelen, Huizinga, Thijssen, Miedema, & Mars, 2014).

Maaïke doorloopt een intake- en observatietraject met de psychomotorisch therapeut. In dit traject wordt er duidelijk dat Maaïke haar eigen lat hoog legt. Maaïke stelt zichzelf op dit moment, niet-realistische doelen. Maaïke is zich niet bewust van (de nuancering in) haar lichaamssignalen. Het doel in haar hoofd is haar drive en ze gaat voor 100% om dit te bereiken. In een doseeroefening komt naar voren dat Maaïke weinig verschil kan aanbrengen in de gradaties tussen 0% en 100%.

Maaïke gaat over grenzen en overbelast zichzelf doordat zij activiteiten uitvoert met haar "denken" en niet stilstaat bij de nuancering van lichaamssignalen ("voelen"). Als Maaïke een onaangenaam lichaamssignaal opmerkt gaat ze nog harder en sneller werken om dit gevoel uit de weg te gaan. Als haar lichaam op een gegeven moment bezwijkt en haar doel nog niet bereikt is, doet Maaïke een faalervaring op. Haar lichaam is hierdoor steeds meer haar "vijand" geworden. De gedachte te falen maakt haar boos en gefrustreerd en haar drive tot presteren zakt in. In het "niets" ontstaan er schuldgevoelens naar haar partner, ouders en vrienden. Maaïke zit in een vicieuze cirkel waar somberheid op volgt. Zij ziet geen einde meer aan de tunnel.

Maaïke komt onder behandeling bij een fysiotherapeut, psycholoog en PMT'er. Binnen de PMT staan de volgende doelen centraal:

- *Het verkennen, herkennen en erkennen van grenzen aan de hand van lichaamssignalen.*
 - *Het communiceren over grenzen naar haar omgeving.*
- *Leren ontspannen en tijd en ruimte innemen voor zichzelf.*
 - *Het weer ervaren van vertrouwen in haar lichaam.*

Conclusie

Chronische pijn komt bij 1 op de 5 volwassenen in Nederland voor. Het heeft een grote impact op de kwaliteit van leven van de betreffende persoon en brengt hoge directe en indirecte kosten met zich mee in de gezondheidszorg. Chronische pijn is hiermee een groot gezondheidsprobleem. Om chronische pijn te begrijpen verduidelijkt het biopsychosociaal model de complexe interactie tussen biologische, psychische en sociale factoren, die door herstelbelemmerende copingstrategieën invloed kunnen hebben op het voortduren of in stand houden van pijn. Binnen de PMT wordt er bij de individuele cliënt aangesloten door de copingstrategie, uitlokkende en in stand houdende factoren eerst te onderzoeken. Naar aanleiding hiervan worden er lichaam- en bewegingsgerichte situaties 'op maat' geconstrueerd om de cliënt directe succeservaringen op te laten doen richting gewenst gedrag. De ervaringen richten zich op het vergroten van het lichaamsbewustzijn en het oordeelvrij waarnemen van lichaamssignalen (voelen). Door het realistisch interpreteren van lichaamssignalen

vermindert catastroferend denken over de pijn (denken), wat bijdraagt aan het maken van effectievere keuzes over het handelen, waardoor vermijdingsgedrag vermindert (handelen). In de dagelijkse praktijk heeft de kracht van de PMT, het integreren van denken, voelen en handelen, een belangrijke meerwaarde in de behandeling van chronische pijn. In de literatuur is er reeds onderzoek gedaan die deze meerwaarde lijkt te bevestigen. Het dient echter aanbeveling om de meerwaarde van PMT nader te onderzoeken om de draagkracht te vergroten.

Literatuur:

