



ACTIEVE PIJNREVALIDATIE HELPT BIJ MEER DAN ALLEEN PIJN

AFSCHEIDSREDE
PROF. DR. K.M.G. (KARLEIN) SCHREURS



PROF. DR. K.M.G. (KARLEIN) SCHREURS

ACTIEVE PIJNREVALIDATIE HELPT BIJ MEER DAN ALLEEN PIJN

8 MAART 2019

KARLEIN SCHREURS

COLOPHON

Prof. dr. Karlein Schreurs

© Prof. dr. Karlein Scheurs, 2019

All rights reserved. No parts of this publication may be reproduced by print, photocopy, stored in a retrieval system or transmitted by any means without the written permission of the author.

Beste collega's, familie, vriendinnen en vrienden, ik ben zeer vereerd dat u allen aanwezig bent. Voor u staat een dankbaar mens. Dankbaar omdat ik me in mijn loopbaan altijd heb mogen richten op onderwerpen die me fascineerden en die ik belangrijk vond. Vandaag wil ik iets van die fascinaties met u delen. Samen met u kijk ik terug op vijftien jaar pijnrevalidatie. Ik streef daarbij niet naar volledigheid, maar presenteer u mijn krenten uit de pap.

De titel van mijn lezing verwijst zowel naar de actieve rol van de patiënt in pijnrevalidatie als naar Acceptance & Commitment Therapy, ACT dus. Ik hoop dat u aan het einde met mij zult concluderen dat het niet alleen over mensen met chronische pijn gaat, maar over het leven van iedereen. Ik geef een bloemlezing waarbij ik inga op de theorie, het klinische model, de effectiviteit en de toepassing van ACT in e-health voor mensen met chronische pijn. Tot slot doe ik een aantal suggesties voor de zorg voor mensen met chronische pijn en ga ik in op training van behandelaars.

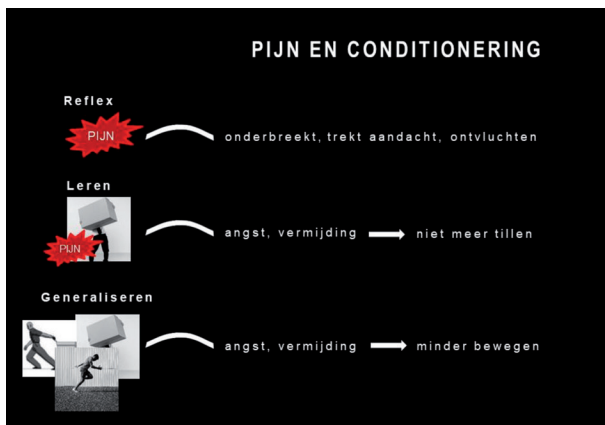
1. INLEIDING, ACT IN DE CONTEXT VAN POSITIEVE GEZONDHEID

ACT past in de lijn van recente aandacht voor het welbevinden van mensen. Het sluit aan bij een nieuwe definitie van gezondheid zoals voorgesteld door Machteld Huber in 2011. Gezondheid wordt daarin gedefinieerd als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan en daarbij zo veel mogelijk eigen regie te voeren (Huber, 2011). Je zou kunnen zeggen dat ACT daarvoor een richting geeft. Het doel van ACT is het bevorderen van psychische flexibiliteit. Dit is: 'Het vermogen om levenswaarden te realiseren door gedrag te veranderen of juist erin te volharden als dat in de context past.' (Hayes et al., 2016).

Hoe staat het nu met chronische pijn? Een op vijf Nederlanders heeft chronisch last van pijnklachten (Breivik et al., 2006). Dat betekent niet dat iedereen zorg nodig heeft. Er zijn ook mensen die erin slagen te functioneren met klachten als pijn of vermoeidheid. Ik hoop u te laten zien dat ACT daarbij kan helpen. Maar eerst ga ik in op de theoretische achtergrond.

2. LEERTHEORIEËN EN RELATIONAL FRAME THEORY

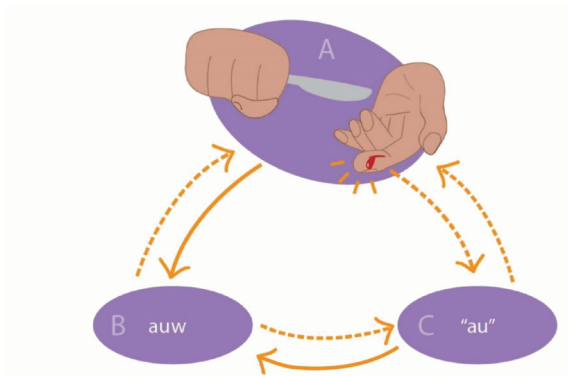
Pijn wordt chronisch genoemd als de het langer dan drie maanden duurt of langer dan de hersteltijd van het oorspronkelijke letsel. Biologische, psychologische en sociale factoren dragen bij aan langdurige pijnklachten (Schreurs, Timmers & de Jong, 2019). Ik beperk me hier tot de bijdrage vanuit de psychologie en met name de leertheorieën, conditionering dus. U kent waarschijnlijk allemaal het hondje van Pavlov. Dat tegelijk met het voedsel een belletje hoorde. Al snel kreeg het hondje ook speeksel in de bek wanneer het alleen een belletje hoorde. Een gelijksoortig proces treedt op bij pijn (figuur 1).



