

Patiënten met specifieke pijn beter helpen

Over de complexe relatie tussen pijn en motivatie



Vincent Kortleve

V. Kortleve, fysiotherapeut, manueel therapeut, MA Psychologie; trainer/docent bij Viaperspectief, auteur van het leerboek 'Fysiotherapeutische gespreksvoering'; e-mail: info@viaperspectief.nl

Samenvatting

Het beïnvloeden van de motivatie van de patiënt met musculoskeletale pijn is een uitdagend proces. Om de relatie tussen pijn en motivatie te begrijpen zijn verschillende concepten en modellen uit de (gezondheids)psychologie van dienst: het 'stages of change'-model en ambivalentie, het 'common sense'-model, zelfeffectiviteit, conditionering en de 'self determination theory'. Het beïnvloeden van de pijn en de motivatie van de patiënt, onder meer door middel van gespreksvoering, is als het ontrafelen van een ingewikkelde knoop. De fysiotherapeut begint samen met de patiënt zijn gezondheidsprobleem en zijn gedachten en gevoelens in relatie tot zijn motivatie tot bewegen te exploreren. Vervolgens reikt hij de patiënt een begrijpelijk en individueel verklaringsmodel aan, laat deze uitleg ervaren en komt ten slotte met de patiënt tot een plan van aanpak. De gespreksstijl wordt hierbij telkens vormgegeven op basis van de drie elementen van de self determination theory: autonomie, competentie en verbondenheid.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- ◆ kunt u de relatie tussen (musculoskeletale) pijn en motivatie begrijpen, uitgaande van enkele concepten en modellen: het stages of change-model en ambivalentie, het common sense-model, zelfeffectiviteit, conditionering en de self determination theory;
- ◆ kunt u beschrijven hoe ziektepercepties met betrekking tot pijn te exploreren zijn in relatie tot de motivatie van de patiënt;
- ◆ kunt u beschrijven hoe musculoskeletale pijn te beïnvloeden is vanuit de gespreksvoering;
- ◆ kunt u een stappenplan beschrijven binnen het fysiotherapeutische handelen om de relatie tussen pijn en motivatie te beïnvloeden.

Inleiding

Iedere zorgprofessional die werkt met mensen met musculoskeletale pijn, herkent het wel. Je hebt zojuist de patiënt uitgelegd dat de pijn die hij voelt niet ernstig is, dat er geen beschadiging aan de orde is en dat het verstandig is om zoveel mogelijk normaal en regelmatig te bewegen. De patiënt knikt begrijpend en lijkt opgelucht. Even later vertrekt de patiënt zijn gezicht van de pijn omdat een forse pijscheut hem de adem beneemt terwijl hij zo normaal mogelijk probeert te bewegen. Vertwijfeld kijkt de patiënt je aan: 'Ah, het doet zo zeer hè!' Wijzend op het pijnlijke gebied zegt hij: 'Kijk, deze plek is het. Daar moet toch iets helemaal niet goed zitten. Weet u zeker dat er niets stuk is?'

Dit voorbeeld illustreert dat de patiënt het mogelijk wel wil begrijpen, maar het hem eenvoudigweg niet lukt: hij wordt 'ingehaald' door de krachtige perceptie van pijn. Haat (pijn) en liefde (motivatie) kunnen niet naast elkaar bestaan, zo lijkt het. Tegelijkertijd zijn er in de praktijk genoeg situaties waarbij het wel lukt de patiënt gerust te stellen, waarbij haat

en liefde, pijn en motivatie, dus wel met elkaar samengaan. En waarbij ze elkaar zelfs in positieve zin versterken, zoals in de (top)sport.

In dit artikel wordt ingegaan op de ingewikkelde relatie tussen motivatie en pijn en wordt vanuit bestaande modellen getracht de relatie tussen beide te ontvlechten en beter te begrijpen. Dit alles met als doel om mensen met aan beweging gerelateerde pijn effectiever te kunnen helpen. Daartoe worden allereerst enkele modellen en begrippen (kort) besproken. Vervolgens worden de modellen en begrippen in een casus toegepast. Tot slot worden de consequenties voor de therapeutische gespreksvoering met de patiënt uitgewerkt.

Enkele relevante modellen en uitgangspunten

Om met de patiënt tot effectieve gedragsverandering te kunnen komen is het noodzakelijk de relatie tussen pijn en motivatie te begrijpen. Het wetenschappelijke onderzoek naar gedragsverandering staat bol van de modellen, concepten en begrippen die gedragsverandering in het algemeen beschrijven, of in situaties waarin leefstijl centraal staat. De relatie met pijn is daarin vaak onderbelicht. Een selectie van de bestaande modellen wordt in dit onderdeel toegelicht ten behoeve van een beter begrip van de relatie tussen pijn en motivatie. Deze selectie is gebaseerd op praktische toepasbaarheid, het domein van de fysiotherapeut en een goede wetenschappelijke basis, en is dus niet compleet en uitputtend.

Het concept 'pijn'

Alhoewel alweer ruim tien jaar 'oud', is het concept van pijn van Moseley modern te noemen.¹ Hij beschreef zijn visie op

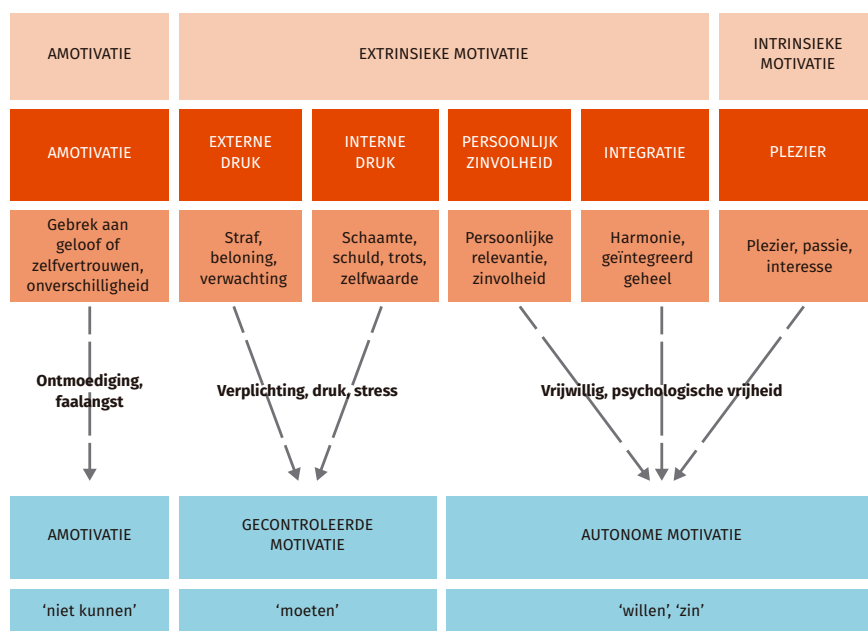
pijn in vier uitgangspunten, namelijk:

- pijn verschaft onvoldoende inzicht in de toestand van het weefsel;
- pijn wordt gemoduleerd door veel factoren: somatische, psychologische en sociale;
- de relatie tussen pijn en de toestand van de weefsels wordt minder voorspelbaar als pijn voortbestaat;
- pijn is te conceptualiseren als een bewustzijn (ervaring) dat gecorreleerd is aan de impliciete perceptie dat weefsel in gevaar is.