- Achterberg, W.P., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Liperoti, R., Noro, A., Frijters, ... Ribbe, M.W. (2010). Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain*, 148, 70-74.
- Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- Bekkering, G., Bala, M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, ... Kleijnen, J., (2011). Epidemiology of chronic pain and its treatment in the Netherlands. *The Netherlands Journal of Medicine*, 69;141-53.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Galacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergstrom, K., Gordh, T., Hursti, T., ... Andersson, G. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(6), 307-315.
- Butler, D. & Moseley, L. (2012). *Begrijp de Pijn*. Adelaide, Australia: Noigroup Publications.
- De Boer, M.J., Steinhagen H.E., Versteegen G.J., Struys, M.M.R.F., & Sanderman, R. (2014). Mindfulness, Acceptance and Catastrophizing in Chronic Pain. *PLoS One*, 9(1). doi: 10.1371/journal.pone.0087445
- De Jong, J., Vlaeyen, J., Onghena, P., Goossens, M., Geilen, M., & Mulder, H. (2005). Fear of movement/ (re)injury in chronic low back pain: education or exposure in vivo as mediator to fear reduction? *Clinical Journal of Pain*. 21(1), 9-17.
- Emck, C. & Bosscher, R.J. (2008). Psychomotorische therapie bij chronisch somatische aandoeningen. In J. De Lange & R.J. Bosscher (Red.), *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp. 1-23). Amsterdam: Boom.
- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N., & Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624.
- Hekking, P. & Fellingner, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom.
- Jackson, T., Wang, Yalei, Wang, Yang, & Fan, H., (2014). Self-Efficacy and Chronic Pain Outcomes: A Meta-Analytic Review. *The Journal of Pain*, 15(8): 800-814.
- Köke, A., Swaan, J., Brouwers, M., Heuts, P., Schiphorst Preuper, H., Smeets, R., & Vlaeyen, J. (2004). Resultaten van het consensusproject Pijnrevalidatie Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Pijnbestrijding*, 20:13-7.
- Lambeek, L.C., van Tulder, M.W., Swinkels, I.C.S., Koppes, L.L.J., Anema, J.R., & van Mechelen, W. (2011). The Trend in Total Cost of Back Pain in the Netherlands in the Period 2002 to 2007. *Spine*, 36(13), 1050-1058. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181e7048810.
- Latremoliere, A., & Woolf, C. (2009). Central Sensitization: A Generator of Pain Hypersensitivity bij Central Neural Plasticity. *Journal of Pain*, 10(9), 895-926. Doi: 10.1016/j.jpain.2009.06.012.

Lumley, M.A., Cohen, J.L., Borszcz, G.S., Cano, A., Radcliffe, A.M., Porter, L.S., & Keefe, F.J. (2011). Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent Research. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 942-968. doi: 10.1002/jclp.20816

McCracken, L., Gauntlett-Gilbert, J., Vowles, K.E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, 131(1-2):63-9.

Merksey, H., & Bogduk, N., (1994, 2^e editie). *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.

Miller L., & Cano A. (2009). Comorbid chronic pain and depression: who is at risk? *Journal of Pain*, 10:619-27.

Moseley, G.L., (2004) Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 8, 39-45.

Moseley, G.L., Nicholas M.K., & Hodges P.W. (2004), A randomized controlled trial of intensive neurophysiology education in chronic low back pain. *Clinical Journal of Pain*, 20(5), 324-330.

Nederlandse Vereniging Psychomotorische Therapie, (2009). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Geraadpleegd 6 mei 2015, nvpmt.tweedledum.eu/wp-content/.../10/beroepsprofiel-pmt-2009.doc

Nesse, R., & Ellsworth, P. (2009) Evolution, emotions, and emotional disorders. *American Psychologist*, 64, 129-139.

Peilot, B., Samuelsson, A., Mannheimer, C., & Sundler, A. (2014). Time to gain trust and change – Experiences of attachment and mindfulness-based cognitive therapy among patients with chronic pain and psychiatric co-morbidity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2014, 9: 24420. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.24420>.

Picavet, H.S., & Hoeymans, N. (2004). Health-related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Annals of Rheumatic Diseases* 63, 723-729.

Schütze, R., Rees, C., Preece, M., Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148, 120-127.

Severeijns, R., Vlaeyen, J., & Van den Hout M., (2004). Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain*, 111, 226-229.

Turk, D. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In R. Gatchel & D. Turk (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.

Turk, D., & Wilson, H., (2010). Fear of Pain as a Prognostic Factor in Chronic Pain: Conceptual Models, Assessment, and Treatment Implications. *Current Pain and Headache Reports*, 14(2), 88-95. Doi: 10.1007/s11916-010-0094-x.

Van der Maas, L., Engelen, B., Huizing, H., Thijssen, I., Miedema, J., & Mars, D., (2014). *Voelen, interpreteren en handelen. Psychomotorische therapie ter bevordering van het effectief functioneren in het dagelijks leven met chronische pijn*. Zorgprogramma/ werkveld: Revalidatie, chronische pijn.

Van der Maas, L., Köke, A., Pont, M., Bosscher, R., Twisk, J., Janssen, T., & Peters, M. (2015). Improving the Multidisciplinary Treatment of Chronic Pain by Stimulating Body Awareness: A Cluster-randomized Trial. *Clinical Journal of Pain*, 31(7): 660-9. Doi: 10.1097/AJP.000000000000138.

Van der Meijden-van der Kolk, H. & Bosscher, R.J. (2007). *Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn. Een methodisch raamwerk*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.

Van Eerd, D., Côté, P., Kristman, V., Rezai, M., Hogg-Johnson, S., Vidmar, M., & Beatson, D. (2011). The course of work absenteeism involving neck pain: a cohort study of ontario lost-time claimants. *Spine*, 36, 977-982.

Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (2013). *Behandelkader pijnrevalidatie. Revalidatiegeneeskundige behandeling van patiënten met pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat.* Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_pijnrevalidatie_2013.pdf op 25-07-2015 om 12.01u.

Woolf, C. (2011). Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3), S2-15. Doi: 10.1016/j.pain.2010.09.030.