Figuur 1 Klassieke conditionering bij pijn

Pijn is nodig voor onze overleving. Het is een signaal dat ons lichaam wordt bedreigd en ontlokt dus beschermende reacties. Onze hartslag gaat omhoog, spieren trekken samen, ons gezicht krijgt een pijnlijke uitdrukking, de aandacht richt zich op de bron van pijn en we proberen daaraan te ontsnappen. Deze ervaringen van pijn worden in ons geheugen opgeslagen. Net zoals de koppeling van het voedsel en het belletje, kan het nu zijn dat iets optillen bijvoorbeeld, gepaard gaat met heftige pijn en dat dit angst en de vluchtreflex die ermee samengaat, in gang zet. Vervolgens hebben deze gebeurtenissen tot gevolg dat iemand niet meer tilt. Op den duur roept tillen de herinnering aan de pijn en reflexmatige

reacties van angst en vermijding op zonder dat iemand nog de directe, heftige pijn ervaart. Dit proces breidt zich uit: niet alleen het tillen, maar ook andere bewegingen raken gekoppeld aan angst en de neiging tot vermijden. Ook kunnen niet alleen bewegingen, maar ook allerlei andere, in principe neutrale, prikkels bijvoorbeeld de omgeving waarin bewogen werd, angst en vermijding oproepen. Dit kan tot allerlei beperkingen in het dagelijks leven leiden (Vlaeyen, 2015; Schreurs, Timmers & de Jong, 2019). Deze processen kunnen zoals gezegd ook bij dieren optreden. Het wordt echter nog ingewikkelder doordat wij mensen sterk ontwikkelde verbale en symboliserende capaciteiten hebben. Wij hoeven niet alles te ervaren zoals dat bij dieren wel het geval is. Daarmee komen we aan de theoretische basis van ACT, relational frame theory (RFT) (Hayes et al., 2012). Doordat mensen taal hebben kan het koppelen van prikkels veel sneller gaan. Ik leg het uit met een pijnlijk voorbeeld (figuur 2).



Figuur 2 Geleerde en afgeleide relaties bij pijn

Stel dat een klein kind een mes te pakken krijgt en zich snijdt. De ouders roepen 'Auw' en herhalen dit nog eens door te vragen 'Heb je auw?', zeggen later nog 'Ja, een mes kan auw doen.'. Net zoals het tillen in het vorige voorbeeld koppelt het kind de klank auw aan de herinnering aan pijn en alle reflexmatige reacties op pijn. Na verloop van tijd roept de klank auw de herinnering aan de pijn op zonder dat het kind nog pijn ervaart. Daarna treedt generalisatie op. Als ouders van allerlei andere zaken zoals een brandende barbecue zeggen dat ze auw zijn, raken deze ook gekoppeld aan de herinnering aan pijn en zal het kindje vaak haar vinger al terugtrekken voor ze de warmte heeft gevoeld.

Als dit kindje leert lezen, zal het ook leren dat de lettercombinatie a-u wordt uitgesproken met de klank auw en omgekeerd dat je au schrijft wanneer je auw zegt. En nu wordt het interessant want, omdat auw (B) de klank dus gekoppeld is aan de herinnering van pijn en alle reacties daarop, wordt de lettercombinatie (C) er ook aan gekoppeld. Door onze verbale vermogens en het snel koppelen wat mensen doen, leggen we 6 verbanden waarvan we er maar 2 hebben geleerd. Dit breidt zich razendsnel uit. Daardoor ontstaan er netwerken van koppelingen waarop we op dezelfde manier reageren, en waarin oorspronkelijke neutrale stimuli, zoals klanken of symbolen betekenis krijgen (Hayes et al., 2012).



Figuur 3. Een voorbeeld van een relational frame bij chronische pijn

Voor iemand met pijn kan zo een netwerk allerlei bewegingen, maar ook de verbale beschrijvingen, woorden en symbolen ervan bevatten (figuur 3). Er kunnen koppelingen zijn met alle gevoelens die worden opgeroepen door pijnsensaties – dus niet alleen angst, maar bijvoorbeeld ook boosheid en verdriet. Gedragsregels zoals stoppen of doorgaan en oordelen zoals ‘zich een loser vinden’ omdat men minder kan dan vroeger, kunnen er onderdeel van zijn. Maar ook de ervaring van geen pijn hebben, is er onderdeel van. Iemand met pijn wordt bijvoorbeeld wakker, merkt dat er nu geen pijn is, bedenkt dat hij een lange wandeling kan gaan maken, maar dan komt ook meteen de gedachte ‘Als ik dan maar geen pijn krijg.’ en daarmee is het hele netwerk weer actief. Je zou een relational frame kunnen vergelijken met een net. Als je ergens schudt, schudt het hele net. Dit heeft vergaande consequenties (Schreurs, 2018).

Ten eerste kunnen we de buitenwereld in grote mate beheersen en vormen door onze verbale en symboliserende vermogens en onze capaciteit tot razendsnel koppelen. Mensen konden bijvoorbeeld bedenken dat ze naar de maan wilden en dat is gelukt. Maar we zijn ook de enige diersoort die onder ons brein lijdt omdat we onze gedachten letterlijk nemen en ons erdoor laten leiden. Ten tweede kunnen we niet zomaar koppelingen uitwissen, we kunnen niet naar behoefte iets wegnippen uit het net, er blijven altijd koppelingen over. Wel kunnen we nieuwe associaties toevoegen. Terzijde: bij exposure in vivo worden de koppelingen van gevreesde bewegingen met angst wel afgezwakt door herhaalde blootstelling aan die bewegingen, maar de koppeling beweging-angst verdwijnt niet (Timmers & de Jong, 2019). Dat blijkt bijvoorbeeld wanneer de angst weer optreedt als de gevreesde beweging in een andere context wordt gemaakt. Wat iemand dus waarschijnlijk leert is niet zozeer het afleren van een bestaande koppeling, maar een nieuwe koppeling: namelijk dat hij de beweging kan maken en dat dit niet tot de rampzalige gevolgen leidt die hij verwacht, ook al ervaart hij angst en neiging tot vermijding. Het is dus niet mogelijk koppelingen uit te wissen, maar het is wel mogelijk om bepaalde koppelingen meer te activeren dan andere door er de aandacht op te richten. Dan worden bepaalde delen van het relational frame als het ware in de schijnwerper gezet. Ten derde, maakt relational frame theory duidelijk dat pijn niet te vermijden is omdat het onderdeel is van een netwerk van associaties (Heuts & Kleen, 2015; Schreurs, 2018).