De beleving pijn ontstaat dus als de persoon denkt, voelt en ervaart dat het bewuste lichaamsdeel in gevaar is, bedreigd wordt. De implicaties hiervan zijn enorm. Te meer omdat hierbij acute en chronisch pijn niet meer worden gescheiden. Pijn is een ervaring die allerlei beschermingsmechanismen oproept. Vlaeyen en collega's hebben dit in het 'fear-avoidance model of pain' duidelijk gemaakt.² In het bewegen is dit in de periferie bijvoorbeeld te zien in de vorm van een terugtrekbeweging of sterke tonusopbouw in het pijnlijke lichaamsdeel. In het centrale zenuwstelsel is het fenomeen van sensitatisatie bekend (centraal of perifeer).^{3,4} Dit zijn uitstekende beschermingsmechanismen, zolang zij een doel dienen. Is het gevaar geweken of wordt gevaar gepercipieerd terwijl dit er feitelijk niet is, zoals in het geval van specifieke pijn, dan kunnen de genoemde beschermingsmechanismen weleens averechts gaan werken.

Het begrip 'motivatie'

Motivatie is een complex begrip en zeker niet in één alinea te beschrijven. Om toch te komen tot een handzaam werkconcept is het model van Ryan en Deci zeer bruikbaar.⁵ Het model (zie figuur 1) beschrijft drie vormen van motivatie: amotivatie, gecontroleerde motivatie en autonome motivatie. Voor duurzame gedragsveranderingen die 'van binnenuit' tot



Figuur 1. Model van amotivatie, gecontroleerde motivatie en autonome motivatie. (Naar Ryan & Deci, 2000, uit Aelterman, 2017.)⁵

stand komen is zogenaamde autonome motivatie noodzakelijk. Van autonome motivatie is sprake als:

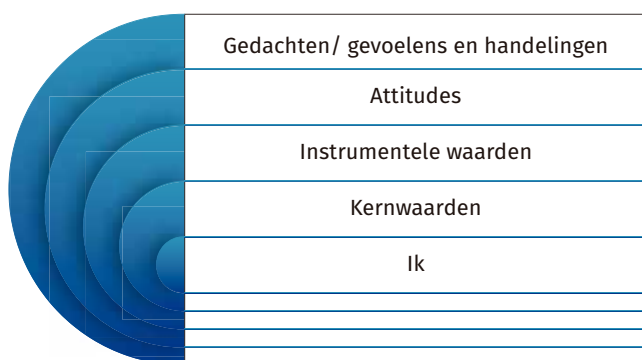
- de persoon in kwestie overtuigd is van de persoonlijke relevantie en zinvolheid van bepaald gedrag;
- de redenen voor bepaald gedrag een betekenisvolle relatie hebben met andere persoonlijke waarden en doelen en zodoende met elkaar geïntegreerd of vervlochten raken/zijn;
- de activiteit op zichzelf plezierig is, voortkomt uit persoonlijke interesse of passie.

Bij amotivatie en gecontroleerde motivatie is de kans op terugval veel groter omdat angst, gebrek aan vertrouwen, externe verplichting/druk/stress de drijfveren zijn.⁶⁻⁸ Het heeft daarom de voorkeur om, ook bij patiënten met musculoskeletale pijn, te streven naar autonome motivatie. De relatie tussen pijn en motivatie is als die tussen haat en liefde, water en vuur. Zelfs autonome motivatie voor een activiteit komt onder druk te staan als iemand pijn (ofwel dreiging) ervaart. Andersom zal het opbouwen van motivatie bij patiënten met pijn vaak niet zonder slag of stoot gaan. De pijn 'knaagt' aan de door de patiënt ervaren zinvolheid van bijvoorbeeld een oefening, mogelijk zelfs al in de anticipatie op de oefening.

Autonome motivatie is beter te begrijpen met behulp van de theorie van Milton Rokeach.⁹ Die beschrijft een gelaagdheid in de menselijke (autonome) motivatie (zie figuur 2). Met enige aanpassing ziet het model van Rokeach er als volgt uit, van oppervlakkig naar diep:

- Gedachten/ gevoelens en handelingen: de directe interactie met de omgeving.
- Attitudes: wat iemand vindt van allerlei dingen.
- Instrumentele waarden: de concrete standaarden waarmee iemand zichzelf en anderen evalueert.
- Kernwaarden: de belangrijkste doelen waarop een mens zijn leven richt.
- Ik: de identiteit.

De oppervlakkige lagen zijn in de dagelijkse praktijk te herkennen als een patiënt zegt dat hij de oefeningen die hem zijn aangereikt als zinvol ervaart omdat hij ervan overtuigd is dat deze zijn rug sterker of mobieler zullen maken (gedach-



Figuur 2. Gelaagdheid in de menselijke autonome motivatie, naar de theorie van Milton Rokeach.⁹

ten/gevoelens), of als de patiënt gelooft dat oefenen goed is tegen rugklachten (attitude). Lastiger wordt het bij de diepere lagen in het model, maar ook die zijn wel te herkennen. Bijvoorbeeld als de patiënt zegt dat hij vindt dat hij de adviezen van de fysiotherapeut moet opvolgen omdat hij weer snel aan het werk moet (instrumentele waarden: 'het hoort zo') of omdat de patiënt graag weer 2 km wil kunnen lopen zonder pijn zodat hij weer zelf zijn dagelijkse boodschappen kan doen en daarmee de regie in zijn leven terugkrijgt (kernwaarden: zelfregie). Identiteit ten slotte is te beluisteren in de uitspraak: 'Ik ben rugpijnpatiënt, dus dat gaat mij niet lukken'.

Het beïnvloeden van autonome motivatie bij pijn impliceert dat in het gesprek met en/of de hulp aan de patiënt 'verbinding wordt gemaakt' met de verschillende lagen in het model van Rokeach.

