

Voelen, interpreteren en handelen

Psychomotorische therapie ter bevordering van het effectief functioneren in het dagelijks leven met chronische pijn.

“Pijn, irritatie en ongemakken zijn niet meer dingen die mij tot activiteiten aanzetten om er geen last van te hebben. Het zijn nu signalen die mij iets zeggen over hoe ik met mijn lichaam kan omgaan.”
Man, 50 jaar met chronische knieklachten en neuropathische pijn

Lia van der Maas, Bart Engelen, Hilda Huizing, Ilse Thijssen, Joske Miedema & Dorien Mars (2015)

Zorgprogramma Revalidatie, chronische pijn

Prototype werkwijze Focaal-inzichtgevend

Probleemomschrijving

Probleem

Chronische pijn wordt gedefinieerd als: “een onaangename sensorische en emotionele ervaring die wordt geassocieerd met mogelijke of werkelijke weefselschade of die wordt beschreven in termen van dergelijke schade (International Association for the Study of Pain, 1994)”. Pijn wordt chronisch genoemd als de klachten langer aanhouden dan drie maanden of langer duren dan de verwachte hersteltijd na een beschadiging of ziekte. Sociale en psychische factoren spelen een belangrijke en onderhoudende rol in het voortbestaan van chronische pijnklachten (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2012). Mensen met chronische pijn hebben over het algemeen een verhoogde en selectieve aandacht voor pijnsignalen (Schaefer, Egloff & Witthoeft, 2012). Ervaren pijnsignalen bepalen welke keuzes iemand maakt ten aanzien van activiteiten in het dagelijks leven. Deze keuzes kunnen leiden tot een patroon van structurele onderbelasting en/of overbelasting.

Spreiding

Uit Europees onderzoek (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006), uitgevoerd in 2003, blijkt dat chronisch pijn in Nederland bij ongeveer 1 op de 5 volwassenen voorkomt. Mensen met matige tot ernstige chronische pijnklachten in Nederland hebben een gemiddelde leeftijd van 51,3 jaar en de man/vrouw verdeling is 40/60. Uit een prevalentiestudie (Picavet, Van Gils, & Schouten, 2000) blijkt dat ongeveer 75% van de Nederlandse bevolking ouder dan 25 jaar, in 1998, pijn in het houdings- en bewegingsapparaat heeft. Ongeveer 45% van de Nederlandse bevolking rapporteert pijn die langer duurde dan 3 maanden. De meest voorkomende klacht is de pijn in de lage rug, schouder en nek. Pijnklachten komen in alle lagen van de bevolking voor. Vrouwen rapporteren vaker klachten dan mannen en klachten komen het vaakst voor bij personen die arbeidsongeschikt zijn.

Gevolgen

Chronisch pijn vermindert de kwaliteit van leven (Picavet & Hoeymans, 2004), verhoogt de kans op psychopathologie (Demyttenaere et al., 2007), ziekteverzuim (Van Eerd et al., 2011) en beperkingen in dagelijkse activiteiten (Achterberg et al., 2010). Dit alles gaat gepaard met aanzienlijke kosten, zowel direct aan gezondheidszorg gerelateerd als indirect (ziekteverzuim) (Huygen et al., 2011). In Nederland zijn de kosten voor alleen chronische lage rugpijn in 2007 ingeschat op 3,5 miljard, waarvan 88% veroorzaakt werd door indirecte kosten (Lambeek et al., 2011).

Uit de studie van Breivik et al. (2006) blijkt dat 18% van de mensen met chronisch pijn niet voor zichzelf kan zorgen en 54% niet normaal kan functioneren. De bevraagde fysieke effecten uit dit onderzoek zijn

onder andere dat >50% van de mensen met chronisch pijn in mindere mate kunnen lopen, tillen, slapen en huishoudelijke activiteiten kunnen uitvoeren. Ook kan 23% van de mensen met chronische pijn geen auto meer rijden en 32% kan niet meer werken. Daarnaast is 29% zijn baan kwijt, 20% heeft andere verantwoordelijkheden gekregen en 16% is van baan veranderd.

Ook op sociaal gebied zijn de gevolgen waarneembaar. Ongeveer een kwart van de respondenten met chronisch pijn geeft aan in mindere mate contacten te kunnen onderhouden met vrienden en familie en een seksuele relatie te kunnen hebben. En 19% geeft aan géén seksuele relatie te kunnen hebben. Bijna de helft geeft aan in mindere mate of helemaal geen sociale contacten te kunnen behartigen. Tevens zijn uit ditzelfde onderzoek psychische effecten van de Nederlandse respondenten met chronische pijn te destilleren. Zo blijkt 19% gediagnosticeerd met een depressie (Breivik et al., 2006).