3. KLINISCHE PROCESSEN

Daarmee komen we bij Acceptance & Commitment Therapy. Als negatieve gevoelens, gedachten en sensaties onderdeel uitmaken van relational frames en niet te vermijden zijn, dan zullen we ze wel moeten aanvaarden. En als we dat kunnen, kunnen we nieuwe koppelingen toevoegen, namelijk de aandacht verplaatsen naar de zaken die ons leven de moeite waard maken. In ACT worden 6 klinische processen onderscheiden, maar ze zijn terug te brengen tot drie manieren van in het leven staan: open voor wat er op ons afkomt, betrokken bij wat we de moeite waard vinden en aandachtig (Hayes et al., 2012). Een open grondhouding betekent aanvaarding van ongewenste gevoelens en gedachten. Het betekent ook dat we gedachten beschouwen als constructies van ons koppelend brein en niet als de werkelijkheid zelf. Jos, 60 jaar had een gecompliceerde kniebreek met neuropathische pijn als gevolg. Hij was stad en land afgereisd om van zijn pijnklachten af te komen. Na een behandeling op basis van ACT zegt hij: "Ik ben weer aan het werk. Ik help mijn zoon in zijn bedrijf. Ik ben gestopt met zoeken naar

een medische oplossing. Die is er niet meer. Pijn, irritaties en ongemakken zetten mij niet meer aan tot vechten. Het zijn nu signalen die me iets zeggen over hoe ik met mijn lichaam kan omgaan". De koppeling van pijnsensaties met de gedachte 'Pijn moet weg.' en bijhorend gedrag is bij Jos afgezwakt en er is een nieuwe koppeling bij gekomen: pijn betekent juist er aandacht aan geven en maatregelen nemen die nodig zijn voor zijn lichaam.

Een betrokken levenshouding betekent het kennen van je waarden en actie ondernemen. Dat het niet voldoende is om te weten wat je waardevol vindt, maar dat het vooral gaat om hoe je ernaar leeft, blijkt uit de uitspraak van Herman. Hij is 45 jaar, heeft de diagnose fibromyalgie en heeft veel last van pijn en vermoeidheid. Hij vertelt: "Het heeft me goed gedaan om stil te staan bij dat wat echt belangrijk voor me is. Juist in die week was ik alleen thuis met mijn dochter van vijftien. We kookten samen, ik was doodmoe. Maar 'mopperaar' stond niet in het lijstje van belangrijke eigenschappen. Ik heb me ertoe gedwongen om met aandacht te luisteren naar wat zij te vertellen had. Het gekke was dat ik me op dat moment ook minder moe voelde."

In ACT kan de verschuiving van het worstelen om de pijn onder controle te krijgen, naar het zich richten op een waardevol leven, worden uitgelegd met de oefening beschreven in box 1. Inge zegt na de oefening die ze deed tijdens het eerste gesprek met de psycholoog: "Nu begrijp ik wat er met mij gebeurd is. Ik dacht dat ik de enige was. Ik heb steeds mijn best gedaan om minder last te hebben van de pijn. En ik had geen plezier meer in mijn werk en in andere dingen. Dat werd allemaal steeds minder. En eerlijk gezegd is dat erger dan de pijn op zich. Ik ben nu nog steeds in de war, maar er is ook hoop." (Inge, 40 jaar, fibromyalgie).

BOX 1. HAND OEFENING

(bekende ACT-oefening genoteerd door Karlein Schreurs)

Vooraf

Deze oefening gebruik je vaak aan het begin van een behandeling. Doe zelf mee zodat de deelnemer kan wennen aan het uitvoeren van oefeningen.

Houd hand met handpalm naar je toe op ooghoogte, ongeveer 25 cm van je aangezicht en vraag deelnemer hetzelfde te doen. De juiste positie is belangrijk om de ervaring te realiseren.

Uitvoeren oefening

“Kijk naar je hand alsof ik je zo meteen ga vragen je hand te beschrijven.

Hou nu je hand en hoofd in dezelfde positie, maar kijk nu langs je hand in de kamer. Bekijk de hele kamer. ”

Bespreking

Wanneer zie de kamer het beste?

Wat gebeurt er met je hand als je de kamer inkijkt? (wordt vager, dubbel). Dus je hand verdwijnt niet als je kamer in kijkt, maar hij wordt vager.

Stel je nu voor dat jouw klachten op je hand liggen. De kamer staat voor je leven. Waarschijnlijk hebben je klachten de laatste tijd veel van je aandacht gevraagd. Je hebt als het ware voortdurend/heel veel naar je hand gekeken (Th. je kunt je hand voor je gezicht brengen en steeds dichterbij naar je ogen, je ogen bedekken) en al die tijd had je weinig aandacht voor de kamer, voor de rest van je leven.

In deze behandeling ga je je blik verplaatsen van je hand naar de kamer. Daarmee is je hand niet weg. Hij wordt wel vager. Door mét die ‘vervaagde hand’ de kamer in te kijken, krijg je ruimte om die zaken te doen die jouw leven de moeite waard maken. Als het nodig is en als het helpt, zullen we wel naar je hand kijken, maar uiteindelijk draait het hier om jouw leven, om datgene wat jouw leven de moeite waarde maakt.’

Overgang naar het induceren van aanvaarding

Laten we nu eens kijken op welke manieren je allemaal naar je hand hebt gekeken. Laten we eens inventariseren wat je allemaal hebt gaan om minder last te hebben van je klachten? Heeft dat geholpen? Zijn je klachten weg gebleven?

4. WERKT ACT BIJ PIJN?

Uiteraard komt dan de vraag op of ACT werkt bij chronische pijn. In 2016 publiceerden we een meta-analyse over alle tot dan toe gepubliceerde randomised controlled studies waarin ACT of mindfulness werd gebruikt (Veehof et al., 2016). Dit gaat over iets meer dan 1300 patiënten. Als we vergelijken met de resultaten van een meta-analyse naar de effecten van gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie (Williams et al., 2012), dan is het bemoedigend dat de effecten van ACT en mindfulness weliswaar klein zijn, maar wel behouden blijven bij follow-up metingen (Veehof et al., 2016).