Ambivalentie en het stages of change-model

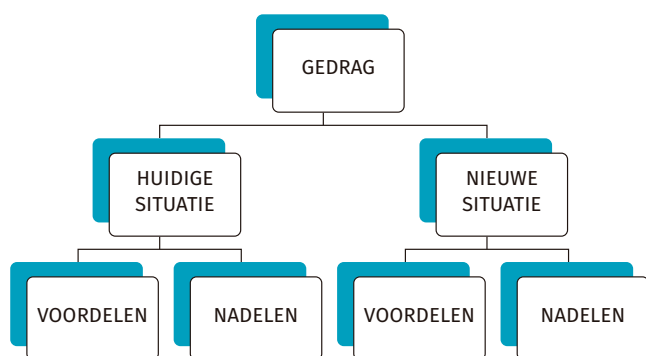
Een bekend model over gedragsverandering is het 'stages of change'-model. Het beschrijft dat gedragsverandering in fases verloopt. Een belangrijk concept binnen dit model is het concept van ambivalentie, dat wil zeggen de twijfel die ontstaat bij veel mensen die iets in hun gedrag, denken en voelen willen veranderen. Alhoewel de gedachte dat gedragsverandering in fases verloopt min of meer is verlaten, is ambivalentie als concept overeind gebleven.⁶ Ook als het gaat om gedragsverandering bij mensen met pijn is het een nuttig concept. Bij de bespreking van het concept 'motivatie' is al besproken dat pijn aan motivatie 'knaagt'. Met andere woorden: de patiënt kan bepaalde zaken snappen en daardoor gemotiveerd raken, maar de ervaring van pijn kan hem weer doen twijfelen aan de gekregen uitleg met als gevolg dat zijn motivatie afneemt.

Ambivalentie beschrijft de situatie waarin een persoon twijfelt tussen de huidige situatie en een nieuwe situatie. Tussen aan de ene kant wel willen maar aan de andere kant (nog) niet doen, tussen de voordelen van de verandering ambiëren maar de nadelen nog te sterk zien of ervaren om in actie te komen.

De gedachten en gevoelens van iemand die ambivalent is zijn schematisch weer te geven in vier onderdelen, zoals in figuur 3.⁶ De nadelen van de huidige situatie en de voordelen van de nieuwe situatie pleiten vóór gedragsverandering. Bekend is dat de patiënt met uitspraken hierover zijn eigen motivatie in positieve zin beïnvloedt. Dergelijke uitspraken worden positieve zelfspraak of verandertaal genoemd. De voordelen van de huidige situatie en de nadelen van de nieuwe situatie pleiten daarentegen tégen de gedragsverandering. Uitspraken van de patiënt hierover beïnvloeden zijn motivatie in negatieve zin. Deze uitspraken worden negatieve zelfspraak of behoudtaal genoemd.

De zelfspraak van de patiënt bevat allerlei gedachten en gevoelens met betrekking tot de aard en betekenis van het gezondheidsprobleem. Onder meer deze gedachten en gevoelens maken hem ambivalent, pleiten soms voor de verandering maar er soms ook juist tegen.

Ambivalentie



Figuur 3. Ambivalentie in schema.

Het 'common sense'-model

Het 'common sense model or self-regulation of health and illness' is in 1980 gepubliceerd door Leventhal en collega's.^{10,11} Interessant in relatie tot het concept 'pijn' is dat Leventhal en collega's het model in eerste instantie omschreven als het 'common sense model of illness danger'. Dat kan geen toeval zijn! Dit model is in Nederland vooral bekend geworden vanwege de zogenaamde ziektepercepties die deel uitmaken van het model. Deze ziektepercepties, de persoonlijke gedachten van de patiënt over zijn gezondheidsprobleem, worden meestal weergegeven als een vijftal vragen:¹²

- Wat heb ik?
- Wat is de oorzaak?
- Hoe lang gaat het duren?
- Wat zijn de consequenties?
- Hoe kan ik het onder controle krijgen?

Het common sense-model bestaat echter uit meer dan deze vijf cognitieve representaties (figuur 4). Naast cognitieve representaties ontstaan ook altijd emotionele representaties: gevoelens met betrekking tot het gezondheidsprobleem. Zowel de cognitieve als de emotionele representaties resulteren in copinggedrag. Dit gedrag heeft uiteindelijk een positief, neutraal of negatief effect ('outcome') op het gezondheidsprobleem. Het is een kleine, maar essentiële stap om te veronderstellen dat pijn, ofwel de ervaring van gevaar, de emotionele inkleuring van het gezondheidsprobleem al snel negatief maakt, zeker als dit langer aanhoudt of beperkt reageert op persoonlijke oplossingen. En dat een negatieve inkleuring, emotioneel of cognitief, synoniem is met 'dreiging'. Het ontstaan van catastroferende gedachten en gevoelens ligt dan in de lijn der verwachting. Bij de bespreking van het concept 'pijn' werd al aangegeven dat pijn allerlei beschermingsmechanismen oproept. Het lijkt alsof catastroferende gedachten en gevoelens daar ook een gevolg van zijn. Het lichaam wil immers, als de pijn voortduurt, zijn 'beschermingsmechanismen' sterker maken. En dat is precies wat catastroferende gedachten en gevoelens doen. Helaas is dit bij veel musculoskeletale pijn in de meeste gevallen nadelig omdat er geen of weinig schade is, bewegen wenselijk is, maar de gedachten en gevoelens dit

bewegen juist in de weg staan. Het aanhouden van de pijn ligt dan voor de hand.

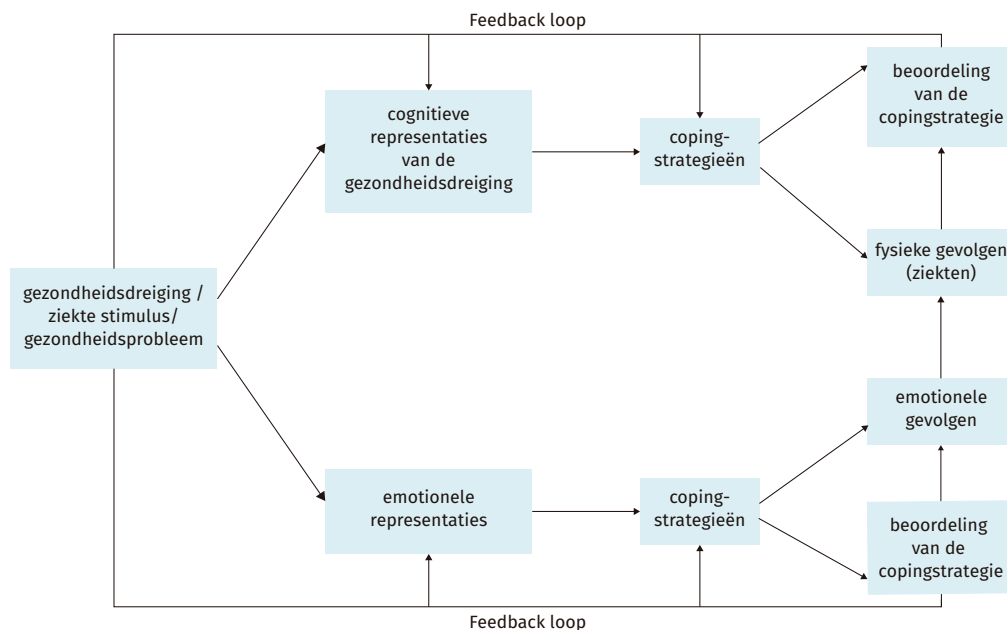
In gesprek met de patiënt is het goed dat de fysiotherapeut zich realiseert dat achter veel van de uitspraken van patiënten met betrekking tot hun ziektepercepties diepere gedachten/gevoelens, attitudes en/of waarden schuilgaan. Gedachten en gevoelens die de patiënt niet meteen prijsgeeft, voor een deel omdat hij zich er niet van bewust is en ze niet kan verwoorden. Want wat bedoelt de patiënt eigenlijk als hij zegt 'mijn rug kan dat niet aan' of 'mijn rug is versleten'? En ook: wat betekent het als de patiënt zegt dat hij 'graag weer snel op zijn fiets naar zijn werk wil' (positieve zelfspraak)? Welke instrumentele of kernwaarde realiseert hij hiermee? Het loont de moeite van het luisteren om op zoek te gaan naar de diepere betekenis van deze uitspraken, te meer omdat daar vaak de sterkere drijfveren en motieven worden gevonden.

