

Chronische pijnklachten

door N.H. Groenman

Inleiding

Het centrale thema van dit artikel is de wijze waarop in de gedragsgeneeskunde chronische pijnklachten worden benaderd. Naast een aantal opmerkingen van theoretische aard zullen ook, ter illustratie, enkele therapeutische mogelijkheden de revue passeren.

Gedragsgeneeskunde

Onder gedragsgeneeskunde ('behavioural medicine') verstaan we:

- a. de klinische toepassing van technieken afkomstig uit de experimentele analyse van gedrag, voor de evaluatie, preventie, hantering en behandeling van een somatische aandoening; en
- b. de uitvoering van onderzoek dat een bijdrage levert tot de functionele analyse en begrip van gedrag verbonden met medische afwijkingen en problemen in de gezondheidszorg (Pomerleau & Brady, 1978).

De essentie van deze omschrijving laat zich in een viertal stellingen als volgt herhalen: gedragsgeneeskunde betreft klachten over somatische aandoeningen; de theoretische optiek is de leertheorie; aan een gecontroleerd empirische bewijsvoering wordt grote waarde gehecht; de behandelingsdoelstelling staat centraal.

Pijn

Pijnklachten worden gewoonlijk in een drietal categorieën verdeeld: acute pijn, pijn bij kanker en chronische pijn. Acute pijn is pijn veroorzaakt door weefselbeschadiging (bijv. infectie, ontsteking, ongeval, brand, operatie) en reageert positief op een somatisch georiënteerde

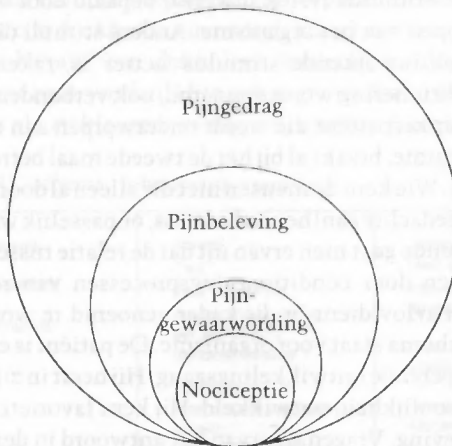
Schrijver is klinisch psycholoog en projectleider van de werkgroep Pijn en Pijnbestrijding Ziekenhuis St. Annadal, Maastricht.

behandeling. Chronische pijn, en deze bijdrage gaat over dit type pijn, is pijn die behandelingsresistent bleek te zijn voor veelal meerdere somatische behandelingen. Verder wordt aangenomen – mede op basis van de al genoemde resistentie voor somatische behandelingen – dat psychische factoren de chronische pijn mede veroorzaken en onderhouden. Pijn bij kanker heeft aspecten van zowel acute als chronische pijn. Deze rubricering is vanuit theoretisch oogpunt gezien aanvechtbaar. Voor de klinische praktijk blijkt ze echter voldoende te differentiëren.

Pijn als gedrag

Het aangeven van wat pijn is, is een hachelijke onderneming, zeker als wordt gestreefd naar een interdisciplinair bruikbare omschrijving. Voorhoeve (1979) stelt dat '(...) pijn (...) zou kunnen berusten op een gestoorde poortwerking in de thalamus tussen het (...) achterstrenghsysteem en de (...) spino-thalamische verbindingen'. Merskey & Spear (1967, p. 21), noemen pijn: '(...) een onplezierige ervaring die we primair associëren met weefselbeschadiging of beschrijven in termen van weefselbeschadiging of beide'. In beide omschrijvingen klinken helder de vakgebieden mee van de genoemde auteurs. De neurochirurg Loeser (1980) formuleert een pijnmodel waarmee hij er in slaagt de diverse opvattingen over pijn te combineren. Hij gaat uit van een viertal niveaus (zie figuur 1):

Figuur 1: Loesers pijnmodel



- nociceptie (de detectie van weefselbeschadigende energie door daartoe geëigende receptoren van A-delta en C-vezels),
- pijngewaarwording (de waargenomen schadelijke prikkeling van het zenuwstelsel),
- pijnbeleving (de negatief affectieve kwaliteiten van pijn, bijvoor-

beeld verdriet, eenzaamheid, angst), en

- pijngedrag (de interactie tussen individu en de hem omringende wereld).

