

Chronische pijn: een oplossingsgerichte benadering

Eindwerk opleiding Oplossingsgericht Cognitieve Systemische Therapie

Tine Mahieu
Academiejaar 2022-2023
Korzybski Instituut

Inhoud

1. Acute vs. chronische pijn.....	3
2. Evolutie in het denken over pijn.....	4
3. Pijnsysteem.....	5
4. Psychotherapie.....	6
5. Cliëntgebonden factoren.....	8
5.1. Keuzes.....	8
5.2 Gewoontes.....	10
5.3 Positieve commentaren en complimenten.....	11
6. Therapeut- en relatiegebonden factoren: Brugs Model - flowchart.....	11
6.1 Probleem vs. beperking.....	12
6.2 Vrijblijvende relatie.....	13
6.3 Zoekende relatie.....	14
3 vragen van een gelukkig leven.....	15
Zoeken naar alternatieven of uitzonderingen.....	16
Schaalvragen.....	17
Behoudensvraag.....	18
Mirakelvraag.....	18
6.4 Consulterende relatie.....	19
Gedachten onderbreken.....	20
Piekerkwartier.....	20
Piekerstoel.....	21
Aandacht afleiden.....	21
Mindfulness.....	21
5-4-3-2-1.....	22
6.5 Expertenrelatie.....	22
7. Overige aandachtspunten en technieken.....	23
7.1 Invloed van taal.....	23
7.2 Psycho-educatie.....	24
7.3 Bull's eye.....	24
7.4 Lotgenotencontact.....	26
8. Conclusie.....	26
9. Referenties.....	28

Achtergrond

Ik ben als psychologe verbonden aan het multidisciplinair pijncentrum in een algemeen ziekenhuis en werk uitsluitend met personen met chronische pijnklachten. Bijgevolg was het voor mij voor de hand liggend om 'chronische pijnklachten: een oplossingsgerichte benadering' te kiezen als onderwerp voor mijn eindwerk.

1. Acute vs. chronische pijn

Acute pijn is kortdurend en heeft meestal een duidelijke oorzaak, zijnde weefselbeschadiging. Acute pijn is zinvol. Het heeft een beschermende functie, die ons waarschuwt dat er weefselschade is of dreigt te ontstaan. Het zet aan tot actie. Denk bijvoorbeeld aan een hete kookplaat, die je tijdens het koken per ongeluk aanraakt: je voelt pijn en daardoor trek je je hand weg. Zodoende wordt er vermeden dat er (verdere) schade berokkend wordt. De pijn verdwijnt van zodra het letsel genezen is.

Chronische pijn is daarentegen een complex gegeven. Er zijn verschillende definities voorhanden om chronische pijn te beschrijven. De ICD-11 (WHO) definieert chronische pijn als pijn die meer dan 3 maanden aanwezig is. Het WHO voegt eraan toe dat chronische pijn vaak multifactorieel is, waarbij zowel biologische, psychologische en sociale factoren een invloed kunnen hebben op pijn. Chronische pijn is een probleem op zich én vaak een oorzaak van bijkomende problemen op biopsychosociaal vlak. In de praktijk zien we bijvoorbeeld dat patiënten vaak al maanden tot jaren arbeidsongeschikt zijn, terecht zijn gekomen in een sociaal isolement, kampen met depressieve klachten en/of angstklachten, ... Kortom: chronische pijn beïnvloedt het dagelijks functioneren en de levenskwaliteit.

Chronische pijn is een wereldwijd frequent voorkomend probleem. Volgens onderzoek (Breivik et al, 2012) kampt 19% bij van de volwassenen in Europa met chronische pijn, met een gemiddelde tot ernstige intensiteit én duidelijke impact op verschillende domeinen (vb. kwaliteit op sociaal vlak en werkvlak). In België lijkt de prevalentie van chronische pijn zelfs hoger te liggen. Een gezondheidsenquête in 2018, uitgevoerd door het Sciensano (Drieskens & Charafeddine, 2018), bracht namelijk naar voor dat één op de 4 Belgen aan chronische pijn lijdt. Bovendien blijken medische interventies vaak ontoereikend of zelfs zonder enige verbetering (Berquin et al, 2011).

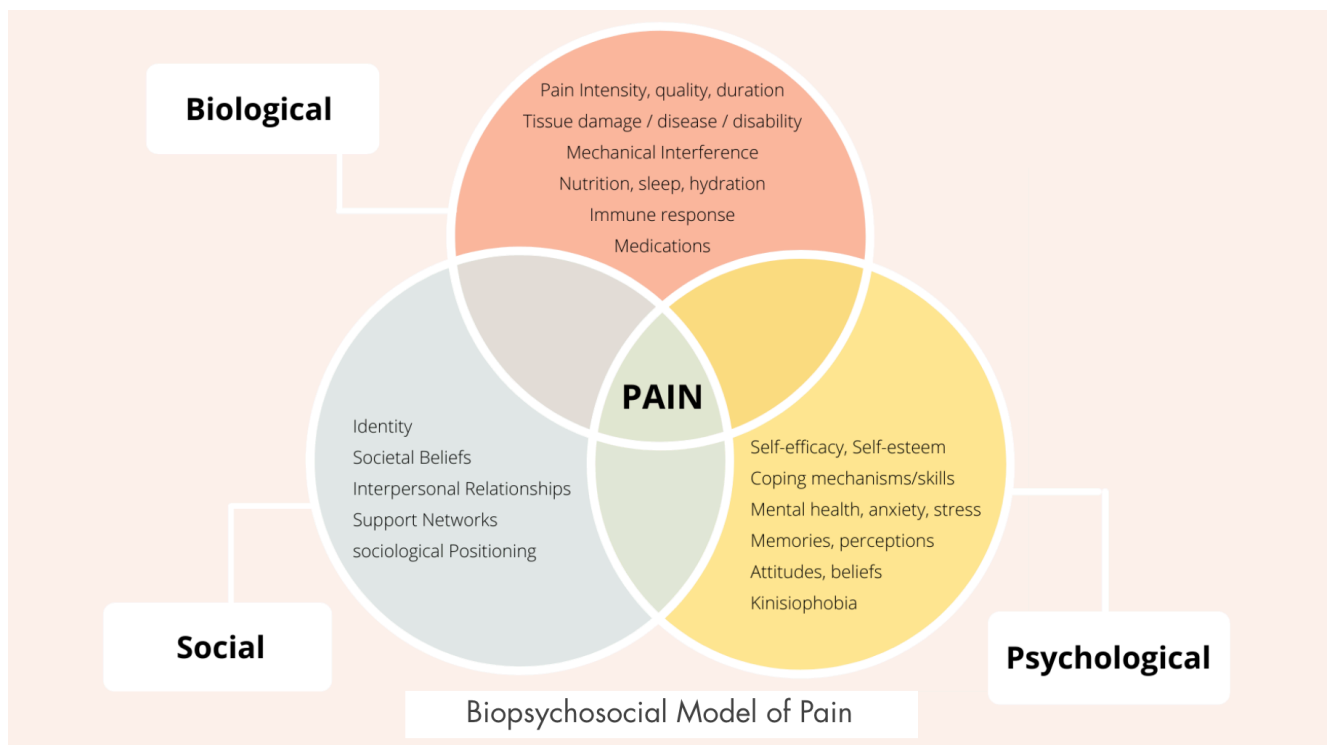
In ons pijncentrum merken we dat patiënten vaak al een uitgebreid traject hebben afgelegd, waarbij men reeds verschillende specialisten consulteerde en tal van behandelingen doorliep, zonder (blijvend) soelaas. Deze vaststelling bevestigt opnieuw dat chronische pijn een complex gegeven is, waarbij verschillende biologische, psychologische en sociale factoren elkaar beïnvloeden. Het belang van een interdisciplinaire aanpak vanuit biopsychosociale visie wordt daarom geadviseerd. Berquin en medeonderzoekers (2011) merken op dat een globale evaluatie, met aandacht voor de overtuigingen en verwachtingen van de patiënt daarbij onontbeerlijk is. Het hoofddoel van therapeutische opvolging is om de

impact van de pijn op de levenskwaliteit te beperken. De focus ligt niet op het oplossen van de pijn maar wel op een verbetering op vlak van het fysiek, emotioneel en sociaal functioneren. De patiënt vervult hierin een actieve rol.

2. Evolutie in het denken over pijn

De eerste modellen over pijn vertrokken vooral vanuit een biomedisch perspectief. Dit vindt zijn oorsprong in het Cartesiaanse dualisme, dat een opdeling maakt tussen lichaam en geest. Binnen het biomedisch denkkader wordt ziekte hoofdzakelijk gezien als het falen van het lichaam, wat dan bijvoorbeeld resulteert in een letsel. Er wordt gesteld dat er een voorspelbare en lineaire relatie is tussen weefselschade en pijn, wat betekent dat een letsel of lichamelijke pathologie een voorwaarde is om “echte” pijn te ervaren. Dit heeft als gevolg dat behandeling op medisch vlak volgens dit denken de enige mogelijkheid is en houdt het risico in dat er getwijfeld wordt of geen geloof wordt gehecht aan de pijn die gerapporteerd wordt door de patiënten bij wie er geen weefselschade kan gelocaliseerd worden. Doorheen de jaren kwam er veel kritiek op het biomedisch kader, aangezien het uitgaat van een zeer reductionistische visie en er geen rekening wordt gehouden met andere belangrijke factoren (psychologische, sociale factoren, ...), die ook inwerken op de pijn. Bovendien kan het sommige fenomenen niet verklaren. Denk maar bijvoorbeeld aan iemand met ernstige weefselschade, die weinig pijn ervaart, en aan iemand met weinig/geen duidelijke weefselschade die toch veel pijn rapporteert. Later werd het biopsychosociaal model naar voor geschoven, dat pijn omschrijft als de uiting van een complexe interactie tussen biologische, psychologische en sociale en culturele factoren.