Luisteren betekent hier onbevooroordeeld zijn, open vragen stellen en de patiënt helpen de dingen onder woorden te brengen die hij bij zijn eigen uitspraken denkt en voelt door middel van 'reflecties'. De reflecties komen voort uit de empathie van de therapeut en vormen aanvullingen op wat de patiënt probeert onder woorden te brengen, wat hij bedoelt te zeggen maar niet zegt. De reflecties proberen telkens iets verder de diepte in te gaan. Reflecties op de uitspraak 'mijn rug kan dat niet aan' zouden kunnen zijn: 'je rug voelt daar niet sterk genoeg voor?' of: 'je rug voelt zwak?' Hierdoor helpt de therapeut de patiënt de diepere betekenis van zijn percepties te realiseren vaak beter en sneller dan met open vragen. Verder heeft een reflectie die als intentie heeft de patiënt beter te begrijpen en de patiënt te helpen zichzelf beter te begrijpen, een positief en krachtig effect op de samenwerkingsrelatie doordat de patiënt ervaart dat de therapeut zijn uiterste best doet zijn wereld van binnenuit te begrijpen.

Leventhal en collega's geven in feite aan dat het belangrijk is dat patiënten hun gezondheidsprobleem begrijpen en er een goed gevoel over hebben zodat de dreiging die er blijkbaar vanuit gaat, afneemt. Uitleg op maat, geruststelling zonder te bagatelliseren en ervaren wat er aan de hand is en hoe het op te lossen is zijn hierin dus belangrijke interventies.

Zelfeffectiviteit

Zelfeffectiviteit ('self-efficacy') is een concept dat in verschillende gedragsveranderingsmodellen een plaats heeft gekregen.¹⁴ Zelfeffectiviteit is de inschatting van de persoon met betrekking tot zijn kans van slagen; het vertrouwen in eigen kunnen om specifiek gedrag in een specifieke situatie te kunnen vertonen. Een lage verwachting van de eigen effectiviteit, dus weinig vertrouwen in de eigen kans van slagen, voorspelt vaak falen. Een hoge zelfeffectiviteit voorspelt veelal succes. Bij veel patiënten met recidiverende pijnklachten of met chronische pijnklachten is de zelfeffectiviteit laag.^{15,16} Daaraan ten grondslag liggen waarschijnlijk negatieve gedachten en gevoelens met betrekking tot het gezondheidsprobleem (zie het common sense-model).



Figuur 4. Overzicht van het common sense-model.¹³

Om zelfeffectiviteit te borgen of te versterken is het van belang om als fysiotherapeut positieve verwachtingen te hebben over het vermogen van de patiënt om te veranderen. Het benoemen van helpende eigenschappen en positieve intenties van de patiënt past in deze strategie, net als oplossingen die de patiënt aandraagt niet op voorhand afkeuren maar onbevooroordeeld onderzoeken en, na een heldere en op maat gegeven uitleg van het gezondheidsprobleem, samen met de patiënt op geschiktheid beoordelen.¹⁷

Conditionering

Conditionering is vooral bekend geworden door het werk van Pavlov: de zogenaamde klassieke conditionering.¹⁸ Klassieke conditionering ontstaat als een (neutrale) voorwaardelijke prikkel, zoals een geluidssignaal, wordt gevolgd door een onvoorwaardelijke prikkel, zoals een elektrische schok die pijn oproept. Na enige tijd zal de reactie op de onvoorwaardelijke prikkel, de pijn dus, ook ontstaan na het geluidssignaal en zonder de elektrische schok. Thorndike en Skinner werkten later de zogenaamde operante conditionering uit:¹⁹ dit is het leerproces waarbij een respons in een bepaalde context gevolgd wordt door een bekrachtiger of bestraffer. De bekrachtiger vergroot de kans dat dezelfde respons in de toekomst weer zal optreden, een bestraffer verkleint deze kans. Placebo- en nocebo-effecten ontstaan waarschijnlijk (gedeeltelijk) op basis van operante conditionering.²⁰ De essentie van klassieke en operante conditionering is dat menselijk gedrag dat herhaaldelijk voorkomt, door het individu wordt geautomatiseerd. Met andere woorden: een mens ontwikkelt zo veel mogelijk automatische responsen op gebeurtenissen, waarschijnlijk vanuit een evolutionair principe: om energie te sparen. Ook de responsen op pijn

raken geautomatiseerd in motorische zin (gespannen bewegen om het pijnlijke gebied te beschermen, vermijden van de pijnlijke bewegingen) en ook in cognitief en emotionele zin (zoals negatieve gedachten en gevoelens m.b.t. het pijnlijke gebied).² Herinneringen aan pijn worden snel opgeroepen als een ervaren prikkel op een eerdere ervaring lijkt,²¹ ook al is er geen sprake van nocisensoriek.

Self determination theory

In de 'self determination theory' hebben Ryan en Deci de voorwaarden beschreven voor het ontstaan van autonome motivatie, namelijk:^{5,22}

- Autonomie: iemand raakt meer gemotiveerd als hij zelf aan de basis van gedrag staat en keuzemogelijkheden heeft.
- Competentie: iemand raakt meer gemotiveerd als hij ervaart dat zijn eigen gedachten, gevoelens en keuzes er mogen zijn, dat hij serieus genomen wordt, als hij (zelf)vertrouwen heeft en een gevoel van effectiviteit en bekwaamheid.
- Verbondenheid: goede en betekenisvolle relaties doen motivatie ontstaan en groeien, mede onder invloed van interactie met een bekwame hulpverlener.