Tabel 1 Effecten van chronische pijnbehandelingen bij het einde van de behandeling en follow-up meting.

Uitkomst	Gedragstherapie ¹		Cognitieve gedragstherapie ¹		ACT/Mindfulness ²	
	Einde	Follow-up	Einde	Follow-up	Einde	Follow-up
Pijnintensiteit			klein		klein	klein
Beperkingen	klein		klein		klein	medium
Stemming	klein		medium	klein	klein	klein

¹ Williams et al., 2012; ² Veehof et al., 2016

Er zijn nog weinig vergelijkende studies met andere actieve behandelingen. Op de eerste studie ga ik zo meteen in. ACT heeft een even groot effect als cognitieve gedragstherapie op beperkingen / pijninterferentie en is mogelijk iets effectiever dan relaxatie.

Tabel 2 ACT in vergelijking met actieve controle behandelingen op pijninterferentie of beperkingen (Veehof et al., 2016).

Studie	Actieve controle	Einde	Follow-up
Trompetter et al., 2015	Emotioneel schrijven	ACT	ACT
Kemani et al., 2015	Relaxatie	ACT	Relaxatie
Wheterell et al., 2011	CGT	Geen verschil	Geen verschil
Thorsell et al., 2011	Relaxatie	ACT	ACT

5. E-HEALTH

In het research lab Positieve Psychologie en Technologie richten we ons op het ontwikkelen en evalueren van middelen en interventies die mensen in staat stellen betrokken, betekenisvol en prettig te leven, ook in het licht van tegenslagen zoals depressie en chronische pijn. Collega's hebben online interventies ontwikkeld en onderzocht onder andere voor mensen met angst en depressie en ouderen met beginnende dementie. Deze programma's verhogen het welbevinden en verminderen de klachten (Bohlmeijer et al., 2011; Fledderus et al., 2012; Kelders et al., 2013; Pots et al., 2015). Meest bekend is 'Voluit Leven' (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009).

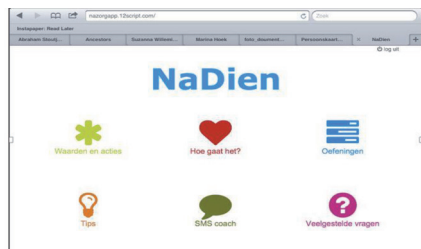
Voor mensen met chronische pijn ontwikkelden Ernst Bohlmeijer, Martine Veehof, Hester Trompetter en ik de online cursus Leven met pijn (Veehof et al., 2010). Dit programma bestaat uit een cursus van 9 weken die in maximaal 12 weken wordt doorlopen. Het programma bestaat uit pijneducatie, uitleg van ACT-processen en oefeningen, aandacht oefeningen en men kan ervaringen van andere deelnemers lezen. Deelnemers doen elke week een les en hebben wekelijks e-mailcontact met een begeleider. De effecten zijn in een gerandomiseerde gecontroleerde studie onderzocht (Trompetter et al., 2014). Er waren 2 controle-condities: een wachtlijst controle en een actieve controle waarbij men een online cursus 'emotioneel schrijven' volgde. Dit is een therapie die wordt ingezet bij psychotrauma en ook effectief is bij angst en depressie. Wanneer gekeken wordt naar alle deelnemers, ook degenen die het programma niet afmaakten, leidt ACT tot grotere afname in pijnintensiteit gemeten aan het einde van de behandeling en bij follow-up 3 maanden na de behandeling. Bij follow-up is depressiviteit meer afgenomen na de ACT behandeling. Psychische flexibiliteit neemt meer toe na ACT dan na emotioneel schrijven of na standaardbehandeling. Catastroferen is 3 maanden na een ACT behandeling meer afgenomen dan in de andere condities. Dat is opvallend omdat in een ACT behandeling, in tegenstelling tot in cognitieve gedragstherapie, niet direct wordt aangegrepen op catastroferende cognities.

Ik licht er pijninterferentie nog eens apart uit. Dat is in feite de meest belangrijke uitkomstmaat omdat iemand zelf kan beslissen in hoeverre hij zich in zijn dagelijks leven laat beheersen door de pijn. Als we naar alle deelnemers kijken, inclusief de drop outs, dan is er wel een significant grotere afname in pijninterferentie na de ACT behandeling dan na emotioneel schrijven, maar niet in vergelijking met de wachtlijst controleconditie. Beperken we ons tot de deelnemers die het programma ook daadwerkelijk uitvoerden, dan zien de resultaten er anders uit.

72% Van de deelnemers had minstens 6 lessen afgerond van de ACT-interventie; 90% van hen had alle lessen afgerond. Bij deze groep is de afname in pijninterferentie na ACT groter dan in beide andere condities en zijn alle effecten groter (Trompetter et al., 2014). Het programma werkt dus pas als men het ook daadwerkelijk volgt. Eigenlijk spreekt het voor zich dat een programma slechts kan werken als men het ook doet, maar het echt doen is lang niet vanzelfsprekend.