In ons pijncentrum werken we in multidisciplinair team, vanuit biopsychosociale visie. De pijnarts start een multidisciplinair traject op, waarbij verschillende disciplines aan de hand van gesprek en/of onderzoek zicht proberen te krijgen op de pijnproblematiek en de patiënt in z'n geheel. Het is belangrijk dat de patiënt voldoende geïnformeerd wordt over onze multidisciplinaire werking en het belang daarvan bij de aanpak van chronische pijn. We merken namelijk dat de patiënt soms weigerachtig staat tegenover dit multidisciplinair voorstel vanuit de gedachte “Ik word niet geloofd in mijn pijn” of “De pijn zit niet tussen mijn oren!”. We merken dat patiënten nog vaak denken vanuit het biomedisch denkkader, waarbij men de verwachting heeft dat de behandeling van de pijn zich (enkel) toespitst op het medisch luik. We informeren de patiënt dat het bij lang bestaande en moeilijk behandelbare pijnklachten extra belangrijk is om niet enkel de pijn op zich maar ook de patiënt in zijn totaliteit te bekijken. Dit enerzijds om na te gaan of er nog andere factoren zijn die de pijn veroorzaken, in stand houden of doen toenemen (vb. bepaalde stressoren, inadequate copingmechanismen, ...) en of we de patiënt (ook) op andere manieren kunnen begeleiden. Bij de aanwezigheid van uitgesproken stressoren en/of een kwetsbaar psychisch functioneren, wat de pijn negatief kan beïnvloeden, kan er bijvoorbeeld psychologische begeleiding voorzien worden. Of wanneer er sprake is van deconditionering (d.i. uit conditie geraken), kan de kinesist door middel van activiteitenmanagement de patiënt ondersteunen in het stelselmatig opbouwen van activiteiten, met respect voor de lichamelijke grenzen.



Bron: www.activephysiotherapy.co.il/what-is-pain

3. Pijnsysteem

Bij chronische pijn is er vaak geen duidelijke lichamelijke oorzaak. Zoals eerder geformuleerd, werd reeds afgestapt van de biomedisch model, waarbij weefselschade een voorwaarde is om pijn te ervaren. De laatste jaren is er steeds meer evidentie dat de oorzaak van pijnklachten gelinkt kan worden aan veranderingen in het pijnverwerkingssysteem, dat deel uitmaakt van ons zenuwstelsel (Vermeulen & Vanistendael, 2021).

Het zenuwstelsel bestaat uit perifere zenuwen die signalen opvangen (“voelsprietten”) en doorsturen naar het ruggenmerg (Vermeulen & Vanistendael, 2021). In het ruggenmerg worden signalen getransformeerd en verzonden naar de centrale zenuwen, die ze overdragen aan de hersenen. In de hersenen worden signalen onbewust verwerkt en wordt er beslist of een signaal al dan niet versterkt moet worden tot bewuste, voelbare pijn. Als het brein concludeert dat er geen gevaar dreigt, voel je geen pijn. Wanneer het brein echter denkt dat er gevaar is, ook wanneer er geen schade is, gaat het pijnalarm af. Ons lichaam beschikt dus over een zeer krachtig intern systeem om pijnmechanismen te controleren. Bij een verstoord pijnsysteem zijn de zenuwen overgevoelig geworden en worden de gevaarboodschappen ter hoogte van het ruggenmerg versterkt en sterker doorgegeven aan de hersenen. Wanneer het krachtig pijnstillend systeem van de hersenen niet naar behoren werkt, wordt er teveel pijn geproduceerd. Normale aanrakingen of bewegingen worden dan als erg pijnlijk ervaren. Bij acute pijn is dit een normaal fenomeen: het lichaam maakt de

zenuwen bij een blessure of ziekte gevoeliger om het probleemgebied te beschermen en vlot te kunnen genezen (vb. gebroken enkel). Deze gevoeligheid houdt normaalgezien enkele weken aan en verdwijnt terug. Echter kan het soms fout gaan in ons pijnsysteem en kan de gevoeligheid blijven aanhouden. De gevoeligheid kan zich zo verspreiden naar andere plaatsen in het lichaam en zorgt ervoor dat de pijn uitbreidt/toeneemt. Het zenuwstelsel is overgevoelig geraakt: er is sprake van sensitisatie.

Een frequent gebruikte metafoor om het pijnsysteem toe te lichten, is de vergelijking met een brandalarm (www.paininmotion.be). Wanneer het brandt, gaat het brandalarm af om je te waarschuwen, zodat je in actie kan schieten en jezelf in veiligheid kan brengen. Als een brandalarm defect is en overgevoelig reageert, dan zou bijvoorbeeld zelfs een kaars het brandalarm al kunnen triggeren. Een overgevoelig brandalarm zou, zonder de aanwezigheid van rook of vuur, luiden. Als er geen vuur is en het brandalarm blijft rinkelen, dan zal de brandweer je aanraden om het overgevoelig brandalarm te repareren. De behandeling van chronische pijn is te vergelijken met het repareren van een defect brandalarm: het doel is om de zenuwen minder gevoelig te maken.

Factoren die een overgevoelig zenuwstelsel (sensitisatie) in de hand werken of onderhouden zijn bijvoorbeeld overmatige spierspanning, negatieve emoties (vb. neerslachtigheid, machteloosheid), pijngerelateerde angst of kinesiofobie, stress, focus op de pijn en overbelasting. Bij het behandelen van chronische pijn dient er dus voldoende aandacht uit te gaan naar het identificeren en aanpakken van stressoren, negatieve denkpatronen en gevoelens, het versterken van de interne copingmechanismen, het onderhouden van voldoende beweging binnen de eigen mogelijkheden, ... Zo kan men “het brandalarm” repareren en de zenuwen zodoende minder gevoelig maken.

4. Psychotherapie

Pijnmanagement programma's zijn vaak gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie (CGT). CGT is een psychotherapeutische behandeling, die efficiënt is gebleken bij de aanpak van verschillende problematieken en zo ook bij de behandeling van pijn (Kerns et al, 2010; Williams et al, 2012). Bij pijnmanagement steunt cognitieve gedragstherapie op 3 belangrijke pijlers (Kerns et al, 2010). Als eerste pijler wordt het belang van de rationele naar voor geschoven. De rationele helpt het individu beter begrijpen dat de pijnbeleving wordt beïnvloed door cognities en gedrag én dat men zelf een belangrijke invloed heeft op de mate van controle die men over de pijn heeft. De patiënt vervult dus een actieve rol. Een tweede pijler omvat het trainen van copingmechanismen. Voorbeelden hiervan zijn relaxatietechnieken, activiteitenmanagement, het zoeken van afleiding en cognitieve herstructurering (identificeren van negatieve pijngerelateerde gedachten en deze vervangen door meer adaptieve gedachten). De derde pijler gaat over het behoud van de nieuw aangeleerde copingmechanismen.

In het pijncentrum werken we voornamelijk vanuit een cognitief gedragstherapeutisch denkkader, zowel in individuele begeleiding, als in onze groepsprogramma's. Wel noteren we dat er toenemende evidentie is voor het gebruik van acceptance and commitment

therapie (ACT), dat focust op acceptatie, veerkracht en persoonlijke waarden (Simm et al, 2014).

Oplossingsgerichte therapie en chronische aandoeningen lijken tegenstrijdig te zijn, aangezien solution-focused therapie vaak geassocieerd wordt met kortdurende therapie. Isebaert en Lefevere (2022) verduidelijken nogmaals in het handboek “De therapeutische Alliantie” dat korte therapie niet gelijk staat aan kortdurende therapie. Bij korte therapie is er geen specifiek tijdsbestek waar men zich op richt. De therapie vergt zo weinig mogelijk sessies om een bevredigende oplossing te bekomen (De Shazer). De focus ligt op doelen. Oplossingsgerichte therapie gaat uit van de stelling dat er niet veel geweten moet zijn over de mechanismen van probleemontwikkeling. Bovendien ontbreekt een duidelijke etiologische verklaring vaak bij chronische ziekten. Als we bijvoorbeeld denken aan de patiënten die zich bij ons aanmelden met chronische pijnklachten, stellen we vast dat er bij de meerderheid vaak geen duidelijke oorzaak van de pijn kan vastgesteld worden. Isebaert en Lefevere noteren dat chronische aandoeningen de neiging hebben om de cliënt binnen hun beperkingen te fixeren. Het valt op dat de cliënt met chronische pijn vooral lijkt te zien wat de beperkingen zijn ten gevolge van de pijn. Men lijkt moeilijk te kunnen zien welke mogelijkheden er wél nog zijn met de pijn, eventueel door het gebruik van hulpmiddelen of het maken van aanpassingen. De cliënt vertelt bijvoorbeeld niet meer aan het werk te zijn, dat het huishouden moeilijk uitvoerbaar is geworden, de partner tal van zaken overneemt, hoe beperkt men is in wandelafstand, hij/zij zodoende niet meer gaat shoppen of wandelen aan zee, etc. Oplossingsgerichte gesprekken gaan niet over hoe de cliënt zich beperkt voelt in zijn/haar functioneren. Het gaat daarentegen over wat de cliënt doet om de levenskwaliteit te verbeteren.