Deze voorwaarden zouden ook in het gespreksklimaat gedurende het consult te herkennen moeten zijn. Dit is immers het moment dat de hulpverlener direct werkt aan het opbouwen van autonome motivatie bij de patiënt. Van belang is dat in iedere interactie met de patiënt en in elke actie van de therapeut aan deze drie voorwaarden wordt voldaan. Dat betekent onder meer dat uitleg nooit wordt gegeven zonder toestemming van de patiënt, immers autonomie is een centrale pijler. Ook wordt getracht de patiënt de antwoorden op zijn vragen zoveel mogelijk zelf te laten ontdekken om het gevoel van competentie te ondersteunen. Om de ambivalen-

tie met betrekking tot nieuw gedrag (of nieuwe kennis) te helpen verminderen kan positieve zelfspraak aan de patiënt worden ontlokt door middel van onder meer open vragen.

Hoe pijn en motivatie vervlochten zijn

Gezondheidsproblemen waarbij pijn een rol speelt, zijn veelal als ingewikkelde knopen. Complexe vlechtwerken van allerlei ambivalente gedachten en gevoelens, fysieke ervaringen (handelingen), attitudes, (kern)waarden en identiteit. Het helpen van patiënten bestaat eruit dat de fysiotherapeut samen met de patiënt dit ingewikkelde vlechtwerk ordent, en inzichtelijk en beïnvloedbaar maakt. Het gezamenlijke diagnostisch proces start in het anamnesegebesprek en loopt daarna verder in het lichamelijk onderzoek. Symptomen en signalen worden verzameld en geduid, gedachten en gevoelens van de patiënt verhelderd, (bewegings)gedrag tijdens handelingen geobserveerd en bewust gemaakt, relaties tussen klachten, symptomen, gedachten, gevoelens en gedrag geanalyseerd en uitgelegd.*

Het fysiotherapeutische (gespreks)klimaat

Om autonome motivatie voor een duurzame verandering op te bouwen is vanaf het eerste contact een gespreksklimaat noodzakelijk dat de patiënt autonomie geeft, het gevoel van competentie van de patiënt borgt en versterkt en waarin de patiënt verbondenheid ervaart (overeenkomstig de self determination theory) met zichzelf en de hulpverlener. Concreet betekent dit voor de fysiotherapeut:

- Voor het versterken van autonomie:
 - Geef de patiënt de regie. Als de patiënt niet weet wat te doen, vraag dan of je enkele suggesties mag doen.
 - Bied de patiënt keuzes. Als de patiënt geen keuze kan maken, onderzoek/vraag dan wat de patiënt nodig heeft om dit wel te kunnen.
 - Vraag toestemming voor de dingen die je doet.
 - Geef geen uitleg door te gaan overtuigen. Verken eerst de gedachten en gevoelens van de patiënt, vraag vervolgens toestemming om uitleg te geven en geef dan korte en heldere uitleg. Vraag ten slotte wat de patiënt vindt van de informatie die je hebt aangeboden.
- Voor het bevestigen en versterken van competentie:
 - Ga ervanuit dat iemand kan verbeteren/herstellen en communiceer dit (ook impliciet). Let hierbij in het bijzonder op je eigen taalgebruik. Bijvoorbeeld: 'Je kunt voorzichtig de oefeningen opbouwen' is niet zo'n handige uitspraak. Beter is: 'Je rug houdt van beweging, in jouw geval zal hij daar langzaam maar zeker weer aan wennen'.
 - Ondersteun het vertrouwen in eigen kunnen (van de

patiënt). Vraag bijvoorbeeld wat iemand denkt te kunnen (activiteit/beweging) en werk van daaruit verder.

Ondersteun reflectie op actief bewegen (exposure) en ontlok bij succes herhaling door te vragen in hoeverre de beweging nog beter zal gaan als deze herhaald wordt.

- Vraag naar het vertrouwen in de eigen mogelijkheden door middel van een zogenaamde schaalvraag, bijvoorbeeld 'Hoeveel vertrouwen heb je dat jou dit (bijv. oefenen thuis) gaat lukken op een schaal van 0 tot 10?' Ontlok positieve zelfspraak om een laag vertrouwen te vergroten, bijvoorbeeld: 'Je geeft jezelf een 4. Wat maakt dat het geen 3 is of een 2? Wat zou maken dat je jezelf een 5 of een 6 geeft?'
- Ondersteun gezond gedrag en vermijd corrigerende negatieve feedback. Iedere poging is positief, uitvoeringen zijn slechts meer of minder effectief. Ontlok en begeleid naar een effectieve manier.
- Voor het versterken van verbondenheid:
 - Bied steun waar de patiënt die nodig heeft.
 - Maak hetgeen de patiënt denkt en voelt bespreekbaar met open vragen, bijvoorbeeld door de patiënt te vragen wat hij denkt dat er gebeurt als hij een beweging maakt die hij als pijnlijk ervaart. Ook kun je de patiënt helpen zijn gedachten en gevoelens onder woorden te brengen door middel van reflecties. Reflecties proberen vaak te benoemen wat de patiënt lijkt te bedoelen maar niet zegt.
 - Probeer positieve zelfspraak (uitspraken van de patiënt die gewenst gedrag ondersteunen) op te roepen door open vragen en reflecties.
 - Vermijd nocebo-taalgebruik (taalgebruik dat afname van pijn in de weg staat of de pijn zelfs kan verergeren).
 - Ondersteun gezond gedrag door dit te bekrachtigen. Dit versterkt de samenwerkingsrelatie.
 - Vermijd corrigerende negatieve feedback. Vermijd ook het onnodig inzetten van je expertise. Dit verzwakt de samenwerkingsrelatie met de patiënt.
 - Realiseer je de kracht van de therapeutische relatie: de geneeskracht hiervan is enorm.²³⁻²⁵ Het vertrouwen van de patiënt in de therapeut en 'zijn' therapie komt in belangrijke mate tot stand door afstemming in de communicatie en doordat de patiënt zich begrepen voelt.

Pijn beter begrijpen en beïnvloeden

Om de pijn van de patiënt te begrijpen, pijn die bij veel musculoskeletale klachten wordt bepaald door de perceptie van 'dreiging' bij de patiënt, is het noodzakelijk de ziekte-percepties van de patiënt te kennen (overeenkomstig het common sense-model). Ook is het belangrijk om te beseffen dat gevoelens en attitudes deel uitmaken van deze percepties (gelaagdheid in autonome motivatie). Deze percepties zijn bepalend voor het gedrag van de patiënt en als deze percepties gezond gedrag niet ondersteunen, zal de patiënt vrijwel zeker niet herstellen.^{26,27} Negatieve percepties over de beïnvloedbaarheid en de herstel mogelijkheden leiden veelal tot negatieve zelfspraak en verminderen de zelfeffectiviteit. Diepgaand luisteren en reflecteren van wat de patiënt zegt

* Professioneel het gesprek voeren met patiënten is niet zo eenvoudig. De auteur van dit artikel, Vincent Kortleve, schreef er een compleet boek over. *Fysiotherapeutische gespreksvoering* gaat over de anamnese, samen beslissen, de patiënt motiveren, (pijn)educatie en nog veel meer. Het is te bestellen op www.fysiotherapeutische-gespreksvoering.nl.

en, misschien wel belangrijker nog, lijkt te bedoelen, kan hierbij behulpzaam zijn.