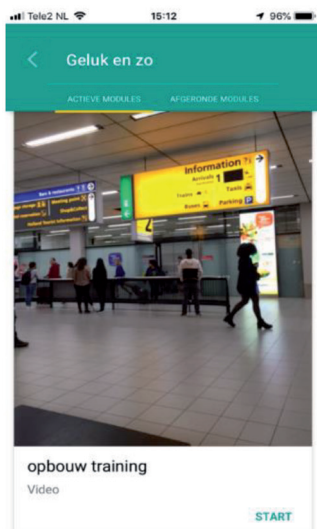
We hebben een proef gedaan in Roessingh, centrum voor revalidatie. Deelnemers hadden vier face-to-face sessies en werden verder via e-mail door een psycholoog en fysiotherapeut. Ze werkten met zowel Leven met pijn als met een online oefenprogramma. Ook hebben we bij fysiotherapeuten in de eerste lijn gekeken hoe het gaat met het zelfstandig doorlopen van het online programma Leven met Pijn naast de reguliere fysiotherapie. De fysiotherapeuten kregen een inleidende workshop in ACT en doorliepen zelf het programma. Hun taak was het om de deelnemer te stimuleren het programma ook af te maken. Ze hoefden niet inhoudelijk te begeleiden. De reacties zijn gemengd. Deelnemers zeggen dat zij er baat hebben bij het programma, maar dat het programma te ingewikkeld kan zijn voor algemeen gebruik. Ze vinden daarom ook dat het moet worden begeleid door een psycholoog. Dat willen ze liefst op eigen initiatief. Ze waarderen het online aspect (Alink 2015; Hilderink, 2015). Behandelaren zien dat deelnemers beter leren omgaan met pijn. Ook zij vinden begeleiding door psycholoog nodig en zijn van mening dat het programma in zijn huidige vorm vooral geschikt is voor een doelgroep met hoge zelf-effectiviteit en psychische flexibiliteit en voor mensen met een redelijke hoge opleiding (Horstman, 2015).

We hebben ons dus gericht op het ontwikkelen van meer eenvoudige en meer toegankelijke programma's. Een daarvan is NaDien, een online nazorgprogramma dat Martine Fledderus en ik samen met patiënten van Roessingh hebben ontwikkeld en dat nu in Roessingh is geïmplementeerd (Fledderus et al., 2015).



Figuur 4 Startpagina online nazorg programma NaDien

Het programma kan zowel op PC als op smartphone worden gebruikt. Tijdens de behandeling vullen patiënten hun waarden in en de acties die ze daaraan verbinden. Na de behandeling kunnen ze bijhouden in welke mate ze naar hun waarden leven, er is een bibliotheek waarin ze de oefeningen uit de behandeling kunnen opzoeken, ze kunnen elkaar tips geven en van elkaar leren en er is een SMS-coach die herinneringen of motiverende berichten stuurt. Patiënten die we ondervraagd hebben, ervaren de app als steuntje in de rug, vooral voor momenten dat het moeilijk is om het nieuwe gedrag vol te houden. Ze zeggen ook dat de SMS berichten hen herinneren aan wat ze in de behandeling hebben geleerd, ook als de inhoud van het bericht op dat moment niet zo past (Bolk, 2015; Roovers, 2013). Daarnaast hebben we de app 'Geluk en zo' ontwikkeld.



Figuur 5 Startpagina app Geluk en zo

Met deze app proberen we face-to-face behandelssessies uit te breiden met interventies door de dag heen. Het doel is het bevorderen van acties in de richting van levenswaarden. Alle instructies worden gegeven in korte filmpjes. Een deelnemer noteert eerst wat voor hem de moeite waard is, dus waar hij naartoe wilt en waar hij vandaan wilt, waarmee hij regelmatig worstelt. Daarna geeft de app een week lang een signaal waarop de deelnemer invult wat hij aan het doen is en of dit ergens

naartoe of ergens vandaan is en hij vult een aantal evaluatieve vragen in over de betreffende activiteit. Aan het einde van de week, maakt hij de balans op. In de 2de week beslist hij bij het signaal of hij doorgaat met een activiteit of juist iets anders gaat doen wat waardevoller is. Deelnemers geven aan dat de app hen helpt meer bewust te zijn van hun waarden, dat ze beter begrijpen waarom ze iets doen en dat de app ook soms helpt om activiteiten vol te houden die ze niet leuk vinden, maar die wel belangrijk zijn (Damink, 2018; Jansen, 2018). De plannen van Roessingh en RRD om de app toegankelijk te maken voor de keten in de regio, doet me veel plezier.

6. KETENZORG

Daarmee komen we bij het vraagstuk van integrale zorg voor mensen met chronische pijn. Regelmatig vragen patiënten bij de intake in het Roessingh: 'Waarom heeft niemand eerder naar me geluisterd? en Waarom heeft niemand me dit eerder verteld?'. Na meer dan twintig jaar pijnrevalidatie in revalidatiecentra is er voldoende kennis en ervaring om adviezen te kunnen geven voor zelfmanagement en in eerste en tweede lijn chronische pijnpatiënten te behandelen, zowel mono- als multidisciplinair. In de Zorgstandaard chronische pijn is door de wetenschappelijke verenigingen van pijnbehandelaars en patiëntenverenigingen, vastgelegd hoe de zorg voor een chronische pijnpatiënt er idealiter zou moeten uitzien (DPS & SWP, 2017). De nadruk ligt op het bevorderen van het zelfmanagement en het nemen van regie door patiënten en gepaste zorg voor iedere patiënt, daarvoor is samenwerking van de verschillende zorglijnen noodzakelijk. Gepaste zorg betekent dat een patiënt de zorg krijgt die aangepast is aan de complexiteit van zijn pijnprobleem. Doorgaans wordt een probleem als meer complex gedefinieerd als beperkingen in functioneren zich op meer gebieden uiten. Dus moet er op meer domeinen worden ingegrepen en zijn multidisciplinaire behandelingen nodig bij meer complexe problematiek. In de zorgstandaard worden vier stappen onderscheiden: preventie van het chronisch worden van pijnklachten bijvoorbeeld door de huisarts die bij acute rugpijn het belang van in beweging blijven benadrukt, daarna monodisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn, multidisciplinaire diagnostiek in de 1ste (of vaak anderhalve lijn genoemd) en meer complexe problematiek dient in de 2de of 3de lijn te worden gediagnostiseerd en behandeld door een multidisciplinair team.

Inmiddels heeft Roessingh de handschoen opgepakt en is gestart met de afdeling RoessinghMedinello waarin patiënten met minder complexe problematiek worden behandeld. We zijn pragmatisch begonnen met een

model waarin er 1 voordeur is voor verwijzers en patiënten na de intake worden toegeleid naar Roessingh of RM.