In het klinische veld en onderzoek is er steeds meer aandacht voor ook oplossingsgerichte, kortdurende therapie (SFBT). Simm et al (2014) lichten toe dat oplossingsgerichte benaderingen niet directief zijn en gestuurd worden door de cliënt. Hierbij gaat men ervan uit dat de cliënt over resources beschikt om om te gaan met de ervaren moeilijkheden en dat kleine stapjes in de vicieuze cirkel van problemen verandering kunnen brengen jegens probleemoplossing. SFBT streeft naar verandering in de gewenste richting door te focussen op de gewenste situaties, succeservaringen in het heden en verleden, en haalbare doelen (Simm et al, 2014). Er zijn slechts weinig studies voorhanden over pijnmanagement programma's vanuit oplossingsgerichte benadering. Dargan en medeonderzoekers (2014) toonden wel aan dat SFBT bij patiënten met chronische pijn helpend kan zijn om een beter en meer betekenisvol leven te leiden. Simm & Barker (2018) stelden statistisch en klinisch significante verbeteringen vast op vlak van zelfdoeltreffendheid, mentaal welbevinden en functioneren. De positieve evolutie op mentaal vlak en zelfdoeltreffendheid kon ook na 12 maanden worden vastgesteld. Bijkomend suggereren deze bevindingen dat dergelijke pijnprogramma's de hinder van chronische pijn op het dagelijks leven kan verminderen.

5. Cliëntgebonden factoren

5.1. KEUZES

In de categorie van cliëntgebonden factoren zijn er verschillende zaken waar de therapeut geen invloed op heeft (Isebaert & Lefevere, 2022). Denk maar bijvoorbeeld aan hun relationele status, of ze al dan niet kinderen hebben, hun werksituatie of andere zingevende bezigheden, genetica, ... De factoren waar we in de therapeutische alliantie wél mee aan de slag kunnen gaan, zijn enerzijds keuzes en doelstellingen en anderzijds resources en vaardigheden. In het Brugs model is het de taak van de therapeut om samen met de cliënt een context te creëren waarin de cliënt de keuze heeft te veranderen wat hij/zij wilt veranderen en te behouden wat hij/zij wenst te behouden. De therapeut heeft niet de taak om de cliënten veranderen of hun problemen op te lossen. Het therapeutisch doel is om vrijheid van keuze te hebben. Isebaert en Lefevere (2022) specificeren dat vrijheid van keuze het volgende inhoudt: duidelijk maken wat zijn/haar existentiële keuzes zijn, de keuzes uitdrukken in gewoonten, ongewenste gewoonten laten vallen, resources en vaardigheden vinden om dit te verwezenlijken en zo de vrijheid heroveren om het leven te leiden dat zij kiezen.

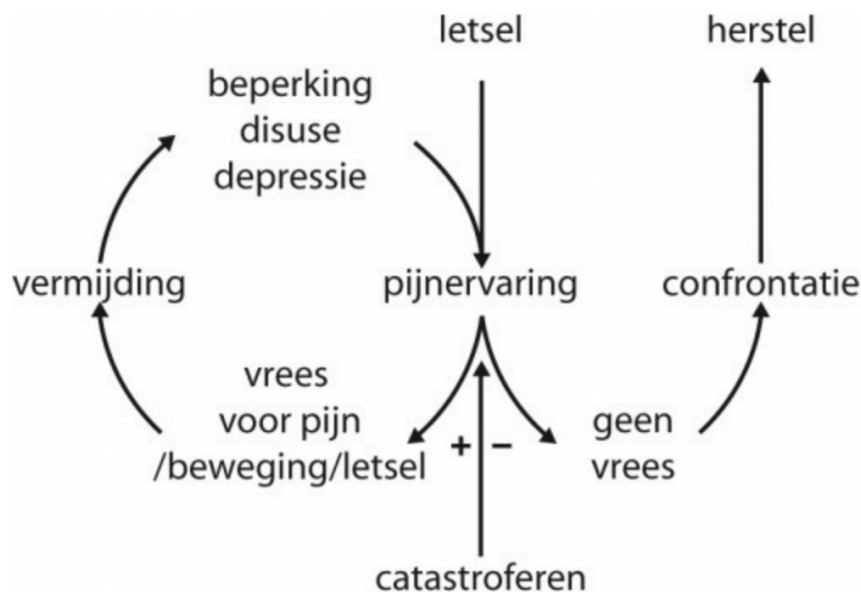
Het merendeel van onze cliënten bevindt zich in een situatie waarin ze niet meer in staat zijn om zelf keuzes te maken. Ze kunnen zich niet gedragen op de manier waarbij ze tevreden zijn, of tevredenheid op het ene domein gaat gepaard met lijden op een ander domein. Een patiënt met chronische pijn vertelt bijvoorbeeld te genieten van de momenten waarop ze moet zorgen voor haar kleinkindje maar dat ze dit nadien steeds lichamelijk moet bekopen, aangezien dit gepaard gaat met een pijntoename. Tevredenheid op mentaal vlak gaat hier dus gepaard met lijden op fysiek vlak.

Een symptoom wordt in het handboek “De Therapeutische Alliantie” omschreven als gedachten, gevoelens en gedragingen die de cliënt produceert, of men dit nu wilt of niet. Echter is het niet het doel om de cliënt te helpen om dergelijke symptomen niet meer te produceren. Nogmaals: het doel is om de cliënt te helpen met het kiezen te kiezen.

Keuzes kunnen onderverdeeld worden in twee luiken: semantische en pragmatische keuzes. Bij een semantische keuze gaat het om de betekenis die we kiezen te geven aan feiten en gebeurtenissen. Een pragmatische keuze gaat over het kiezen wat je gaat doen, volgend uit je semantische keuze. Als een patiënt met chronische pijnklachten ervan overtuigd is dat een cinemabezoek gepaard zal gaan met meer pijn, aangezien het lang stilzitten belastend is en hij de zetels in de cinemazaal oncomfortabel vindt voor de rug (semantische keuze), dan is de kans groot dat hij zal beslissen om toch niet naar de cinema te gaan (pragmatische keuze). Een gebrek in het aantal semantische keuzes vertaalt zich in een beperking op vlak van pragmatische keuzes. Het gebrek aan alternatieven voor de betekenisverlening geeft dus ook een gebrek aan alternatieven voor de handelingsbeslissing. Bij pathologie, symptomen of problemen is er verlies aan semantische en pragmatische keuzemogelijkheden. Een man met chronische pijn die op gesprek kwam, vertelde “niets meer te kunnen” door de pijn, waardoor hij 22 van de 24 uren in een ziekenhuisbed in de living lag. Hij ging ervan uit dat beweging enkel maar gepaard gaat met een deterioratie van de pijn en zijn lichaam doet aftakelen (semantische keuze), waardoor hij

beweging zoveel mogelijk vermijdt (pragmatische keuze) en zijn levenskwaliteit erg beperkt is geworden. Hij vertelde dat hij zich graag meer buitenshuis zou willen begeven, aangezien dit nu enkel beperkt was tot afspraken bij artsen/specialisten en boodschappen, en idealiter iets van vrijwilligerswerk zou willen doen maar dat hij dit absoluut niet meer kan of zal kunnen. In de therapie werd stilgestaan bij de functie van het vermijdingsgedrag, wat in zijn denken het zoveel mogelijk beperken of onder controle houden van de pijn betreft. Echter zorgt zijn copingmechanisme (vermijding) er net voor dat zijn lichaam verder gedeconditioneerd geraakt, hij zo nog meer pijn in de hand werkt, waardoor hij meer vermijdingsgedrag stelt, etc. Hij bevindt zich in een vicieuze cirkel en heeft het gevoel geen keuzes meer te kunnen maken.

De casus doet denken aan het gekende vrees- vermijdingsmodel van Vlaeyen et al. (2016). Het model stelt voorop dat personen die catastroferen (vb. pijn wordt beschouwd als het gevolg van een ernstig onderliggend letsel) angst kunnen ontwikkelen voor de pijn, waardoor ze activiteiten die ze relateren aan pijn, vermijden. Het vermijdingsgedrag zorgt ervoor dat er minder mogelijkheden zijn om de catastrofale gedachten of verwachtingen te corrigeren, waardoor de negatieve gevolgen van pijn overschat worden. Op fysiek niveau gaat vermijding gepaard met fysieke deconditionering (vb. verminderde spiermassa, slechtere conditie, gewichtstoename, ...). Op mentaal vlak zien we bij vermijding onder andere een vermindering van positieve ervaringen en toename van het risico op depressieve gevoelens en sociale isolatie. Beide zaken versterken op hun beurt de pijn.



Vrees- vermijdingsmodel van Vlaeyen.

In therapie wordt de cliënt geholpen om de semantiek te verbreden en om -zoals Luc Isebaert (2022) het stelt - zijn paardenbril af te zetten. Bij bovenstaande patiënt kan het toelichten van het vrees- vermijdingsmodel zijn betekenisverlening/semantische keuze verbreden. De pijnarts kan hierbij ook de nodige geruststelling bieden door te stellen dat

bewegen niet gepaard zal gaan met een letsel. Onze kinesist kan hem door middel van activiteitenmanagement begeleiden in het stelselmatig opbouwen van bewegen/activiteiten en zodoende zijn catastroferende en angstinducerende gedachten corrigeren (exposure). Het verbreden van de semantische keuze gaat gepaard met een bredere keuze van handelingen. Wanneer de cliënt een meer bevredigende omgang heeft gekozen om met de realiteit om te gaan, kan deze herhaald worden tot er een nieuwe gewoonte uit ontstaan is.