Loesers model blijkt goed bruikbaar te zijn in interdisciplinair kader. Het sluit nauw aan bij de gedragsgeneeskundige benadering van pijn als een vorm van gedrag. Daarbij moet worden aangetekend dat gedrag in de gedragsgeneeskunde wordt bestudeerd in zijn overte en coverte verschijningsvorm. Overt gedrag is de interactie met de omringende wereld (Loesers vierde niveau). Covert gedrag laat zich - in het kader van deze bijdrage - samenvatten als pijngewaarwording en (pijn)beleving (het tweede en derde niveau).

Pijnen en het SORC-schema

Gedrag is onze relatie met de omgeving. De omgeving beïnvloedt ons gedrag en ons gedrag beïnvloedt de omgeving. Een manier om de nauwe en intensieve relatie tussen omgeving en gedrag weer te geven, is het opstellen van een SORC-schema. De afkortingen staan respectievelijk voor stimulus, organisme, respons en consequentie. Stelt men een SORC-schema op voor pijn, dan wordt pijn als respons opgevat, die volgt op een bepaalde stimulus (bijv. fysiek trauma) bij een specifiek individu (de organismefactor) en die tot bepaalde consequenties aanleiding geeft in de omgeving.

Gebruikmakend van dit schema is men in staat om de essenties van pijn weer te geven. Het verband tussen stimulus en (pijn)respons wordt, indien de stimulus fysiek inwerkt, bepaald door de fysiologische eigenschappen van het organisme. Andere stimuli die aanwezig zijn als de fysiek inwerkende stimulus 'actief' is, raken, door wat secundaire conditionering wordt genoemd, ook verbonden aan de respons. Menige kankerpatiënt die wordt onderworpen aan een chemotherapeutisch regime, braakt al bij het de tweede maal betreden van de behandelruimte. Wie kent de mensen niet die alleen al door de geur van (sterker nog: de gedachte aan) het ziekenhuis, onpasselijk worden. In de gedragsgeneeskunde gaat men ervan uit dat de relatie tussen S en R tot stand is gekomen door conditioneringsprocessen van respondent aard. De naam Pavlov dient in dit kader genoemd te worden.

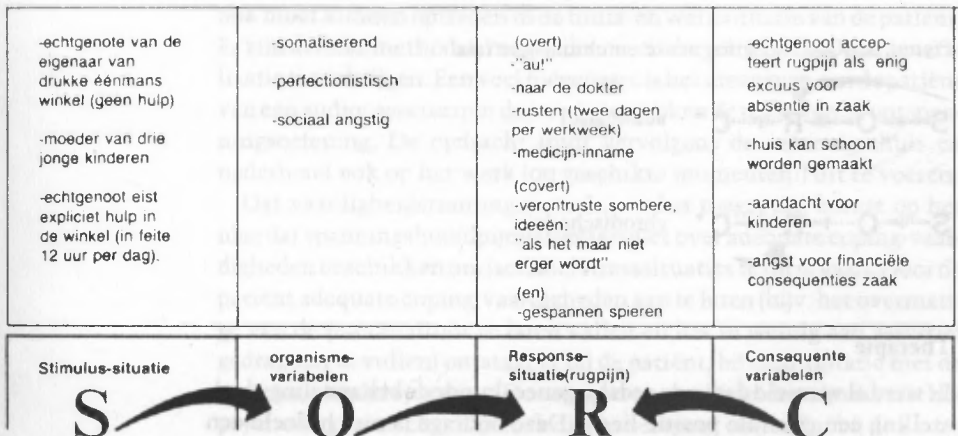
De O in het schema staat voor organisme. De patiënt is een individu met een hem typerende ontwikkelingsgang. Hij heeft in zijn leven een specifieke persoonlijkheid ontwikkeld. Hij kent favoriete reactiestijlen op zijn omgeving. Vragen waarvan het antwoord in deze categorie thuishoort, zijn bijvoorbeeld: Is de patiënt geneigd tot conversie-hysterische reacties? In hoeverre somatiseert hij? Maar ook: Komt hij uit een familie met een overmatige medische consumptie? In hoeverre is er sprake van medicalisering van levensproblematiek? De factoren die in de O-categorie worden ondergebracht, staan in de psychosomatische traditie in het centrum van de belangstelling: de 'homo dolorosus'