Door helderheid over het gezondheidsprobleem kunnen positieve en helpende ziektepercepties ontstaan, met positieve zelfspraak als gevolg. Door het bekrachtigen van autonomie en competentie worden deze verder ondersteund en raakt de zelfeffectiviteit versterkt van binnenuit. Daarom is het ook belangrijk om helpende gedachten en gedrag van de patiënt te bekrachtigen. De uitleg over zijn gezondheidsprobleem leidt waarschijnlijk tot ambivalentie bij de patiënt. Hij zal niet direct overtuigd zijn van het verklaringmodel dat de therapeut hem aanreikt. Er is ruimte nodig om alles tot de patiënt te laten doordringen, de patiënt vragen te laten stellen en hem te ondersteunen bij het verwoorden van positieve gedachten en gevoelens (positieve zelfspraak). Het is goed om te weten dat er bij iedere musculoskeletale pijn sprake kan zijn van conditionering, zowel in de ervaring van pijn als in de gedachten en gevoelens die de patiënt ontwikkelt. Naarmate de tijd vordert en de pijn blijft bestaan, hebben deze gedachten vaak de neiging negatiever te worden. De therapeut moet hier begrip voor hebben en er ruimte voor bieden. De gedachten en gevoelens dienen actief geëxploreerd te worden en samen met de patiënt gekoppeld te worden aan de consequenties die deze gedachten en gevoelens hebben voor (bewegings)gedrag zoals defensieve bewegingspatronen. De gedachten en gevoelens zijn te beïnvloeden door de patiënt een alternatief verklaringmodel aan te reiken dat begrijpelijk voor hem is en dat hij herkent. Als het mogelijk is de patiënt dit verklaringmodel vervolgens aan den lijve te laten ervaren, is dat de kroon op het werk. Hiermee ontwikkelt de patiënt zelfeffectiviteit en autonome motivatie doordat hij merkt dat hij zijn pijn zelf kan beïnvloeden (competentie).

Conclusie

In het kort volgt de fysiotherapeut bij de patiënt met musculoskeletale pijn de volgende stappen vanuit de in dit artikel beschreven stijl van werken (naar O'Sullivan en collega's):²⁸

- Ontrafel het gezondheidsprobleem en de gedachten en gevoelens van de patiënt en hoe deze zijn motivatie tot bewegen beïnvloeden.
- Leg de patiënt een begrijpelijk en individueel verklaringmodel voor ('make sense of pain').
- Laat de uitleg ervaren en help de automatische/reflexmatige beschermingsmechanismen terug te brengen naar juiste proporties ('exposure').
- Kom samen tot een plan voor (verdere) aanpak ('make a plan').

Om de aangereikte concepten te concretiseren gaat dit artikel vergezeld van een casus (zie bijlage 1 op www.physios.nl). De casus bevat flarden van een gesprek met Joris, een patiënt met lage rugpijn. De casus is kenmerkend voor de fysiotherapeutische praktijk waarin patiënten met pijn veelvuldig

worden gezien. De wijze waarop de fysiotherapeut het gesprek met Joris voert, probeert zo veel mogelijk rekening te houden met hetgeen in dit artikel is beschreven.

Literatuur

- 1 Moseley GL. Reconceptualising pain according to modern pain science. *Phys Ther Rev.* 2007;12(3):169-78.
- 2 Vlaeyen JW, Crombez G, Linton SJ. The fear-avoidance model of pain. *Pain.* 2016;157(8):1588-9.
- 3 Lluch E, Torres R, Nijs J, et al. Evidence for central sensitization in patients with osteoarthritis pain: A systematic literature review. *Eur J Pain.* 2014;18(10):1367-75.
- 4 Nijs J, Torres-Cueco R, Wilgen P van, et al. Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain. *Pain Physician* 2014;17(5):447-57.
- 5 Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55(1):68-78.
- 6 Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping people change.* Guilford Press, 2012.
- 7 Vansteenkiste M, Sierens E, Soenens B, et al. Motivational profiles from a self-determination perspective: The quality of motivation matters. *J Educ Psychol.* 2009;101(3):671-88.
- 8 Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen J, et al. Efficacy of classification based cognitive functional therapy in patients with non specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Eur J Pain.* 2013;17(6):916-28.
- 9 Rokeach M. *Beliefs, Attitudes and Values: A Theory of Organization and Change.* San Francisco: Jossey-Bass, 1968.
- 10 Leventhal H, Meyer D, Nerenz DR. The common sense representation of illness danger. In: Rachman S, Ed. *Contributions to Medical Psychology* (pp. 17-30). New York, NY: Pergamon Press, 1980.
- 11 Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron LD, Leventhal H, Eds. *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour* (pp. 42-65). New York, NY: Routledge, 2003.
- 12 Het common sense model of self-regulation of health and illness – Leventhal et al. 1984. Geraadpleegd 28 januari 2018, van www.ziekteperceptie.nl/common-sense-model.html.

www.physios.nl

- ◆ De volledige literatuurlijst.
- ◆ Bijlage 1. Casus Joris

Relevante artikelen in het Physiosarchief

- ◆ Kortleve V. Shared decision making en shared approach: over professionele fysiotherapeutische communicatie. *Physios* 2015;7(3):29-35.

Bijlage 1. Casus Joris, een patiënt met acute rugpijn

Bijlage bij:

Patiënten met aspecifieke pijn beter helpen

Over de complexe relatie tussen pijn en motivatie

Vincent Kortleve

1.1 Diagnostisch proces

Joris, 28 jaar en IT-er bij een groot bedrijf, heeft sinds een week last van zijn rug. Een fragment uit het begin van het consult:

J: Het schoot er op zondag in, althans ik voelde iets toen ik ging zitten en in het uur daarna werd dat steeds erger. Ik heb weleens eerder een keertje last gehad van mijn rug, dat ging toen vanzelf over binnen een paar dagen. Maar nu is het anders. Ik kan al een week slecht uit bed komen, als ik een tijdje zit dan word mijn rug stijf en pijnlijk.

FT: Deze keer is het anders geef je aan. Wat is er anders voor je gevoel?

J: Tja, ... mmm ... ik vind dat lastig onder woorden te brengen. Het voelt gewoon anders, alsof het niet vanzelf over gaat deze keer.