5.2. GEWOONTES

In het Korzybskiaans denkkader spelen gewoontes een belangrijke rol. We zijn als mens een som van gewoontes. We zijn wat we gewoonlijk doen, denken en voelen in de contexten waarin we leven (Isebaert & Lefevere, 2022). Het zijn dominante patronen die ontstaan bij het herhaaldelijk uitvoeren van dezelfde activiteit. Pathologie wordt in dit geval beschouwd als het hebben en uitvoeren van gewoontes die ongewenst zijn en niet in overeenstemming zijn met existentiële keuzes van de cliënt en zijn/haar omgeving. Bij existentiële keuzes gaat het om wie we willen zijn als ouder, psycholoog, vriend/vriendin, broer/zus, dochter/zoon, ... Het is een vertaling van onze waardensystemen. De gewoontes die niet in overeenstemming zijn met de existentiële keuzes zijn ongewenst en pathologisch. Uiteraard hoeft niet iedere alledaagse keuze volledig overeen te stemmen met een existentiële keuze. Isebaert & Lefevere (2022) verduidelijken dit met het voorbeeld dat we allemaal wel eens teveel alcohol drinken. Een gewoonte wordt pas pathologisch wanneer het moeilijk te dragen is voor de cliënt en zijn/haar omgeving, bijvoorbeeld wanneer een man omwille van alcohol zich al meermaals ziek heeft gemeld op het werk.

Het doel van de therapie is om de cliënt te helpen om nieuwe gewoontes te ontwikkelen of om terug aan te knopen met eerdere gewoontes, die meer compatibel zijn met de existentiële keuzes. Bij chronische cliënten, zoals bijvoorbeeld mensen met chronische pijn, is het meestal niet mogelijk om terug te vallen op een oude gewoonte. In dat geval moet de therapeut de cliënt bij een nieuwe gewoonte langer ondersteunen en de gewoonte herhaaldelijk onder de aandacht brengen, tot deze goed is geoefend en hij/zij de keuze kan maken tussen de oude ongewenste gewoonte en de gewenste nieuwe gewoonte. Vrijheid van keuze betekent volgens het Brugs model vrijheid van keuze tussen gewoontes.

Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan patiënten met chronische pijn, die jarenlang hun fysieke grenzen hebben overschreden en het gewoon zijn om steeds “door te doen”. Door de pijn is de gewoonte van “doordoen” niet meer vanzelfsprekend of zelfs haalbaar, aangezien dit gepaard gaat met een pijntoename. Een nieuwe gewoonte, die de pijnklachten meer onder controle houdt, is bijvoorbeeld het verspreid plannen van activiteiten of het uitvoeren van activiteiten met de nodige rustpauzes. Het handelen met respect voor de lichamelijke grenzen kan een nieuwe gewenste gewoonte zijn. De patiënt kan er uiteraard toch nog voor kiezen om de ongewenste gewoonte uit te voeren. Ik denk hier bijvoorbeeld aan een patiënte die vertelde een dag met het kleinkind naar een pretpark te zijn geweest. De patiënte verduidelijkt op voorhand te weten dat dit fysiek erg belastend is en ze het de dag erna zal moeten “bekopen” maar toch die keuze te maken omdat dit mentaal veel energie

geeft. Daarnaast past dit ook in de existentiële keuze van welke grootmoeder ze wilt zijn voor haar kleinkind.

5.3 POSITIEVE COMMENTAREN EN COMPLIMENTEN

Cliënten consulteren een hulpverlener omdat ze er niet in slagen hun problemen zelf op te lossen of hun symptomen aan te pakken (Isebaert & Lefevre, 2022). Hun zelfvertrouwen staat vaak op een laag pitje. Ze zijn ervan overtuigd dat er geen verandering meer mogelijk is. De therapeut zal de aandacht moeten richten op de sterktes, resources en vaardigheden van de patiënt.

Positief commentaar en complimenten zijn middelen om dit te bereiken. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen rechtstreekse en onrechtstreekse complimenten.

Onrechtstreekse complimenten valoriseren de handleiding van de cliënt en zetten de cliënt in de expertpositie. Er wordt niet gesproken over “zijn” maar wel over “doen”. Bijvoorbeeld: “Ik hoor dat je ondanks de uitgesproken pijnklachten er dagelijks in slaagt een maaltijd te koken voor je gezin. Hoe doe je dat?”. Isebaert (2022) lijst op dat de therapeut door middel van complimenten waardering toont voor de cliënt, erkenning geeft voor hun existentiële keuzes, vertrouwen van de therapeut toont in de vaardigheden en resources van de cliënt én de werkrelatie tussen therapeut en cliënt bevordert. Door middel van complimenten creëert men een yes-set, d.i. een context waarbij de cliënt meer bereid is om iets nieuw aan te nemen. Oprechte complimenten zijn belangrijk in de opbouw van een waarderende en respectvolle relatie. De therapeut kan namelijk met één compliment erkenning geven voor het lijden en de kwaliteiten, resources en positieve inzichten in het functioneren geven. Een belangrijk aandachtspunt is dat de complimenten aangepast zijn aan het niveau waarop de relatie zich situeert in de flowchart.

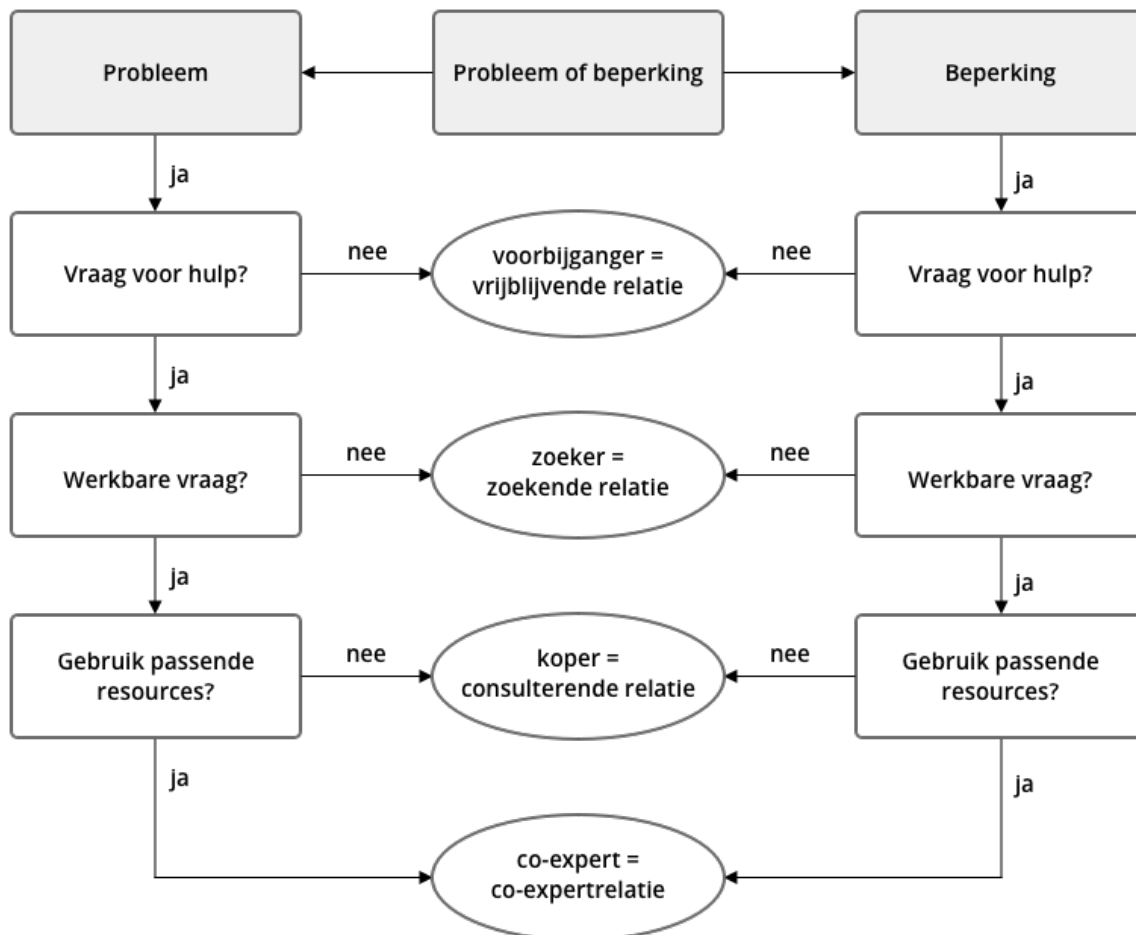
6. Therapeut- en relatiegebonden factoren

Brugs model - flowchart: vier niveaus van interventie

Het belangrijkste werkinstrument van een therapeut is de therapeutische relatie met de cliënt (Isebaert & Lefevre, 2022). Er wordt gestreefd naar een vorm van samenwerking, waarin de cliënt een expert van zijn/haar eigen therapie kan worden. De weg die we daarin bewandelen, kan verschillende hindernissen en valkuilen omvatten. Om te vermijden dat men in dergelijke valkuilen stapt, is het belangrijk om zicht te krijgen op het niveau van betrokkenheid in de therapeutische relatie. Er werd een flowchart ontwikkeld, die voor de therapeut als een leidraad fungeert. De flowchart beschrijft 4 verschillende relatiepatronen: de vrijblijvende relatie, de zoekende relatie, de consulterende relatie en de expertenrelatie. Het mandaat van de therapeut stijgt naarmate het niveau van de therapeut zich hoger situeert. De therapeut beantwoordt onderstaande 4 vragen om te achterhalen op welk niveau de therapeutische relatie zich bevindt:

- *Is er een oplossing mogelijk voor de ervaren moeilijkheden?*

- Is er een hulpvraag?
- Is de hulpvraag werkbaar?
- Zijn er passende resources voorhanden?



6.1 PROBLEEM VS. BEPERKING

Is er een oplossing mogelijk voor de ervaren moeilijkheden?

Luc Isebaert formuleert een probleem als “een moeilijkheid waarvoor een oplossing kan worden gevonden”. Een beperking betekent vervolgens dat er geen mogelijke of denkbare oplossing voorhanden is.