(Szasz, 1968), de 'melancholia hyperalgetica' (Groen, 1979). Ook de verwerkingsstijlen van stress ('coping-styles'), een recenter ontwikkelde onderzoeksrichting, horen thuis in de O-categorie.

De R in het schema is het pijngedrag (overt en covert) zelf. Zonder bezwaar is het mogelijk Loesers vier niveaus in deze R-categorie onder te brengen, inclusief de nociceptieve factor. Een lichamelijke inwerkende noxe (schadelijke prikkel) valt onder te brengen in de stimulus-categorie, de detectie ervan in de responserubriek.

Als vierde categorie is genoemd de C-rubriek: de groep van consequente stimuli. Het zijn de reacties uit de omgeving op het pijngedrag. Deze reacties kunnen zeer divers zijn. In eerste instantie zijn ze vaak bezorgd, verzorgend en meelevend van aard. Naderhand, als het pijngedrag aanhoudt, kunnen ook ergernis en ongeloof doorklinken in de omgevingsreacties. Het zijn deze consequente factoren, die volgens Fordyce (1976) verantwoordelijk zijn voor het chronisch worden van een pijnprobleem. We komen hier naderhand op terug. Langs de lijnen van operante leerprocessen (Skinner, 1938), ontstaan relaties tussen de consequente factoren en het pijngedrag. Vandaar dat pijn, die vooral onder invloed staat van consequente factoren, wel wordt aangeduid als 'operante pijn'. Zoals reeds gesteld zijn operante leerprocessen verantwoordelijk voor het verband tussen R en C. Pijngedrag onderscheidt zich wat dat betreft niet van andere gedragsvormen. Consequente factoren met een bekrachtigend effect op het pijngedrag doen de waarschijnlijkheid van het optreden van het pijngedrag toenemen, met name als de patiënt zich wederom bevindt in de oorspronkelijke of daarop lijkende stimulussituatie. Een voorbeeld. De echtgenote van de eigenaar met een drukke eenmanszaak klaagt over rugpijn. Haar man eist van haar, behalve een vlekkeloos draaiende huishouding, ook een volledige inzet in de winkel. Hij verdraagt niet dat zij tijd voor zichzelf neemt. Maar als zij klaagt over rugpijn, reageert hij vriendelijk en vol

Figuur 2: SORC-schema: inhoudelijk voorbeeld



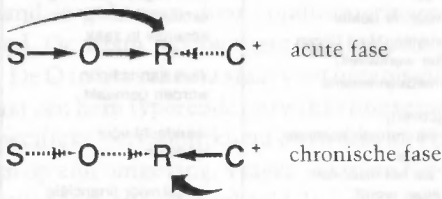
begrip (positief bekrachtigend). Op dergelijke dagen doet hij verder geen beroep op haar hulp in de winkel (negatief bekrachtigend). De rugpijn kan in eerste instantie veroorzaakt zijn door bijvoorbeeld menstruatie en/of een laat eindigend feestje met veel nicotine en alcohol. Maar vanwege de bekrachtigende werking van de consequente factoren is het heel wel mogelijk dat de klacht blijft voortduren, ook als menstruatie en alcohol hun invloed hebben verloren. Niet omdat de patiënte simuleert blijft de klacht aanwezig. Van simuleren is sprake als de patiënte geen pijn heeft, maar wel zegt dat daarvan sprake is. De beheersing van het pijngedrag is overgegaan van antecedente factoren (menstruatie, alcohol, nicotine) naar consequente factoren (begrip, geen beroep op hulp) op basis van een operant leerproces. Dit voorbeeld is uitgewerkt in figuur 2 (zie ook Groenman, 1985).