Doelgroep

De interventie is gericht op chronische pijn revalidanten met een classificatie van Werkgroep Pijn Nederland (WPN) niveau 3 en 4. Op niveau 3 spelen complexe psychische en sociale factoren een belangrijke onderhoudende rol in het voortbestaan van chronische pijnklachten. Bij WPN 4 is er sprake van zeer complexe psychische en sociale factoren (Pijn Revalidatie Nederland, 2005).

De revalidanten hebben subacute of chronische pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, waarbij geen medische behandelopties meer mogelijk zijn. De pijnklachten kunnen zowel specifiek als aspecifiek zijn.

Indicatie voor psychomotorische therapie

- verlaagde score op lichaamsbewustwording, gemeten met subschaal body awareness van de Scale of Body Connection (Van der Maas, Köke, Bosscher, Hoekstra, & Peters, in press) en/of
- verhoogde score op catastroferen, gemeten met Pain Catastrophizing Scale (Van Damme, Crombez, & Bijttebier, 2002).

Contra-indicaties voor psychomotorische therapie bij één of meerdere van onderstaande punten:

- psychiatrische symptomen zijn niet voldoende onder controle waardoor - ook met ondersteuning van psychiatrische medebehandeling- een werkzame behandelrelatie binnen een revalidatiegeneeskundige setting niet mogelijk is;
- aanzienlijk risico op psychische decompensatie door de revalidatiebehandeling;
- zodanige taal-/communicatieproblemen dat het volgen van een revalidatieprogramma niet zinvol is;
- onvoldoende fysieke belastbaarheid is een contra indicatie voor de groepsbehandeling.

Selectie (intake, verwijzing, O&A-traject)

De revalidanten die in aanmerking komen voor de module psychomotorische therapie, zijn tijdens een screeningsfase door de revalidatiearts en eventueel de psycholoog geschikt bevonden voor een multidisciplinaire behandeling op basis van het biopsychosociale model. Psychomotorische therapie wordt ingezet wanneer de revalidant voldoet aan de indicatiestelling. Afhankelijk van type en ernst van de psychosociale factoren en specifieke hulpvraag van de revalidant wordt er in overleg met het multidisciplinaire team bepaald of de revalidant individueel of in groepsverband behandeld wordt.

Doelen

Hoofddoel

Het hoofddoel is met de pijn effectieve keuzes maken die ten goede komen aan het functioneren in het dagelijks leven.

Subdoelen

- Fase 1: De revalidant is in staat, naast de pijnsignalen, andere lichaamssignalen te voelen en te benoemen in sociale, emotionele en fysieke situaties in het dagelijks leven.
- Fase 2: De revalidant interpreteert zijn lichaamssignalen realistisch in sociale, fysieke en emotionele situaties in het dagelijks leven.
- Fase 3: De revalidant maakt met de aanwezige pijn keuzes aan de hand van zijn lichaamssignalen in sociale, fysieke en emotionele situaties en handelt hier adequaat naar in het dagelijks leven.

Beschrijving van de interventie-aanpak

Opzet van de interventie

De revalidant werkt aan zijn doelen in de context van een groep. De frequentie van de interventie is 1x per week 75 min gedurende 10 weken. De interventie bestaat uit 3 fases, die de revalidant gedurende 10 weken doorloopt. In fase 1 wordt subdoel 1, in fase 2 wordt subdoel 2 en fase 3 wordt subdoel 3 behandeld.

Inhoud van de interventie

Fase 1 Waarnemen

In deze fase ontdekt en onderzoekt de revalidant zijn lichaamssignalen en leert hij deze waarnemen, voelen en benoemen. De revalidant ontdekt al doende in lichaamsgerichte en bewegingsgerichte situaties dat er naast de pijn meer en andere lichaamssignalen zijn waar te nemen en ontdekt dat diverse sociale, emotionele en fysieke situaties invloed hebben op hoe zijn lichaam aanvoelt.

Fase 2 Interpreteren

In deze fase staat de revalidant stil bij de betekenis die hij geeft aan zijn lichaamssignalen en welke invloed deze betekenis heeft op zijn handelen binnen de gegeven werkvormen.

De revalidant oefent met het realistisch waarnemen zonder oordeel van zijn lichaamssignalen.

Fase 3 Experimenteren

In deze fase experimenteert de revalidant met nieuw adequaat (bewegings)gedrag afgestemd op de lichaamssignalen die hij waarneemt.

Rol therapeut

De rol van de psychomotorisch therapeut is ondersteunend, explorerend en confronterend. De therapeut biedt bewegingssituaties en -oefeningen aan en is ondersteunend in het ontdekken, waarnemen en benoemen van lichaamssignalen. De therapeut is explorerend in zijn vraagstelling met betrekking tot het experimenteren met nieuw adequaat gedrag en de therapeut geeft confronterend terug aan de revalidant wat hij ziet aan mogelijk disfunctioneel (bewegings)gedrag.