Omdat geen van beide afdelingen alle intakegesprekken kan doen, is het nodig om voor de intake al een triage te doen. Bij gebrek aan instrument voor het meten van complexiteit hebben we ervoor gekozen om de mate van psychische lijden als afkappunt te hanteren. Wanneer de HADS score hoger is dan 17 wordt de intake in Roessingh gedaan. Bij een score van 17 of lager bij RoessinghMedinello. Het afkappunt 17 is gekozen omdat dit het gemiddelde is van alle patiënten die zich in de loop der jaren hebben aangemeld bij Roessingh. Voorlopig is dit werkbaar omdat er na de intake mogelijkheid is tot bijstelling. Een patiënt die beter in de andere afdeling kan worden behandeld, kan direct worden doorverwezen. Er zijn slechts twee afdelingen bij betrokken en de lijntjes zijn kort.

Maar het vraagstuk van het meten van complexiteit is hiermee niet opgelost. Ik wil hier een mogelijke richting aangeven. In de studie naar Leven met Pijn online die ik eerder noemde, zijn we nagegaan welke factoren het behandelresultaat beïnvloedden. Daling van pijninterferentie, de invloed van pijn op het dagelijks leven, wordt bepaald door toename van psychische flexibiliteit en verlaging van catastroferen (Tompetter et al., 2015). Het is dus misschien de moeite waard om complexiteit vast te stellen aan de hand van deze factoren. In Zweden is dit gedaan voor psychische flexibiliteit (Rovner et al., 2015). Psychische flexibiliteit is bij 914 patiënten gemeten met de Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ). Deze lijst bestaat uit twee subschalen: actief blijven ook bij pijn (activity engagement AE) en bereidheid pijn te verdragen (pain willingness PW). Deelnemers konden met een latente klasse-analyse in vier groepen worden ingedeeld: laag op beide schalen, medium of hoog, of gemengd waarbij men wel actief wil blijven maar niet bereid is pijn te verdragen (Rovner et al., 2015). Dit is het cluster wat ook wel eens overbelasters wordt genoemd: actief worden als copingstrategie om de pijn niet te voelen (Hasenbrink & Verbunt, 2010). Het interessante is nu dat deze clusters van elkaar verschillen in functioneren (tabel 3). Bij hoge bereidheid om actief te blijven en om pijn te verdragen, dus hogere scores op activity engagement en pain willingness, zijn er minder depressieve klachten, minder angst en pijninterferentie en meer activiteiten. Het cluster met lage bereidheid heeft op alle gebieden meer problematiek en het medium cluster zit daar tussenin. Het gemengde cluster lijkt deels op het medium cluster, deels op het hoge cluster wat betreft fysiek en mental functioneren.

Tabel 3. Verschillen op uitkomstmaten tussen de groepen ingedeeld op basis van CPAQ (Rover et al, 2015)

	AE, PW Laag	AE, PW Medium	AE, PW Hoog	AE hoog PW laag
Depressieve klachten	+++	++	+	+
Angst voor pijn	+++	++	+	++
Pijnintensiteit	+++	++	+	++
Pijninterferentie	++++	++	+	+++
Activiteitsniveau	+	++	+++	+++

Als we nog steeds de redenering volgen dat meer intensieve behandeling nodig is bij meer problemen in het functioneren dan zou het hoge cluster monodisciplinair kunnen worden behandeld in de 1ste lijn, de gemengde en medium clusters multidisciplinair in de 1ste lijn en het lage cluster in de 2de lijn en 3de lijn (DPS & SWP, 2017).

7. TRAINING

Tot slot wil ik nog iets zeggen over de training van behandelaars in ACT. Bij multidisciplinaire teams is het belangrijk om ACT vanuit de eigen discipline toe te passen en als schoenmaker bij de eigen leest te blijven. Beweging gerelateerde disciplines als fysiotherapie en ergotherapie zijn sterk in het creëren van mogelijkheden om aan den lijve ervaringen op te doen. Het is een verlies als het praten over ... en gedachten over ... daarvoor in de plaats komt. Het helpt om een onderscheid te maken tussen de visie van ACT en het klinische model met specifieke oefeningen en metaforen (Schreurs & Hulsbergen, 2011; Heuts & Schreurs, 2013). Een noodzakelijke voorwaarde is dat iedereen vanuit dezelfde visie werkt. Deze visie luidt: We worstelen allemaal met ongewenste gevoelens, gedachten en sensaties, we hebben allemaal onvermijdelijke zaken te aanvaarden én we kunnen allemaal ervoor kiezen om ons te richten op dat wat ons leven de moeite waard maakt. In de klinische processen zullen disciplines andere accenten leggen. Grofweg richten gedragsgerichte disciplines, psychologen en maatschappelijk werkers, zich veelal op gedachten waarmee iemand verstrikt is, gevoelens die vermeden worden en op het verhelderen van waarden. Beweging gerelateerde disciplines doen vooral ervaringsoefeningen, met aandacht voor dit moment en het

opmerken van lichaamssensaties. Voor alle behandelaars is de kern ACT: de relatie met waarden en daartoe aanvaarden wat niet te vermijden is. Daarbij helpt goed de vraag: Wat maakt het de moeite waard om dit te verdragen?

De implementatie van ACT is bevorderd door de ontwikkel- en innovatiecentra pijnrevalidatie (Trompetter, Schreurs, et al., 2014). We konden ons verdiepen in veelbelovende nieuwe richtingen in de behandeling. Peter Heuts en ik ontwikkelden daartoe een cursus ACT voor multidisciplinaire teams en we implementeerden ACT in revalidatiecentra. Inmiddels bestaat de cursus 10 jaar. De vraag naar training komt vaak van behandelaars zelf. Dat is ook de gewenste situatie. Het is niet mogelijk om acceptance & commitment therapy te gebruiken en er als persoon buiten blijven. In de therapie leg ik dit vaak uit met deze metafoer.