Hij vervolgt dat er kan gesteld worden dat het leven enerzijds uit een reeks problemen bestaat, die we kunnen oplossen, en anderzijds uit een aantal beperkingen, waar we mee moeten (leren) leven. Onder de categorie van beperkingen worden verschillende biologische factoren (vb. geslacht, ouderdom, ras en een chronische aandoening of lichamelijk gebrek)

ondergebracht, alsook sociale of culturele aspecten (vb. geboorteland, tijdperk waarin we leven, familiale en culturele achtergrond) en vroegere keuzes of beslissingen (vb. partnerkeuze, aantal kinderen, ...).

Isebaert (2022) stelt dat het aanzien van een beperking als een probleem ervoor zorgt dat we onze energie verliezen aan een nutteloze en hopeloze strijd. De functie van de therapeut hierbij is om de cliënt beperkingen als dusdanig te leren inzien, te leren aanvaarden en energie te besteden aan problemen, die wél veranderbaar zijn.

De vraag rest ons: Wat met pijn? Hierin denken we in eerste instantie terug aan het verschil tussen acute en chronische pijn. Acute pijn is kortdurend en behandelbaar. Eenmaal behandeld, verdwijnt de pijn. Bij chronische pijn is dit, zoals hierboven reeds besproken, helaas een stuk complexer. Bij de patiënten die in ons pijncentrum worden aangemeld, is de pijn meestal al maanden tot jaren aanwezig. Men heeft vaak al een uitgebreid traject bewandeld, waarbij men reeds verschillende behandelingen heeft doorlopen, zonder (voldoende) resultaat. In dat opzicht kunnen we verwachten dat de kans gering is dat de pijn zal verdwijnen en wordt pijn beschouwd als een beperking. Echter koestert de patiënt, wat uiteraard zeer menselijk is, nog hoop op een oplossing die de pijn zal wegnemen of drastisch verminderen. Zoals reeds besproken, bestaat de taak van de therapeut erin om de patiënt de pijn als een beperking te leren aanzien, te aanvaarden en op zoek te gaan naar hoe men ook mét de pijn een nog zo hoog mogelijke levenskwaliteit en zinvol leven kan ervaren. Het belang van aanvaarding komt ook terug in onderzoek. Zo is uit verschillende onderzoeken bijvoorbeeld gebleken dat een hogere pijnacceptatie geassocieerd is met een lagere pijnintensiteit, minder pijngerelateerde angst, minder vermijding, minder depressieve klachten en minder fysieke en psychosociale beperkingen (Kerns et al, 2010). Acceptance & Commitment Therapie, een op acceptatie- en mindfulness gebaseerde psychotherapeutische behandeling, kan daarom een grote meerwaarde betekenen bij chronische pijn. Zoals eerder reeds toegelicht in het biopsychosociaal model, zijn er verschillende factoren die een invloed kunnen hebben op pijn. We denken hierbij bijvoorbeeld aan angstgevoelens, depressieve gevoelens, maladaptieve copingmechanismen of deconditionering. Het zijn factoren die de pijn negatief beïnvloeden en wél veranderbaar zijn. We beschouwen dergelijke voorbeelden als problemen en verwachten dat de aanpak hiervan een positieve invloed kan hebben op de pijnbeleving. Door in te werken op problemen die pijn kunnen beïnvloeden, kan de pijn verminderd worden.

6.2. VRIJBLIJVENDE RELATIE

Is er een hulpvraag?

In de vrijblijvende relatie heeft de cliënt geen hulpvraag. Luc Isebaert omschrijft deze cliënten als passanten of toeristen (Isebaert, 2007). De cliënt kan verschillende problemen en/of beperkingen hebben, maar vraagt de therapeut niet om hulp. Als hij/zij hulp wilt, is dat niet van ons. Bij het aanbieden van hulp, bijvoorbeeld door verdere psychologische begeleiding voor te stellen, wordt er gebotst op weerstand. De cliënt heeft hier geen behoefte aan en extra (goed bedoelde) pogingen van de therapeut, gaan enkel maar

gepaard met meer weerstand. Een bijkomend risico is dat er ergernis en frustratie ontstaat bij de hulpverlener en dat de cliënt beschouwd wordt als iemand die niet wilt meewerken.

De overgrote meerderheid van de patiënten die bij mij terecht komt, situeert zich op de flowchart in een vrijblijvende relatie. De patiënt wordt na een eerste consult bij de algoloog doorverwezen naar een multidisciplinair traject, wat een consult inhoudt bij psycholoog, fysiotherapeut, kinesist, ergotherapeut en sociale dienst. De patiënt heeft vaak geen hulpvraag voor mij als psycholoog. Hij/zij lijkt vaak te denken vanuit biomedische visie, waarbij de verwachting of focus vooral gericht wordt op medische interventies (vb. medicatie, baxtertherapie, infiltraties, ...). Bij aanvang leg ik de rationale uit van het gesprek, waarbij we door middel van de consultaties een zo goed mogelijk totaalbeeld trachten te vormen van de pijn én de patiënt, om zodoende in team tot een individueel behandelplan te komen.

Zoals Luc Isebaert vooropstelt in het praktijkboek “Oplossingsgerichte cognitieve therapie”, tracht ik de patiënt zeer open en vriendelijk te benaderen, alsof hij/zij op bezoek is. Ikzelf praat als therapeut minimaal en stel kennismakende vragen over het ontstaan en de duur van de klachten, eerdere behandelingen, wat wél nog lukt met de pijn, wat helpend is (geweest) naar de pijn toe (coping), het gezinsleven, de werksituatie en de impact van de klachten op psychologisch vlak. Ik toon interesse in en belangstelling voor het verhaal van de patiënt, volg zijn/haar tempo en complimenteer waar ik kan. Zoals we zagen in de lessen staat het joinen met de patiënt en opbouwen van een therapeutische alliantie hierbij centraal. Ik merk in de praktijk dat - door deze houding aan te nemen - de patiënt vlot op verhaal komt, zelfs ook diegenen die initieel sceptisch stonden tegenover een gesprek met een psycholoog. Er wordt een context gecreëerd waarin een hulpvraag kan ontstaan. Echter, wanneer er geen hulpvraag ontstaat en de patiënt onder druk van de arts toch terug op gesprek komt, kan bekeken worden met de patiënt hoe de gesprekken voor hem/haar enigszins nuttig kunnen zijn (vb. “Je komt nu op gesprek op vraag van de arts. Wat is er nodig zodat je na ons gesprek toch het gevoel hebt dat het een beetje nuttig is geweest? Of “Wat zouden we kunnen doen om ervoor te zorgen dat de arts het niet meer nodig vindt dat je bij mij komt?”). Het becomplimenteren van de inzet kan hierin ook helpend zijn (“Chapeau dat je, ondanks het feit dat je er eigenlijk geen zin in hebt, toch vandaag tot bij mij komt.”).

6.3. ZOEKENDE RELATIE

Is de hulpvraag werkbaar?

Luc Isebaert (2022) schetst dat de cliënt in een zoekende relatie hulp zoekt maar hij- of zijzelf zich niet in staat ziet om zelf aan het werk te gaan. De cliënt is op zoek naar hulp en verandering maar bedeeft zich daar zelf geen actieve rol in. De taak van de therapeut is om de cliënt te helpen om concrete doelstellingen te formuleren en een constructieve alliantie aan te gaan, waarbij de cliënt de reeds aanwezige resources en vaardigheden gebruikt.

Ook in het pijncentrum komen er regelmatig patiënten op consultatie, die te situeren zijn in een zoekende relatie. Men lijdt onder de pijn en de daarbij gepaard gaande gevolgen, zoals het fysiek beperkter functioneren, eventuele arbeidsongeschiktheid, verminderde sociale

contacten, ... en zoekt hulp om daarin verandering te brengen. Er worden hierbij vaak onduidelijke en/of niet werkbaar hulpvragen geformuleerd. Dit lichten we hieronder verder toe. Isebaert (2022) onderscheidt 3 subcategorieën van zoekende relaties:

- *De cliënt slaagt er niet in om een heldere voorstelling te geven van de zaken.* Er is sprake van een vage, slecht gedefinieerde hulpvraag. Bijvoorbeeld: “De pijn is onleefbaar en er moet iets veranderen”.
- *De cliënt neemt een zelfverlamme houding aan.* De cliënt is ervan overtuigd zelf niets te kunnen doen aan de ervaren problemen. Hij/zij voelt zich weerloos en heeft de mogelijkheden tot verandering als het ware opgegeven. Zodoende geeft de cliënt de hulpverlener het heft in handen en verwacht hij/zij dat de hulpverlener hem/haar geneest. Bijvoorbeeld: “Niets helpt om de pijn weg te nemen of voldoende te verlichten.”
- *De cliënt vindt dat anderen moeten veranderen en verwacht dat dit de taak is van de therapeut.* Bijvoorbeeld: Een cliënte beseft dat stress de pijn in stand houdt en verder doet toenemen. Ze is van mening dat ze zelf niets kan betekenen inzake pijnverlichting en dat de gezinsleden moeten veranderen (meer begrip inzake pijn, taken overnemen, ...) om zodoende minder stress te ervaren en minder pijn te hebben. Ze vraagt of haar echtgenoot mag meekomen op consultatie zodat de hulpverlener dit kan uitleggen.

Het is belangrijk om heldere doelstellingen te formuleren, die door de cliënt in alliantie met de therapeut worden nagestreefd. Er zijn daarbij 2 hoofdstrategieën helpend: enerzijds de strategie van nagaan wat de cliënt nu al doet van wat hij/zij wilt doen, denken en voelen (oriëntatie in het hier en nu) en anderzijds door samen te bekijken hoe het leven van de cliënt eruit zou zien als het zo zou zijn zoals hij/zij wenst (oriëntatie op de toekomst). Belangrijk hierbij is om de cliënt deze gewenste situatie zo gedetailleerd mogelijk te laten beschrijven, met zichzelf in de actorpositie. De cliënt visualiseert zodoende de gewenste situatie en installeert door middel van hypnostische inductie een self fulfilling prophecy. Voorbeelden van technieken zijn de “3 vragen van een tevreden leven”, het zoeken naar uitzonderingen, de behoudensvraag, schaalvragen, observatieopdrachten, de mirakelvraag en de brief uit de toekomst.