Chronische pijn als aangeleerd gedrag

Bij chronisch pijngedrag zal de verantwoordelijke factor niet zozeer in de somatisch-antecedente sfeer maar in de psychosociaal-consequente sfeer moeten worden gezocht. Deze veronderstelling heeft belangrijke consequenties. Deze stellingname beïnvloedt de attitude waarmee men dergelijke patiënten tegemoet treedt en natuurlijk ook de diagnostiek en de behandeling van chronische pijnpatiënten. Er worden enkele gevolgen genoemd.

Ten eerste. De controle over en de beheersing van het klachtenpatroon verschuift van factoren vóór naar factoren erna. De ideeën die bij de patiënt leven over de oorzaken van zijn pijn veranderen niet. De pijn voelt precies zo, de affectieve component verandert niet en het idee van de patiënt niet goed onderzocht te worden, blijft (covert gedeelte). Evenmin vindt in het pijngedrag (overt gedeelte) een wijziging plaats. 't Is de onderzoeker die concludeert dat de pijn niet meer respondent (antecedente sfeer), maar operant (consequente sfeer) van aard is (zie figuur 3).

Figuur 3: SORC-schema: acute en chronische fase



Therapie

Er werd al vermeld dat in de gedragsgeneeskunde de behandelingsdoelstelling een centrale positie heeft. Deze bijdrage is niet bedoeld een

overzicht te zijn van de diverse therapeutische mogelijkheden die de gedragsgeneeskunde biedt met betrekking tot pijn. We beperken ons tot een globale bespreking van twee behandelprogramma's. Het eerste programma is gericht op spanningshoofdpijn, een klacht die doorgaans onder respondente controle staat (d.i. de stressor gaat aan de klacht vooraf). Het tweede betreft pijn laag in de rug: een klacht die veelal operant is bepaald (d.i. de bekrachtiger volgt op de klacht). Hieruit mag niet de conclusie worden getrokken dat spanningshoofdpijn altijd respondent van aard is en altijd via die invalshoek moet worden behandeld. Een zelfde opmerking geldt voor lage rugpijn. De pijnlocus maakt niet de keuze van de therapeutische technieken uit. De behandelmethode wordt gekozen op grond van argumenten die zijn verzameld in het psychodiagnostisch onderzoek. Het psychodiagnostisch proces resulteert onder andere in een voor een specifiek individu geldend SORC-schema. De resultaten van het psychodiagnostisch proces geven aan of de klacht voornamelijk onder respondente (S → R type) of vooral onder operante (R ← C type) controle staat. Vervolgens wordt de invalshoek voor de behandeling gekozen. Uit de klinische realiteit blijkt echter dat spanningshoofdpijn vaak een klacht is van het respondente type, en dat pijn laag in de rug er meestal één is van het operante type.

Therapie: spanningshoofdpijn

Uit de onderzoeken naar de behandeling van spanningshoofdpijn volgt dat een dergelijke behandeling tenminste de volgende twee therapeutische technieken moet bevatten: relaxatieoefeningen en vaardigheidstraining(en). De relaxatie heeft tot doel de relatie S (= stressor) → R (= pijnlijke spanning) te doorbreken. Meestal wordt de progressieve relaxatiemethode van Jacobson (1938) toegepast. De patiënt wordt geleerd zijn spanningsniveau op zelf gekozen momenten te reduceren. Dit houdt in dat de relaxatierespons, behalve in de behandelruimte, ook moet kunnen optreden in de thuis- én werksituatie van de patiënt. Er zijn diverse methoden mogelijk om een dergelijke vorm van generalisatie te verkrijgen. Een veel toegepaste is het meegeven aan de patiënt van een audiocassette met daarop ingesproken de tekst van de ontspanningsoefening. De opdracht luidt vervolgens de oefening thuis en naderhand ook op het werk (op geschikte momenten!) uit te voeren.