Materialen

Voor de uitvoering van de interventie wordt gebruik gemaakt van diverse grote en kleine (sport)materialen en een werkboek. In het werkboek staat beschreven hoe de module is opgebouwd en worden huiswerkbladen toegevoegd zodat het geleerde wordt geïntegreerd in relevante maatschappelijke situaties voor de revalidant.

Onderbouwing

Welke factoren veroorzaken het probleem?

Het biopsychosociale model wordt algemeen aanvaard als het verklaringsmodel voor chronische pijn (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). De interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren vormt een complex geheel dat de chronische pijn in stand houdt en mogelijk mede heeft veroorzaakt. Centrale sensitiviteit van het pijnsysteem is een belangrijke *biologische factor* (Lumley et al., 2011). De oorzaak van de pijn ligt in het gesensitiseerde pijnmodulerende systeem van het centrale zenuwstelsel zelf. Door de sensitiviteit komen pijndrempels (steeds) lager te liggen, waardoor pijn gevoeld wordt bij prikkels die normaal gesproken niet pijnlijk zijn, zoals aanraken of bewegen (Van Wilgen, & Keizer, 2004).

Meerdere *psychologische factoren* spelen een rol in chronische pijn, zoals catastroferen en hypervigilantie. Deze en andere psychologische factoren hebben een plek gekregen in het fear-avoidance model (Leeuw, Goossens, Linton, Crombez, Boersma & Vlaeyen, 2007). Dit model is gebaseerd op het idee dat wanneer mensen een hoge mate van angst hebben voor de pijn zij sterk gefocust zijn op pijnsignalen (hypervigilantie), catastroferen over deze pijnsignalen en hierdoor vermijdingsgedrag vertonen (onderbelasting of overbelasting).

Vanuit het *sociale aspect* kan de omgeving, waaronder familie of gezondheidsinstellingen, van de revalidant overbeschermend, kritisch of te straffend zijn, waardoor revalidanten een toename van spanning of stress en een hoge mate van fysieke beperkingen ervaren (Romano, Jensen, Turner, Good, & Hops, 2000; Lumley et al. 2011).

Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden

De PMT module richt zich met name op de psychologische factoren die een rol spelen in de chronische pijn. Hierbij wordt het fear-avoidance patroon van de revalidant doorbroken door het catastroferen en de hypervigilantie aan te pakken. De basis van deze aanpak is gebaseerd op het bevorderen van het lichaamsbewustzijn. De pijnsignalen treden met name op de voorgrond bij revalidanten met chronisch pijn. De revalidanten ontdekken door middel van ervaringsgerichte oefeningen dat er naast de pijn meer en andere lichaamssignalen zijn waar te nemen en leren al deze lichaamssignalen zonder oordeel te voelen en te benoemen. Hierdoor wordt de aandacht van de pijnsignalen verbreed naar alle mogelijk waar te nemen lichaamssignalen. Dit zorgt voor een afname van hypervigilantie, Ervaringsgerichte oefeningen zorgen ervoor dat de revalidanten nieuwe ervaringen opdoen en de lichaamssignalen op een realistische manier leren interpreteren. Hierdoor wordt het catastroferen over de pijnsignalen positief beïnvloed. De verbeterde niet oordelende waarneming van lichaamssignalen helpt de revalidant effectieve keuzes te maken ten aanzien van zijn handelen en zal het vermijdingsgedrag afnemen.

Verantwoording vanuit de praktijkervaring

Theoretische referentiekaders zijn: bio-psychosociaal model, gevolgenmodel, fear-avoidance model, sensitiseringsmodel, cognitieve gedragstherapie en cliënt gerichte therapie.

De behandeling wordt vorm gegeven door werkvormen die een appèl doen op het voelen en gewaarworden van lichaamssignalen in diverse situaties/arrangementen. De behandelvisie is gebaseerd op de oefengerichte en ervaringsgerichte werkwijze binnen de psychomotorische therapie (Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie, 2009).

Werkzame elementen op grond van praktijkervaring

Werkzame elementen zijn: psycho-educatie over werking van lichaam en pijn, leren van groepsgenoten, verkenning, herkenning, erkenning, steun ervaren, verwoorden en bewust waarnemen van lichamelijke ervaringen, realistisch interpreteren van pijn en lichaamssignalen, metaforen voor de uitleg van sensitisatie en experimenteren met nieuw gedrag.

Uit onderzoek van Van der Maas et al. (2014) blijkt dat het toevoegen van psychomotorische therapie aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling van pijn een significante verbetering van het lichaamsbewustzijn oplevert. Tevens tonen zij aan dat patiënten met een laag lichaamsbewustzijn meer baat hebben bij psychomotorische therapie dan patiënten met een hoog lichaamsbewustzijn (Van der Maas et al., in press). Daarnaast wordt er in dit onderzoek bewijs geleverd dat psychomotorische therapie ook een significante meerwaarde heeft op het verminderen van catastrofen (Van der Maas et al., 2014).

Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak

Uitvoering

Er is een informatieblad beschikbaar waarin de module en de rol van de psychomotorisch therapeut binnen de behandeling beschreven staat.

De uitvoering van de interventie vindt plaats in een bewegingsruimte met een minimale grootte van 10x20 meter. De groep bestaat uit minimaal 4 en maximaal 8 revalidanten per groep. Bij een groep van 5 of meer revalidanten zijn er twee psychomotorische therapeuten wenselijk. Wanneer de groep bestaat uit minder dan 5 revalidanten is één psychomotorisch therapeut voldoende.

De revalidant draagt makkelijk zittende kleding en platte (zaal)schoenen.

De revalidant wordt geacht bij alle sessies aanwezig te zijn. Ook wanneer er een toename is van chronische pijnklachten.

Het betreft een revalidatie-instelling met een multidisciplinair team voor revalidanten met chronische pijnklachten.

Opleiding en competenties

De minimale vereiste opleiding is HBO+ VO/Master psychomotorische therapie.

Zes intervisiemomenten per jaar. Productevaluatie werkveldgroep elke twee jaar.

Kosten van de interventie

De kosten vallend onder de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is 17,5 uur, waaronder 12,5 uur directe tijd en 5 uur indirecte tijd voor voorbereiding en rapportage.

Subtypen

Individueel/groep, open/gesloten groep, klinisch/poliklinisch.

Literatuur

Achterberg, W.P., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Liperoti, R., Noro, A., Frijters, D.H., Cherubini, A., Dell'aquila, G., & Ribbe, M.W. (2010). Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain, 148*, 70-74.

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.

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M.C., Levinson, D., de Girolamo, G., Nakane, H., Mneimneh, Z., Lara, C. de Graaf, R., Scott, K.M., Gureje, O., Stein, D.J., Haro, J.M., Bromet, E.J., Kessler, R.C., Alonso, J., & Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the world mental health surveys. *Pain, 129*, 332-342.

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.

Huygen, F., Boerman, D., Van Everdingen, J., Gardenbroek, R., Giesberts, M., Koes, B., et al. (2011). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Regieraad kwaliteit van zorg.

International Association for the Study of Pain, (1994), Press, Second Edition.

- 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.
- Leeuw, M., Goossens, M., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J.W.S. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 77-94.
- 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
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. (2012). *Behandelkader Pijnrevalidatie*. Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie. (2009). *Beroepsprofiel Psychomotorisch therapeut*, Utrecht
- 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.
- Picavet, H.S.J., Van Gils, H.W.V., & Schouten, J.S.A.G. (2000). *Klachten van het bewegingsapparaat in de Nederlandse bevolking*. RIVM.
- Pijn Revalidatie Nederland. (2005). Consensus rapport Pijn Revalidatie Nederland.
- Romano, J.M., Jensen, M.P., Turner, J.A., Good, A.B., & Hops, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: Further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior Therapy*, 31, 415-440.
- Schaefer, M., Egloff, B., & Witthoef, M. (2012). Is interoceptive awareness really altered in somatoform disorders? Testing competing theories with two paradigms of heartbeat perception. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 719-724. doi: 10.1037/a0028509
- Van Damme, S., Crombez, G., & Bijttebier, P. A. (2002). Confirmatory factor analysis of the pain catastrophizing scale: invariant factor structure across clinical and non-clinical populations. *Pain*; 96: 319-324.
- Van der Maas, L.C., Köke, A., Pont, M., Bosscher, R.J., Twisk, J.W., Janssen, T.W., & Peters, M.L. (2014). Improving the Multidisciplinary Treatment of Chronic Pain by Stimulating Body Awareness: A Cluster-randomized Trial. *Clinical Journal of Pain*.
- Van der Maas, C.C., Köke, A., Bosscher, J., Hoekstra, P., & Peters, M. (in press). Subschaal body awareness van de Scale of Body Connection.
- Van der Maas, C.C., Köke, A., Bosscher, R.J., Twisk, J.W.R., Janssen, T.W.J. & Peters, M. (in press). Body awareness as an important target in multidisciplinary chronic pain treatment: Mediation and subgroup analyses.
- Van Eerd, D., Côté, P., Kristman, V., Rezai, M., Hogg-Johnson, S., Vidmar, M., & Beaton, D. (2011). The course of work absenteeism involving neck pain: a cohort study of ontario lost-time claimants. *Spine*, 36, 977-982.
- Van Wilgen, C.P., & Keizer, D. (2004). Het sensitiseringsmodel: een methode om een patiënt uit te leggen wat chronisch pijn is. *Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148 (51).