1. 3 vragen van een tevreden leven

Isebaert (2022) introduceerde “3 vragen van een tevreden leven”:

- Wat heb ik gedaan waar ik tevreden over of blij mee ben?
- Wat heeft iemand anders gedaan waar ik tevreden of dankbaar voor ben en hoe heb ik gereageerd zodat hij/zij het nog meer doet?
- Wat zie ik, hoor ik, voel ik, ruik ik, of smaak ik waar ik tevreden over of dankbaar voor ben?

Isebaert ontwikkelde deze vragen bij het werken met mensen met een alcoholprobleem maar voegt eraan toe dat dit bij chronische problematieken, zoals bij (psyche)somatische problemen, ook een meerwaarde kan zijn. Isebaert merkte op dat de patiënten niet al hun

symptomen kwijt geraakten maar dat ze zich wel beter voelden en aangenamer waren geworden om mee te leven. Dit illustreert opnieuw de efficiëntie van een oplossingsgerichte houding, waarbij men focust op hoe mensen willen leven en welke krachten ze kunnen gebruiken om dit gewenste leven te leiden.

In het pijncentrum geef ik deze oefening regelmatig mee, zowel in individuele als in groepsbegeleidingen. De patiënt ziet de pijn vaak als breuklijn en spreekt over een leven vóór en een leven sinds de pijn. Hij/zij maakt regelmatig de vergelijking met hoe hij/zij voor de pijn functioneerde. Dit is een heel menselijke en begrijpelijke vergelijking maar dit gaat vaak gepaard met negatieve gevoelens, zoals verdriet en frustratie. Ik merk dat de patiënt vaak ziet wat er níét meer is sinds de pijn en weinig of zelfs geen oog heeft voor wat men wél nog kan, wie men wél nog is, ondanks en met de pijn. De 3 vragen van tevredenheid is een helpende methode om de aandacht te richten op positieve zaken en zichzelf zodoende te trainen om vaker de positieve bril op te zetten. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan een dame die vertelde dat ze zich, door middel van deze opdracht, realiseerde hoe steunend en begripvol haar gezin is (geweest) sinds het ontstaan van de pijnklachten. Ze vertelde dat dit een andere kijk gaf aangezien het haar deed stilstaan bij zaken die ze eerder als vanzelfsprekend achtte maar waarvan ze uiteindelijk besepte dat dit niet vanzelfsprekend is. Op die manier kon ze dit des te meer appreciëren.

2. Zoeken naar alternatieven of uitzonderingen

Het zoeken naar uitzonderingen, nuances, alternatieven en schommelingen binnen het patroon van een problematische gewoonte acht De Shazer als één van de belangrijkste technieken binnen het oplossingsgericht werken. Uitzonderingen zijn oplossingen die reeds bestaan en tonen dat de cliënt wél al keuzes kan maken. Een symptoom is niet altijd aanwezig en kan -bij aanwezigheid- fluctueren in ernst. De cliënt heeft daarentegen vaak het gevoel dat het probleem constant aanwezig is en lijkt minder zicht te hebben op het fluctuerend verloop ervan. Het kan - bij voldoende alliantie - zinvol zijn om samen met de cliënt te exploreren wanneer dit probleem in mindere mate of zelfs niet aanwezig is. Wel is enige voorzichtigheid hierbij geadviseerd, aangezien de cliënt zich niet serieus genomen kan voelen in zijn/haar lijden. Zoals eerder vermeld, is het belangrijk eerst voldoende respect op te brengen voor en erkenning te geven aan het probleem. Wanneer de cliënt zich begrepen en erkend voelt in zijn of haar lijden, kan er ruimte gemaakt worden voor uitzonderingen.

Chronische pijn kent uiteraard ook een fluctuerend verloop. Wanneer ik aan de patiënt vraag wanneer de pijn aanwezig is, vormt het meest voorkomende antwoord “altijd”. Zoals elk symptoom of probleem, kent ook pijn een wisselend verloop. Bij doorvragen komt al sneller naar voor dat de pijn fluctueert in intensiteit, zelfs al is dit minimaal. Patiënten zeggen bijvoorbeeld vaak dat ze in rustsituatie, tijdens een gezellige sociale aangelegenheid (afleiding), bij het bekijken van zijn/haar favoriete film of bij het ontspannen in een lekker warm bad, minder pijn ervaren.

In gesprek ga ik samen met de patiënt op zoek naar wat beïnvloedende factoren kunnen zijn in de pijnbeleving en wanneer de pijn in mindere mate of zelfs niet aanwezig is. Er kan eventueel een observatieopdracht meegegeven worden, waarbij de patiënt de tijd neemt om

stil te staan bij het bovenstaande en noteert wanneer de pijn in mindere mate aanwezig is. Vaak link ik dit aan een G-schema, waarbij de patiënt kort noteert in welke situatie hij/zij zich bevindt (gebeurtenis), wat hij/zij denkt (gedachten), wat hij/zij voelt (gevoelens), hoe hoog de pijnscore is (schaalscore van 0-10) en wat hij/zij doet (gedrag). Een extra meerwaarde is voor mij dat deze opdracht ook zicht geeft op pijn coping: Hoe gaat de patiënt nu om met de pijn? Is dit helpend? Wat zijn (andere) adequate copingmechanismen?, ...

3. Schaalvragen

Cliënten lijken vaak vervat te zitten in een alles of niets- of zwart-wit-denken: symptomen zijn er wel of zijn er niet, een probleem is er wel of is er niet en een halve oplossing is geen oplossing (Isebaert, 2022). Een patiënt met chronische pijn vertelt bijvoorbeeld dat de pijn constant aanwezig is en ondragelijk is geworden. Hij/zij verwacht dat de pijn verholpen kan worden door middel van een medische interventie. Een schaalvraag is helpend om een genuanceerder beeld te scheppen en meer gradueel over oplossingen na te denken. Het leert de cliënt om deeloplossingen en tussenstappen te zien en toont impliciet dat er reeds stappen zijn ondernomen.

In het pijncentrum, en in het ziekenhuis in het algemeen, wordt er standaard gebruik gemaakt van de gekende Visuele Analoge Schaal (VAS-score) als meetinstrument om pijn te scoren. Het is een schaalvraag, waarbij de patiënt op een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ondraaglijke pijn) dient aan te geven hoeveel pijn men ervaart. De hulpverlener kan aan de hand van die score een inschatting maken van de pijn, deze monitoren en het pijnbeleid daarop afstemmen. Wanneer er voldoende alliantie is met de patiënt, kan het in therapie een nuttige vraag zijn om te observeren wanneer de pijn een beetje minder sterk aanwezig is. In welke situatie bevindt men zich? Wat doet men (ethos)? Wat denkt men (logos)? Hoe voelt men zich (pathos)? De patiënt kan zodoende extra inzicht krijgen in welke factoren (gedachten, gevoelens en gedragingen) een negatieve invloed kunnen hebben op de ervaren pijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan catastroferen, depressieve en angstklachten en vermijdingsgedrag, die een negatieve invloed uitoefenen op pijn. Interessanter én meer oplossingsgericht is om door middel van een observatieopdracht te achterhalen welke zaken wél helpend zijn naar de pijn toe. Ik denk hierbij aan meer adaptieve copingmechanismen, zoals het zoeken van afleiding, relaxatietechnieken, doseren van activiteiten, hulp vragen indien nodig, ...

In de therapeutische begeleidingen in het pijncentrum gebruik ik vaak de schaalvraag om zicht te krijgen op het algemeen mentaal welbevinden van de patiënt. Ik introduceer deze techniek door de stellen dat de patiënt ondertussen al vertrouwd is geraakt met de pijnscore, maar dat ik de schaalvraag nu ook wil gebruiken om zicht te krijgen op het emotioneel welbevinden van de patiënt. Ik leg uit dat 0 betekent dat men zich op emotioneel vlak absoluut niet goed voelt en dat 10 correspondeert met zich “supergoed”, gelukkig, ... voelen. Het toekennen van de cijfers verloopt omgekeerd dan het geval is bij een pijnscore, aangezien men in het oplossingsgericht denken al met de neus in de juiste richting wilt staan. Zodoende correspondeert een 10 met de gewenste situatie. Wanneer de patiënt een cijfer toekent aan zijn/haar mentaal welbevinden, bijvoorbeeld een 3/10, wordt er hier verder

op doorgevraagd. Waarom kiest men voor een 3 en bijvoorbeeld geen 2 of 4/10? Wat zit er al in die 3/10? Wat doe je om op 3/10 te blijven staan of, als je naar beneden zou gezakt zijn, om op 3/10 te blijven? Hoe doe je dat om tot een 3,5 of 4/10 te komen? Hoe ziet een 3,5 eruit? Op welke manier is dat anders? Wat of wie kan je daarbij helpen? Hoe zullen anderen zien dat het beter is?

Dergelijke methodiek zorgt voor differentiatie en haalt de patiënt uit een alles of niets-denken. Het toont namelijk dat er al verschillende positieve zaken en succeservaringen aanwezig zijn ("Het is een 3/10 en geen 2 of 1 of zelfs 0/10), visualiseert - met hulp van de therapeut die details en doe-vragen stelt - de gewenste situatie en hoe men stapsgewijs tot de gewenste situatie kan komen.