Figuur 6 Metafoer van het therapie proces

De patiënt loopt op een berg. Het pad loopt soms een stuk omlaag. Hij denkt dan dat hij echt omlaag loopt omdat hij niet kan zien dat het pad ook weer omhoog loopt. De therapeut kijkt vanaf zijn eigen berg naar de patiënt. Hij kan wel zien dat het pad weer omhoog gaat. In de therapie is het de taak van de therapeut om naar de patiënt te kijken en die te begeleiden. Maar de therapeut heeft zelf ook wel eens iemand nodig die naar hem kijkt, terwijl hij op zijn berg loopt (figuur 6).

Inmiddels zijn meer dan 800 behandelaars getraind en heeft de training gewerkt als steentjes in een vijver. We begonnen met behandelaars in de revalidatiecentra, daarna revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen, de zelfstandige behandelcentra en behandelaars in de eerste lijn en ik hoop de komende jaren nog door te gaan met het trainen van behandelaars (www.kmgschreurstrainingen.nl)

DANK

Daarmee kom ik aan het einde van mijn lezing en rest mij een woord van dank. Allereerst dank voor uw aanwezigheid. Velen zijn van ver gekomen. Ik stel dit zeer op prijs.

Ik bedank Roessingh, centrum voor revalidatie, Roessingh Research & Development en de Universiteit Twente voor het vertrouwen dat ze in mij hebben gesteld waardoor ik dit werk heb kunnen doen zoals ik het heb gedaan. Met de leerstoel konden we tot een vruchtbare samenwerking komen van de pijnafdeling van Roessingh, de vakgroep Psychologie, gezondheid en technologie en RRD. Het verheugt me zeer dat Gert-Jan Prosman dit stokje voortvarend overneemt, ik wens je daarbij veel plezier en succes.

Patiënten in Roessingh, ik bedank jullie omdat ik een stukje van de weg met jullie mee mocht lopen en omdat jullie me steeds weer uitdaagden om goed te kijken en te analyseren omdat ieder van jullie haar eigen unieke verhaal volgt.

Collega's en oud-collega's van de pijnafdeling: collega-psychologen, het klinisch team, onze teamondersteuners, secretaresses en managers, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, bewegingsagogen, groepsleiding en revalidatieartsen. Het zou te lang duren om jullie allemaal met naam te noemen, maar weet dat ik jullie zeer dankbaar voor alle jaren samenwerking, voor alle inspiratie en soms gedeelde frustraties. Jullie waren gretig om nieuwe interventies en analyses te gebruiken en met je eigen ervaring te integreren. Daardoor konden we ACT implementeren. Dat is voor mij altijd motor geweest om, soms tegen de stroom in, door te gaan. Met name wil ik hier Rina Warmerdam en Netty Jillings bedanken, jullie hebben me aangesteld en daardoor heb ik de baan van mijn leven gehad. Samen met Mirjam Vollenbroek, Hermie Hermens en collega's van Roessingh Research & Development legden wij met het Innovatie- en Ontwikkelcentrum

Pijnrevalidatie de basis voor de leerstoel. Roessingh en RRD zijn doorgegaan met de taakgroep Telemedicine waarin onderzoekers en behandelaars tot innovatieve interventies komen. Ina Flierman, jij hebt een centrale rol bij veel van deze projecten. Ik hoop dat je die nog lang blijft vervullen.

De samenwerking van de ontwikkelcentra pijnrevalidatie van Adelante, Rijndam, UMCG en Roessingh heeft een faciliterende rol gespeeld in het tot wasdom komen van pijnrevalidatie in Nederland. Peter Heuts, het is een vreugde om nog steeds samen met jou trainingen te geven. Sylvia Remerie, Albere Köke, Michiel Reneman, Rita Schiphorst Preuper, Jeanine Verbunt en Loes Swaan, we hebben elkaar in de loop van de jaren goed leren kennen. Dat heeft geresulteerd in het Handboek Pijnrevalidatie. Het is zeer bevredigend om met zo een boek afscheid te nemen.

Collega's van de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie, ik heb me altijd thuis gevoeld in de vakgroep en heb met zoveel van jullie samengewerkt in onderzoek en onderwijs dat het niet lukt om jullie allemaal met naam te noemen. Hester Trompetter veel onderzoeken en de implementatie deden we samen, we hebben een goede en inspirerende tijd gehad. Ernst Bohlmeijer, vanaf het begin deelden we onze interesse in ACT, die vorm kreeg in gezamenlijk onderzoek en begeleiding van promovendi. We gaan nog even door met begeleiden en dat is fijn. Samen met Gerben Westerhof hebben we de master opgezet. Het doet me plezier dat we nu kunnen spreken van een master 2.0 Positieve Psychologie en Technologie, waarin het unieke profiel van de UT tot uiting komt. Positieve psychologie en e-health interventies zijn niet meer weg te denken uit het psychologisch arsenaal en het maakt me trots dat zoveel AIO's en studenten in deze benadering zijn opgeleid.

Tot slot, wil ik onze vakgroepssecretaresses bedanken, met name Marieke Smellink-Kleisman. Ik heb je zien uitgroeien van een junior secretaresse tot een spil in de vakgroep. Je vindt het organiseren van evenementen leuk en daar hebben we vandaag weer profijt van. Veel dank daarvoor.