Dat vaardigheidstrainingen vaak worden toegepast, berust op het idee dat spanningshoofdpijnpatiënten niet over adequate coping-vaardigheden beschikken om (sociale) stresssituaties te lijf te gaan. Door de patiënt adequate coping-vaardigheden aan te leren (bijv. het overmatig van de punctualiteit te laten vallen en het te weinig aan assertief gedrag aan te vullen) ontstaat er bij de patiënt, bij confrontatie met de stressor, minder spanning. De aan te leren vaardigheden zijn divers: het psychodiagnostisch onderzoek dient therapeut en patiënt bij de keuze

tot leidraad. Voor nadere informatie betreffende de behandeling van spanningshoofdpijn verwijzen we naar Kraaimaat, Van Dam-Baggen & Van Dijk (1982), De Bruijn-Kofman & Groenman (1983a, b) en Moonen, De Bruijn-Kofman, Groenman & Beekers (1984).

Therapie: rugpijn

Zoals gezegd, is men van mening dat pijn laag in de rug vaak een klacht is van het operante type ($R \leftarrow C$). De pijn zou met name onder controle staan van consequente factoren. Het doel van de operante behandeling is het doorbreken van de relatie tussen pijngedrag en de bekrachtiger onder gelijktijdige realisering van een relatie tussen een (overigens vaak dezelfde) bekrachtiger en 'gezond' gedrag. Er wordt gepoogd het pijngedrag uit het gedragsrepertoire 'weg te drukken'. Het is de ervaring van de initiator van deze therapievorm, Fordyce (1976) dat een veel voorkomende bekrachtiger van lage rugpijn 'rust' is. Op 'pijn' volgt 'rust': de patiënt neemt rust bij het ervaren van pijn (mogelijk is ook: bij de anticipatie daarvan) of zijn omgeving dwingt hem – met goede bedoelingen – tot het nemen van rust. Rust echter heeft op de lange duur tot gevolg sociale isolatie. Sociale isolatie en pijn geven niet zelden aanleiding tot een lage zelfwaardering (chronische pijn en depressie gaan hand in hand). Fordyce stelt de patiënt voor 'rust' vooraf te laten gaan door een van tevoren afgesproken kwantum activiteit. Als activiteitsvorm wordt meestal gekozen voor wandelen. Het kwantum activiteit dat uitgevoerd wordt alvorens 'rust' genomen kan worden, wordt van dag tot dag groter. Het dagelijks accres is van tevoren afgesproken. Van belang is dat 'pijn' en 'rust' ontkoppeld worden en dat er een nieuwe verbinding ontstaat tussen 'afgeronde taak' en 'rust'. Een mogelijk behandelingsresultaat is dat de patiënt de eerste behandelingsdag van bed naar toilet loopt en weer terug, dat hij aan het eind van de tweede behandelingsweek de hele ziekenhuisgang afloopt, en dat hij in de derde week een wandeling rond het ziekenhuis maakt. Doordat de actieradius van de patiënt toeneemt, neemt zijn sociale isolatie af. Tevens neemt door de uitvoering van 'afgeronde taken' de zelfwaardering toe. Met de activiteitstoename blijkt doorgaans het klagen over pijn af te nemen. Daardoor ontstaat een ingang tot andere therapeutische maatregelen. Bij andere therapeutische maatregelen dient men te denken aan de (belangrijke!) fysiotherapeutische en ergotherapeutische bijdragen, ontspanningsoefeningen, aan beroeps counseling, aan partner-relatietherapie, etcetera.