4. Behoudensvraag

Bij het werken met mensen met chronische pijnklachten valt op dat men vaak geneigd is om te kijken naar hoe hun leven veranderd is sinds en door de pijn, wat er moeilijker is geworden, wat er is weggefallen, etc. De techniek van de behoudensvraag houdt in dat de hulpverlener bevraagt wat de cliënt graag wilt behouden. Het zorgt ervoor dat de cliënt de aandacht richt op wat er wél goed gaat, sterktes, vaardigheden, ...

5. Mirakelvraag

De mirakel- of wondervraag, ontwikkeld door De Shazer, wordt omschreven als de meest efficiënte van alle toekomstgerichte technieken (Isebaert & Lefevere, 2022). De therapeut introduceert deze techniek door het volgende te stellen: *'Laten we ervan uitgaan dat er wonderen bestaan en dat er, terwijl je slaapt, zo'n wonder gebeurt'. Zelf merk je dat niet, want je slaapt, maar het resultaat van het wonder is dat je met de moeilijkheden, waarvoor je hier bent, overweg kunt of zelfs opgelost zijn. Morgenochtend, als je wakker wordt, is het wonder gebeurd. Je hebt een "ok-dag" en je bevindt je nu in een "ok-situatie". Wat is het eerste dat je opmerkt? Waaruit merk je dat er een wonder heeft plaatsgevonden? En wat merken de anderen?'* Door deze vraag te beantwoorden, omschrijft de cliënt de gewenste situatie. Als therapeut is het belangrijk om te letten op negatieve formuleringen (vb. geen pijn, niet depressief, ...) en deze om te buigen naar positieve termen. Dit om de blik van de patiënt extra te richten op de gewenste toestand. De therapeut heeft hierbij oog voor de verschillende dimensies (logos, ethos, pathos) en gaat na of er al elementen van het wonder aanwezig zijn. Door concrete details te bevragen, laat de therapeut de cliënt de gewenste situatie zo realistisch mogelijk schetsen. Eenmaal dit concreet genoeg is, kan dit als doel dienen. Zo wordt de cliënt door de toekomstprojectie uit het probleemgebied getild en in een landschap van oplossingen geplaatst.

Wanneer deze mirakelvraag gesteld wordt tijdens begeleidingen van mensen met chronische pijn, vormt het meest voorkomende antwoord "geen pijn meer". Het is een zeer begrijpelijk antwoord maar, eenmaal ze in ons multidisciplinair traject zijn terecht gekomen, vaak niet realistisch. Bovendien betreft het een negatieve formulering. Hierbij kan de

therapeut bijvoorbeeld stellen dat wonderen niet meer zijn zoals ze zijn geweest en de vraag stellen wat daarin al een klein wondertje kan zijn. Of de vraag kan gesteld worden wat er nog anders zal zijn, als het wonder geschiedde. Bij het daarop doorvragen, komt de cliënt meestal snel tot haalbare, realistische antwoorden.

Een patiënt vertelde bijvoorbeeld zijn huis volledig zelf te hebben verbouwd en vaak gevraagd te worden bij vrienden en familie om mee te helpen klussen, waar hij veel energie uit haalde. Hij gaf aan dat, als een wonder geschiedde en hij fysiek beter zou kunnen functioneren met de pijn, dit het eerste is wat hij weer zou willen hervatten. We bekeken samen in gesprek waarom dit zo belangrijk was voor hem (onderliggende waarden, normen, ...) en zochten naar hoe hij dit stukje op een met de pijnklachten haalbare manier terug kon installeren in zijn leven. Voor hem was dit bijvoorbeeld door zijn verbouwervaring en -kennis te gebruiken om welgekomen tips en tricks te geven aan anderen, wat door de omgeving ook ten zeerste geapprecieerd werd en meneer een goed gevoel gaf ("zich terug nuttig voelen"). Daarnaast ging hij op zoek naar een andere, haalbare hobby en kwam hij uit op fotografie. Hij volgde avondschoon, verdiepte zich thuis in de nodige literatuur en sloot zich aan bij een fotografieclub. Op die manier had hij terug een invulling en een doel waar hij van kon genieten en zich kon in verdiepen. Hij vertelde, door al zijn kennis, anderen in de fotografieclub te kunnen helpen, suggesties te geven, ..., en op die manier zich opnieuw goed en nuttig voelen.

In het pijncentrum staan wij als psycholoog in voor screening neurostimulatie, d.i. een invasieve behandeling, waarbij de pijnprikkel door middel van ingeplante elektrode onderschept wordt en er zodoende een positieve impact is inzake pijnverlichting en functioneringsniveau. Tijdens een gesprek wordt uitgebreid stilgestaan bij wat men verwacht en hoopt te bereiken door middel van neurostimulatie. Dit lijkt me een soort wondervraag aangezien er gesteld wordt dat 'Als we ervan uitgaan dat de neurostimulatie positieve resultaten geeft en de 50% pijn verminderd is (meeste resultaten situeren zich rond 50 à 70%), wat hoop je dat je daarmee zal kunnen bereiken? Wat zijn doelstellingen?'. Er wordt zo al concreet nagedacht over de (meer) gewenste situatie: Hoe ziet een dag er dan uit? Wat zal er beter gaan? Wat zal weer lukken? Hoe zal je je voelen? Hoe zullen anderen aan jou merken dat het beter gaat?

De meest frequente antwoorden gaan hierbij over een mobiliteit, een in het algemeen actiever functioneren, een kwalitatievere nachtrust en medicatieafbouw. Een patiënt vertelt bijvoorbeeld meer te zullen doen in het huishouden en zodoende de partner meer te ontlasten. Ze zegt zich zo minder schuldig en meer nuttig te zullen voelen, er zodoende ook minder spanningen zullen zijn in hun relatie, ... Een andere patiënt vertelt over hoe hij zich door de verbeterde nachtrust overdag fitter zal voelen en zodoende overdag geen dutjes meer nodig zal hebben. Op die manier zal er ook extra energie en tijd vrijkomen om bijvoorbeeld 's avonds na het avondeten een wandeling te maken met de partner, zegt hij. Vroeger ging het koppel vaak samen wandelen met de hond maar door de pijn, slechte nachten en vermoeidheid was meneer in de vroege avond al "op" en gebeurde het regelmatig dat hij in slaap viel voor de tv. Het feit dat het nu weer lukt om 's avonds samen een wandeling te maken, zorgt ervoor dat er meer quality time en verbinding is binnen het koppel.

6.4. CONSULTERENDE RELATIE

Zijn er passende resources voorhanden?

In een consulerende relatie is de cliënt van mening dat hij/zij de problemen zelf moet aanpakken en zoekt daarbij hulp (Isebaert & Lefever, 2022). We gaan ervan uit dat de cliënt over resources beschikt om de ervaren problemen aan te pakken maar dat hij/zij niet weet hoe hij/zij deze resources kan benutten. Resources kunnen omschreven worden als capaciteiten, sterktes, hulpmiddelen, ... om zichzelf en gewoontes in de gewenste zin te veranderen. De cliënt in de consulerende relatie is bereid om onze expertise -zoals L. Isebaert het omschrijft- "in te kopen". Hierbij wordt aangevuld dat technieken, vanuit oplossingsgerichte visie, nooit aangereikt worden als de oplossing van het probleem maar wél als hulpmiddelen om de cliënt in staat te stellen op de problemen op te lossen, de symptomen te controleren en eigen methodes te ontwikkelen. Er wordt een context gecreëerd waarin de cliënt nieuwe mogelijkheden kan ontdekken, nieuwe competenties kan ontwikkelen en nieuwe keuzes kan maken. Kortom: de therapeut helpt de cliënt zichzelf te helpen.

Enkele voorbeeldtechnieken in deze therapeutische relatie zijn: piekerkwartier/-stoel, gedachtestop, mindfulness, therapeutische double bind, 5-4-3-2-1.

1. Gedachten onderbreken

Zoals eerder vermeld, hebben verschillende psychologische processen, zoals bijvoorbeeld aandacht, betekenisverlening, functionaliteit, negatieve gevoelens en uiteraard ook onze gedachtengang, een invloed op pijn. Negatieve, ongewenste gedachten of overmatig gepieker kan de pijn in stand houden of doen toenemen. De literatuur toont bijvoorbeeld een associatie tussen catastrofaal denken en pijn (Kerns et al, 2010). In het pijncentrum werken we vaak vanuit cognitief gedragstherapeutische invalshoek en focussen we ons op het identificeren en doorbreken van negatieve of niet helpende gedachten. We voorzien hiervoor zowel individueel, als in groep, de nodige psycho-educatie. Veel patiënten beseffen dat hun negatieve gedachten niet helpend zijn maar kunnen die zelf moeilijk doorbreken. Milton Erikson stelt dat het symptoom (gepieker) de beste oplossing die de cliënt op dit moment heeft. Het is belangrijk om met de cliënt te bekijken op welke manier piekeren helpend is. Zodoende valoriseren we de handleiding van de cliënt en wat hij/zij al doet in het zoeken naar oplossingen. Vervolgens kunnen we samen met de cliënt bekijken hoe diezelfde "hulp" op een andere, comfortabele manier kan verlopen. Zo komen we opnieuw bij het eerder besproken thema van keuzes.