FT: Alsof het ernstiger is dan voorgaande keren en daardoor langer duurt.

J: Ja, alsof er iets moet gebeuren en mijn lichaam het niet zelf gaat oplossen of zo.

FT: Je vertrouwt er niet op dat je lichaam het herstellen zal.

J: Mmm, zeker.

FT: Is dat wat je hier brengt?

J: Ja, ik weet niet precies wat er mis is en waar ik nu goed aan doe. Je hoort van die gekke verhalen soms. Moet ik nu gewoon doorgaan, rust nemen juist of misschien oefeningen doen?

FT: Je wilt graag weten wat er aan de hand is met je rug en wat je moet doen om het herstel te bevorderen.

J: Mmm, ja, precies.

FT: Daar wil ik je graag bij helpen. Kun je me wat meer vertellen over welke bewegingen of houdingen voor jou momenteel moeizaam zijn?

1.1.1 bespreking anamnese

Joris heeft het over 'het is nu anders'. Dit is een uitspraak met betrekking tot zijn ziektepercepties waar de fysiotherapeut van meent dat er iets 'onder' zit. Hij reflecteert de uitspraak en vraagt erop door. Dat levert al iets op. Vervolgens vult de

therapeut Joris aan door te benoemen 'alsof het ernstiger is dan voorgaande keren'. Dat blijkt de therapeut goed te hebben aangevoeld, de verbondenheid met de patiënt maakt dit mogelijk. Ook probeert de fysiotherapeut zoveel mogelijk de competentie en autonomie van de patiënt te bevestigen en versterken. Vanuit het 'common sense'-model zou de conclusie nu zijn:

- Wat heb ik? Joris weet het niet en heeft er geen goed gevoel over, hij lijkt het niet te vertrouwen.
- Wat is de oorzaak? Nog niet duidelijk.
- Hoe lang gaat het duren? Omdat het anders voelt en inmiddels een week duurt weet Joris niet of het vlot en goed gaat herstellen (andere keren was het al over!).
- Wat zijn de consequenties? Nog niet duidelijk.
- Hoe kan ik het onder controle krijgen? Joris heeft geen controle momenteel en wil graag weten hoe hij het herstel gunstig kan beïnvloeden.

Sommige gedachten en gevoelens van Joris met betrekking tot zijn pijn lijken min of meer automatisch te worden opgeroepen. Bij pijn in zijn rug denkt hij vrijwel vanzelf terug aan eerdere keren dat hij rugpijn had en verwacht dat het net als voorgaande keren zal verlopen (conditionering). Echter het verloopt nu anders, wat al snel negatieve percepties oproept. En negatieve percepties kunnen pijn versterken omdat de patiënt meer 'gevaar' percipieert. Mogelijk raakt Joris hier zelfs iets onzeker van (zelf-effectiviteit) m.b.t. het zelf kunnen oplossen van het probleem en heeft hij uiteindelijk besloten een fysiotherapeut te raadplegen.

1.1.2 Analyse gezondheidsprobleem

Na de anamnese en het lichamelijk onderzoek komt de fysiotherapeut tot de conclusie dat Joris:

- geen aandoening heeft
- geen beschadiging heeft (van betekenis)
- de musculatuur van zijn lage rug pijnlijk is bij palpatie (hyperalgetisch), met name laag lumbaal
- mogelijk is de musculatuur hypertoon (maar dit is slecht betrouwbaar vast te stellen)

- hij geen verdere stoornissen heeft
- hij zijn lage rug voortdurend beschermt omdat (1) hij meent dat buigen en onderuitgezakt zitten in het algemeen slecht is voor zijn rug en (2) hij geen goed gevoel heeft over wat er aan de hand is en geen controle (en lagere zelf-effectiviteit) ervaart met betrekking tot het herstel. Dit doet hij door te fixeren in houding (zitten en staan voortdurend (over)actief gestrekt) en beweging (vooral ventraalflexie vermijden of dit doen met een rechte rug). Hierdoor is de musculatuur in zijn lage rug voortdurend hyperactief hetgeen als pijnlijk wordt ervaren door hem. Deze pijnlijkheid maakt dat hij nog beter zijn best doet om zijn rug te beschermen: hij vermijdt het strekken en het buigen. Een vicieuze cirkel, kenmerkend voor aanhoudende pijn (Vlaeyen & Linton, 2012).

1.2 Therapeutisch proces

Na het diagnostisch proces waarin Joris en zijn therapeut het vlechtwerk van zijn gezondheidsprobleem hebben proberen te ordenen start nu het therapeutische proces: het inzichtelijk en beïnvloedbaar maken van het gezondheidsprobleem. Pijn en motivatie worden ontward.

1.2.1 Stap 1: Voorleggen van een individueel verklaringsmodel.

In het geval van Joris betekent dit dat de fysiotherapeut na de anamnese en het lichamenlijk onderzoek start met het voorleggen van een begrijpelijk en individueel verklaringsmodel ('make sense of pain'):

FT: Oké Joris, zal ik je voorleggen wat ik denk dat er speelt?

J: Ja graag.

FT: Naar mijn idee is er niets kapot in je rug. Ook heb ik geen aanwijzingen gekregen dat er een aandoening is die je parten speelt.

J: Nou, dat is goed om te horen!

FT: Dat is een opluchting voor je.

J: Jazeker, wel! Tegelijkertijd vraag ik me ook af: wat is er dan aan de hand?

FT: Ja, dat kan ik me voorstellen. Je hebt immers flink last van je rug! Ik kan het beste laten zien wat er aan de hand is door het ook te tekenen (zie figuur 1). Waar je momenteel last van hebt is dat jouw spieren in je onderrug gespannen zijn. Dus de pijn komt van je spieren. Doordat je niet echt durft te bewegen en jij je rug vrij stijf houdt wordt de spanning in je rugspieren groter. En doordat de spanning groter wordt ga je

meer pijn ervaren. En zo is het cirkeltje rond.

J: Mmm, klinkt wel logisch. Eigenlijk voel ik ook wel dat ik heel gespannen beweeg. Maar ja wat wil je, het doet hartstikke zeer.

FT: Ja, het is een lastige cirkel om te doorbreken. En een spier die gespannen is kan nou eenmaal flink pijnlijk zijn, denk maar aan een flinke kuitkramp. Ben je daar bekend mee?

J: Ja, ja, dat heb ik weleens gehad. Dat voel je een paar uur later nog.... Is het zeker dat er niets verschoven is of zo?

FT: Hoe bedoel je dat?

J: Nou dat er een wervel scheef zit of die schijfjes daartussen er tussenuit zijn? Dat heb ik weleens gehoord.

FT: Ah, zeker dat wordt weleens gezegd, ja. Nee, daarin kan ik je geruststellen. Dat is niet het geval. Misschien mag ik je daarover iets meer vertellen, iets dat je mogelijk wat zal verbazen?