Een dergelijk operant programma, waarbij de patiënt vijf dagen per week, ongeveer acht uur per dag, intensief bezig is (in de weekends geldt een lichter programma), vindt vrijwel uitsluitend klinisch plaats en duurt enkele weken. Willen de behandelresultaten beklijven, dan zal ook aan patiënten huisgenoten geleerd moeten worden positief te reageren op 'gezond gedrag' ter vervanging van hun gebruikelijk (vaak

positief bekrachtigend) reactiepatroon op pijn. Dit is meestal een poliklinisch uitgevoerd subprogramma. Een nauwkeurige beschrijving van het verloop van een operante pijnbehandeling is te vinden in Vlaeyen & Groenman (1984). Follick, Zitter & Ahern (1983) becijferen dat 70% van de chronische pijnpatiënten bij een dergelijk behandelingsprogramma baat hebben. Gelet op het behandelingsresistente karakter van het klachtenpatroon is dit een niet gering percentage.

Literatuur

- Bruijn-Kofman, A.T. de, en N.H. Groenman (1983a), Determinanten van spanningshoofdpijn. *Gezondheid en Samenleving*, 4, 170-176.
- Bruijn-Kofman, A.T. de, en N.H. Groenman (1983b), Spanningshoofdpijn. In: H. Mattie e.a. (red.), *Pijninformatarium*, Samsom/Stafleu, Alphen aan den Rijn.
- Follick, M.J., R.E. Zitter en D.K. Ahern (1983), Failures in the treatment of chronic pain. In: E.B. Foa en P.M.G. Emmelkamp (eds.): *Failures in behavior therapy*. John Wiley & Sons, New York.
- Fordyce, W.E. (1976), *Behavioral Methods for chronic pain and illness*. C.V. Mosby Company, Saint Louis.
- Groen, J.J. (1979), Het syndroom van de onbehandelbare pijn. *Ned. T. Geneesk.*, 123, 10, 374.
- Groenman, N.H. (1985), De rugpijnpatiënt bij de klinisch psycholoog. In: M.J. Kingma en H.J. Dokter (red.), *Rugpijn*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht.
- Jacobson, E. (1938), *Progressive Relaxation*. University Chicago Press, Chicago.
- Kraaimaat, F.W., C.J.M. van Dam-Baggen en P.K. van Dijk (1982), Spanningshoofdpijn: determinanten en behandeling. *Gedragstherapie*, 2, 62.
- Loeser, J.D. (1980), A definition of pain. *Medicine*, Washington, 7, 3-4.
- Merskey, H., en F.G. Spear (1967), *Pain: psychological and psychiatric aspects*. Baillair, Tindell & Cassell, London.
- Moonen, M., A.T. de Bruijn-Kofman, N.H. Groenman en M. Beckers (1984), Treatment of Tension Headache by a method combining coping-skills training and a series of relaxation procedures. *Pain Supplement*, 2, S132.
- Pomerleau, O.F., en J.P. Brady (eds.) (1979), *Behavioral Medicine: theory and practice*. Williams and Wilkins, Baltimore.
- Skinner, B.F. (1938) *The behavior of organisms*. Appleton-Centry-Crofts, New York.
- Szasz, Th.S. (1968), The psychology of persistent pain, a portrait of l'homme douloureux. In: A. Soulairac e.a. (eds.), *Pain*. Academic Press, New York.
- Vlaeyen, J., en N.H. Groenman (1984), Chronische pijn en het operante pijnbehandelingsprogramma. In: H. Mattie e.a. (red.), *Pijninformatarium*, Samsom/Stafleu, Alphen aan den Rijn.
- Voorhoeve, P.E. (1979), Neurofysiologie in de jaren zeventig. In: H. Mattie e.a. (eds.), *Pijninformatarium*, Samsom/Stafleu, Alphen aan den Rijn.