Lieve familie, vrienden en vriendinnen, jullie hebben me gesteund in al mijn plannen. En vooral heb ik veel plezier met jullie en met de grapjes waar ik steeds weer instink. Zonder zou mijn leven maar saai zijn. Sophie en Sophie: jullie zijn mijn thuis en het baken van mijn leven. Ik hoop dat dat nog heel lang zo blijft.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Alink, L. (2015). 'Leven met pijn online' als zelfhulpcurusus in eerstelijnszorg. Masterthese Psychologie. Enschede: Universiteit Twente.
- Bohlmeijer, E.T., Fledderus, M., Rokx, T.A.J.J., Pieterse, M.E. (2011). Efficacy of an Early Intervention Based on Acceptance and Commitment Therapy for Adults with Depressive Symptomatology: Evaluation in a Randomized Controlled Trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 62-67.
- Bohlmeijer, E.T., Hulsbergen, M. (2009). *Voluit leven. Mindfulness of de kunst van het aanvaarden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bolk, A. (2015). De implementatie van NaDien. Nazorgapplicatie voor chronische pijnpatiënten. Bachelor these Psychologie. Enschede: Universiteit Twente.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287–333.
- Damink, V. (2018). De gebruikerservaring van de eHealth app Geluk en zo onder chronische pijnpatiënten. Masterthese Psychologie. Enschede: Universiteit Twente.
- Dutch Pain Society (DPS) & Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar 1 stem (SWP) (2017). *Zorgstandaard chronische pijn*.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Pieterse, M.E., Schreurs, K.M.G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42: 1-11.
- Fledderus, M., Schreurs, K.M.G., Bohlmeijer, E.T., Vollenbroek-Hutten, M.M.R. (2015). Development and Pilot Evaluation of an Online Relapse-Prevention Program Based on Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain Patients. *JMIR Human Factors*, vol. 2, iss 1, 1-12.

- Hasenbring, M.I., Verbunt, J.A. (2010). Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clinical Journal of Pain*, 26, 747-753.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research & Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson K.G. (2012). Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change. Second Edition. New York, London: The Guilford Press.
- Heuts, P., Schreurs, K. (2013). Werken met Acceptance & Commitment Therapie in TEAMS. Hoensbroek: Adelante-Zorggroep.
- Heuts, P., Kleen, M. (2015). ACT bij chronische pijn. In: A-Tjak, J. (red). Acceptance & Commitment Therapy: Theorie en praktijk (pp. 119-126) (2de herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hilgerink, J. (2015). Gebruikerservaringen met de online interventie 'Haal meer uit je leven met pijn'. Masterthese Psychologie. Enschede: Universiteit Twente.
- Huber, M. (2011). Health: how should we define it? *British Medical Journal*, 343, 235-237.
- Horstman, J. (2015). 'Leven met pijn online'. Een kwalitatief onderzoek naar de inzetbaarheid als zelfhulpinterventie. Masterthesis. Enschede: Universiteit Twente.
- Jansen, G., Batink, T. (2014). Time to ACT! Het basisboek voor professionals. Zaltbommel: Thema.
- Jansen, M. (2018). The e-health application "Geluk en zo" for chronic pain patients. A co-creation and research of user experiences. Bachelorthesis Psychology. Enschede: Universiteit Twente.
- Kelders, S., Pots, W.T.M., Oskam, M.J., Bohlmeijer, E.T., Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C. (2013). Development of a Web-based Intervention for the Prevention of Depression. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13, 26.

- Jong J. de, Timmer, I. (2019). Exposure in vivo. In: J.A. Verbunt, J.L. Swaan, H.R. Schiphorst Preuper, K.M.G. Schreurs. (red) Handboek Pijnrevalidatie voor de eerste, tweede en derde lijn (pp. 199-207). Amsterdam: Boom.
- Kemani, M.K., Olsson, G.L., Lekander, M., Hesser, H., Andersson, E., Wicksell, R.K. (2015). Efficacy and Cost-effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation for Longstanding Pain. A Randomized Controlled Trial. *Clinical Journal of Pain*, 31, 1004–1016.
- Pots, W. T. M., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A. M., Klooster ten, P. M., Schreurs, K. M. & Bohlmeijer, E. T. (2015). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 208, 69-77.
- Roovers, M. (2013). Het testen van de gebruikersvriendelijkheid van de mobiele nazorg app 'Nadien', gebaseerd op acceptance & commitment therapy, van chronische pijnpatiënten, professionals en experts. Bachelorthese Psychologie. Enschede: Universiteit Twente.
- Rovner, G., Vowles, K.E., Gerdle, B., Gillanders, D. (2015). Latent Class Analysis of the Short and Long Forms of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire: Further Examination of Patient Subgroups. *The Journal of Pain*, 16, 1095-1105.
- Schreurs K, Hulsbergen M. (2011). *Leven met pijn. Praktijkboek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Schreurs, K.M.G. (2018). ACT bij chronische pijn. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 44, 46-57.
- Schreurs, K.M.G., Timmers, I., Jong, J.de (2019). Psychologie bij pijn. In: J.A. Verbunt, J.L. Swaan, H.R. Schiphorst Preuper, K.M.G. Schreurs. (red) Handboek Pijnrevalidatie voor de eerste, tweede en derde lijn (pp. 199-207). Amsterdam: Boom.
- Schreurs, K.M.G., Balen, B. van, Heuts, P.H.T.G. (2019). Acceptance and commitment therapy. In: J.A. Verbunt, J.L. Swaan, H.R. Schiphorst Preuper, K.M.G. Schreurs. (red) Handboek Pijnrevalidatie voor de eerste, tweede en derde lijn (pp. 208-217). Amsterdam: Boom.

- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T., Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 27, 716-23.
- Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Veehof, M.M. & Schreurs, K.M.G. (2014). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioural Medicine*, 38, 66-80.
- Trompetter, H.R., Schreurs, K.M.G., Heuts, P.H.T.G. & Vollenbroek-Hutten, M.M.R. (2014). Implementing Acceptance & Commitment Therapy in Dutch pain rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, 94, 249-255.
- Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Fox, J.-P., Schreurs, K.M.G. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour Research & Therapy*, 74, 50-59.
- Veehof, M., Schreurs, K., Hulsbergen, M., Bohlmeijer, E. (2010). *Leven met pijn. De kunst van het aanvaarden*. Amsterdam: Boom.
- Veehof, M.M., Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., & Schreurs, K.M.G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behavioral Therapy*, 45, 5-31.
- Vlaeyen, J.W. (2015). Learning to predict and control harmful events: chronic pain and conditioning. *Pain*, 156, S86–S93
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., . . . Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107.
- Williams, A.C.D.C., Eccleston, C., Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1-108.