J: (knikt)

FT: Eigenlijk kunnen onze wervels en onze tussenwervelschijven niet verschuiven. Daarvoor is onze wervelkolom veel te stevig en solide gebouwd. Ik kan je dat laten zien op een model. ... Kijk, als je hier de wervels en de tussenwervelschijven ziet van de lage rug zie je dat dat stevig in elkaar zit. Hieromheen zitten dan ook nog sterke banden en natuurlijk een flink pakket spieren; die zijn er op dit model vanaf gehaald. Wat vind je daarvan als je dat zo ziet?

J: Dat zit eigenlijk best stevig in elkaar, ja. Maar hoe kan het dat rugklachten dan toch zo vaak voorkomen?

FT: Logische vraag. Heb je daar zelf ideeën over?

J: Nou ja, stress denk ik en natuurlijk bewegen we veel te weinig hier in het westen.

FT: Inderdaad, men denkt dat dat twee belangrijke veroorzakers zijn van rugpijn.

Nog enige tijd praten Joris en zijn fysiotherapeut hierover door. De ziektepercepties van Joris staan hierin centraal. Joris snapt de uitleg van de fysiotherapeut goed alhoewel hij hier nog ook wel bedenkingen bij heeft: hij is er ambivalent over.

1.2.2 Stap 2: Laten ervaren

Langzamerhand dient de volgende stap zich aan, namelijk het laten ervaren van de uitleg over wat er aan de hand is en hoe dit is op te lossen ('exposure'). In deze stap zal de fysiotherapeut vooral proberen de ambivalentie van Joris aangaande wat er met zijn rug aan de hand is en de uitleg die hij daar inmiddels over heeft gekregen proberen te verminderen. Hij doet dit door opnieuw te werk te gaan vanuit autonomie, competentie en verbondenheid. Ook

probeert hij positieve zelfspraak te ontlocken bij Joris, zowel in gedrag (gezonde en gunstige bewegingen) als in de dingen die hij zegt (verbaal en non-verbaal).

FT: Wat vind je ervan als ik je probeer te laten ervaren hoe je de vicieuze cirkel kunt doorbreken?

J: Ja, ik ben benieuwd.

FT: Het voorover buigen vond je een van de lastigste en pijnlijkste bewegingen hè?

J: (knikt)

FT: Hoe zou je je rug kunnen buigen op een makkelijkere manier?

J: Ehh, ja als ik met mijn handen op mijn bovenbenen steun bijvoorbeeld en dan voorover buig.

FT: Goed, wil je dat eens proberen?

J: (buigt voorover, houdt zijn rug nog erg gestrekt en stijf)

FT: Hoe gaat dat?

J: Nog niet echt goed nee ...

FT: In hoeverre zou het schelen als je zou gaan zitten?

J: Geen idee, laat ik dat maar eens proberen. (Gaat zitten en buigt voorover.) Dat gaat wel makkelijker. Nog wel wat last, maar wel minder!

FT: Mooi, wat zou er gebeuren als je dit een aantal malen herhaalt?

J: Geen idee, maar het is het proberen waard. (Herhaalt enkele keren.)

FT: En?

J: Het lijkt wel of het steeds gemakkelijker gaat, de pijn wordt ook steeds iets minder.

FT: Hoe zou dat komen?

J: Nou ja, omdat het zittend makkelijker is?

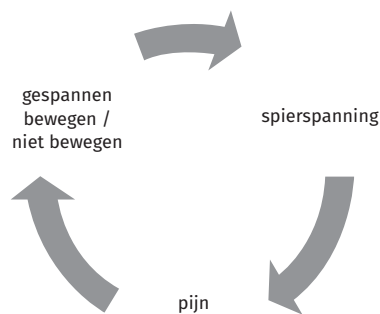
FT: In zekere zin, ja. Buigen van je rug helpt om je pijn te verminderen mits je maar genoeg kunt ontspannen tijdens de beweging. En dat lukt je nu een stuk beter.

J: Ja, daar lijkt het wel op.

FT: Om goed te kunnen ontspannen tijdens het buigen van je rug heb je misschien ook iets aan deze tip? Veel mensen helpt het als ze hun ademhaling gebruiken. Door namelijk uit te ademen als je voorover gaat, onderaan in te ademen en vervolgens weer uit te ademen als je weer omhoog komt lukt het de meeste mensen een stuk beter om ontspannen te blijven bewegen.

J: (past toe wat net gezegd is) Oh ja, dat scheelt inderdaad. Dat maakt dat het nog wat beter gaat.

Zo experimenteren Joris en zijn fysiotherapeut nog even verder. Uiteindelijk lukt het Joris redelijk tot goed om door middel van onder andere het aanpassen van zijn uitgangshouding meer ontspannen te bewegen. Ook



Figuur 1. De vicieuze cirkel van Joris en zijn rugpijn.

ontspannen zitten hebben ze doorgenomen. Joris begint zich meer en meer competent te voelen om goed met zijn rugpijn om te gaan en verwacht eigenlijk dat hij met consequent oefenen en het opvolgen van de adviezen er wel uit gaat komen.

1.1.3 Stap 3: Samen een plan maken

Tot slot komen Joris en zijn fysiotherapeut samen tot een plan voor (verdere) aanpak ('make a plan'). In het plan zitten allereerst de oefeningen en adviezen die hij tot nu toe heeft gekregen. Daarnaast heeft hij het voornemen om meer op zijn rug te vertrouwen in de toekomst. Voorheen was het beeld dat hij van zijn onderrug had een vrij negatief beeld: altijd opletten hoe je zit, nooit tillen met een kromme rug, etc. Hij heeft nu begrepen dat zijn rug, en die van andere mensen, prima in elkaar zit en bovendien tegen een stootje kan. En dat je rug buigen zelfs goed is! Mits hij ervoor zorgt dat hij fit is, goed met stress omgaat en zeer regelmatig beweegt kan er weinig misgaan.

Joris en zijn fysiotherapeut sluiten het consult af.

FT: Hoe denk je over een vervolgspraak?

J: Nou, eigenlijk denk ik dat ik die niet nodig heb. Ik weet wat ik wel en niet moet doen en ik heb het idee dat dit wel goed gaat komen.

FT: Mooi, goed om te horen. En als het niet goed komt, wat spreken we daar over af?

J: Als ik voldoende heb geoefend en je adviezen heb opgevolgd maar het blijft toch pijn doen dan trek ik bij je aan de bel.

FT: Klinkt als een goed plan. Mag ik je tot slot vragen hoe je aan je vriendin zou uitleggen wat er met je rug aan de hand is?

J: Ehh, nou dan leg ik haar die cirkel uit. Ik denk ...

Tevreden en gerustgesteld verlaat Joris uiteindelijk de fysiotherapiepraktijk.