De technieken waar ik het frequentst mee aan de slag ga om gedachten te onderbreken, zijn het piekerkwartier en de piekerstoel.

a) Piekerkwartier:

De patiënt krijgt de opdracht zich dagelijks af te zonderen met pen en papier en gedurende een kwartier stil te staan bij zijn/haar negatieve gedachten en gevoelens. Ik spoor de patiënten aan om gedurende dat kwartiertje naar hartenlust te piekeren en geef daarbij aan dat het noteren helpend kan zijn om gedachten te structureren of als het ware “van zich af te schrijven”. Wanneer het piekerkwartiertje om is, hervat men eerdere activiteiten en probeert men -bij het opduiken van gepieker- te verwijzen naar het vorig piekermomentje (“Ik heb er zoniet al bij stilgestaan dus het is nu niet zinvol om dit opnieuw te doen”) of een komend piekermomentje (“Ik heb morgen terug een kwartiertje de tijd om daarbij stil te staan en zal me er dan verder op toespitsen. Nu doe ik even voort met waar ik mee bezig ben”). Bij patiënten voor wie de inhoud van de gedachten belangrijk is, is dit een zeer geschikte techniek. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan een casus van een man die bij mij kort in begeleiding was. Hij gaf aan “constant” te piekeren. Hij vertelde over zijn angst dat zijn partner de relatie zou beëindigen en wat er dan zou gebeuren met hun huis. Hoewel er geen relatieproblemen waren en er bij het koppel een grote relatietevredenheid was, vond meneer het belangrijk om hierbij stil te staan. Dit om in zekere zin “voorbereid” te zijn op het slechtst mogelijke scenario. Een piekerkwartiertje was voor hem een werkzame methode, aangezien er wél ruimte is voor gepieker maar dit beperkt wordt in tijd. Zodoende wordt er meer controle over verworven.

b) Piekerstoel:

De patiënt wordt aangespoord om een stoel te kiezen die hij/zij enkel gebruikt om te piekeren. Wanneer er ongewenste gedachten optreden, probeert de patiënt de aandacht te richten naar waar hij/zij op dat moment mee bezig is. Als dat niet lukt, neemt men plaats op de piekerstoel. De patiënt mag er piekeren naar hartenlust. De piekerstoel mag enkel verlaten worden wanneer men het piekeren op dat moment kan stoppen en zich terug kan richten op een andere activiteit. Wanneer het gepieker opnieuw optreedt, gaat men terug naar de piekerstoel.

Ik gaf deze techniek onlangs mee aan een dame in ons pijncentrum, die aangaf dat “haar hoofd niet meer stilstaat” en hoe vermoeiend dat is geworden. Piekeren was voor haar een copingmechanisme in de zoektocht naar hoe ze een dragelijker leven kon leiden mét de pijn. Zoals gesteld wordt in het Korzybskiaans denken, was het piekeren voor haar de beste oplossing die ze op dát moment had. De techniek van de piekerstoel was bij haar erg helpend omdat ze, door op de piekerstoel te zitten, haar eigen gepieker en de zinvolheid ervan in vraag begon te stellen en merkte hoe belemmerend dit werkte in haar dagelijkse activiteiten. Ze vertelde bijvoorbeeld dat het haar frustreerde dat ze tijd verloor door op de piekerstoel te zitten, aangezien ze zo niet verder kon doen in het huishouden. Het was net deze realisatie die haar hielp om het piekeren te beperken.

2. Aandacht afleiden

a) Mindfulness: aandacht voor de wereld rondom

Pijn is een grote aandachtstrekker. Het leidt de aandacht vaak af van waar je op dat moment mee bezig bent. Aandacht is één van de factoren die de pijnbeleving kan beïnvloeden. Ik illustreer dit aan mijn patiënten vaak met het voorbeeldje van een krorrende maag: als je maag begint te knorren en je focust op je hongergevoel, al droomt over de maaltijd die je straks zal eten en hoe lekker die zal smaken, ..., dan lijkt je hongergevoel meer op de voorgrond te komen, dan wanneer je je zou proberen te focussen op de activiteit waar je mee bezig bent. Focussen op de pijn zorgt ervoor dat de pijnbeleving groter wordt. James en Hardardottir (2002) illustreerden het effect van aandachtsafleiding met een experiment met koudwatertest. De onderzoekers verdeelden 72 studenten in 3 groepen. De eerste groep kreeg de opdracht de aandacht weg te richten van de pijn door een computertaak uit te voeren. De tweede groep diende de aandacht net te focussen op de pijn en de derde groep kreeg geen instructies. De resultaten toonden dat de participanten in groep één de koudwatertest het langst volhielden.

Bij Mindfulness wordt aandacht op een andere manier gericht. Het gaat niet om vermijden van sensaties door te focussen op andere zaken maar wél om het bewust aandacht geven aan het hier en nu (gedachten, gevoelens, lichamelijke sensaties, ...), zonder er direct over te oordelen. Mindfulness vindt z'n oorsprong in Oosterse meditatie en omvat een geheel van technieken die erop gericht zijn om met intense aandacht te letten op wat we doen en wat we via de zintuigen waarnemen (observeren). Een review en meta-analyse van Hilton et al (2016) toonde bijvoorbeeld aan dat Mindfulness gepaard gaat met enige pijnverlichting en met een verbetering op vlak van depressieve klachten en levenskwaliteit. We noteren we aandacht bij Mindfulness observerend verloopt, terwijl aandacht vanuit het oplossingsgericht denken appreciërend is. We lichten dit hieronder toe met een voorbeeld.

b) 5-4-3-2-1

Bij deze methode vraagt de therapeut de cliënt om in de hier en nu aanwezige ruimte 5 voorwerpen met intense aandacht te bekijken en ze op te sommen. De verschillende zintuigen worden hierbij overlopen. Men benoemt 5 dingen die men ziet, 5 dingen die men lichamelijk voelt en 5 dingen die men hoort, steeds met intense aandacht en precisie. Vervolgens gaat men over naar 4 dingen die men ziet, 4 dingen die men voelt, 4 dingen die men hoort, 3 dingen die men ziet, 3 dingen die men hoort, 3 dingen die men voelt, etc. Het is hierbij belangrijk dat de cliënt de tijd neemt om uitdrukkelijk acht te slaan op elke visuele, auditieve en proprioceptieve waarnemingen. Isebaert & Lefever (2022) stellen dat de variant "5-4-3-2-1 met aanvaarding, vreugde en dankbaarheid" zeer nuttig kan zijn voor patiënten met chronische pijnklachten. Dit omdat de methode fungeert als yes-set. Dit betekent dat de aanvaarding van de kwellende symptomen, die momenteel niet veranderd kunnen worden, dichterbij wordt gebracht door de acceptatie van banaliteiten en de dankbaarheid voor de alledaagse dingen. Concreet houdt deze oefening in dat men na ieder object, geluid en gevoel zich afvraagt of men hier blij of dankbaar voor kan zijn of als men het kan aanvaarden zoals het is. Bijvoorbeeld: 1) Ik zie een blikje cola zero naast mij staan

en ben dankbaar dat mijn partner een voorraad heeft meegebracht van de supermarkt omdat hij weet dat ik dat graag drink. 2) Ik zie dat er een bos bloemen op tafel staat. Het geeft een fijn gevoel want het fleurt de ruimte op. 3) Ik zie dat de vloer vuil is. Ik zou deze graag willen dweilen maar aanvaard dat dit vandaag niet haalbaar is met de aanwezige pijn. Morgen is misschien een betere dag en dan lukt het me wel. 4) Ik zie dat de zon binnen schijnt en dat geeft een warm gevoel. 5) Ik zie mijn 2 nieuwe boeken op de salontafel liggen en ben dankbaar dat ik weer nieuwe literatuur heb om me bij te scholen over relationele therapie, ...

6.5. EXPERTENRELATIE

Er zijn passende resources voorhanden.

In een expertenrelatie heeft de cliënt zicht op de passende resources en weet hij/zij hoe deze in te zetten. De therapeut fungeert als een supervisor, die de zelfhelende cliënt begeleidt (Isebaert & Lefevere, 2022). In deze relatie staan zelfmanagement en zelfredzaamheid centraal. De oplossingen en veranderingen die de cliënt zelf naar voor schuift, staan boven deze die de therapeut in gedachten heeft. Dit omdat de zelfredzaamheid van de cliënt zo bevorderd wordt. De therapie wordt beëindigd wanneer de cliënt van mening is niets meer nodig te hebben om de begeleiding goed te kunnen afronden. Dit ook wanneer de therapeut denkt nog problemen te zien. Er wordt terughoudendheid verwacht van de therapeut, daar dit anders zou kunnen interfereren met het gevoel van bekwaamheid bij de cliënt.

7. Overige aandachtspunten en technieken

7.1. DE INVLOED VAN TAAL

Zoals Myriam Le Fevere de Ten Hove meermaals gesteld heeft tijdens onze opleiding, heeft hoe wij als hulpverlener zaken formuleren een belangrijke invloed. Een voorbeeld dat regelmatig aan bod kwam in de vierjarige opleiding is om aan de cliënt te vragen wat de volgende stap is in de aanpak van het probleem, in plaats van te vragen wat een eerste stap zou kunnen zijn. “Een eerste stap” doet namelijk afbreuk aan verschillende pogingen die de cliënt ongetwijfeld al heeft ondernomen om het probleem zelf op te lossen. Zoals Geert Lefevere in de module “Chronische problemen?” stelt, is het werkwoord “zijn” een statisch gegeven. Het suggereert dat er geen verandering mogelijk is en het doet de persoon samenvallen met een problematiek. Het wordt als het ware zijn of haar identiteit: “Het is een chronische pijnpatiënt” vs. “Hij heeft chronische pijnklachten”. We kunnen hierbij nog een stapje verder gaan en chronische pijn bijvoorbeeld herformuleren als “reeds lang aanhoudende pijn”, aangezien chroniciteit opnieuw onveranderbaarheid suggereert. Hieraan gekoppeld is het een belangrijke vraag wat we doen met diagnoses. Het oplossingsgericht denken stelt namelijk dat diagnoses iets statisch en niet veranderbaar impliceren. “Hij kampt met depressieve klachten” biedt al meer perspectief en hoop dan “hij is depressief”. Wel merken we in het pijncentrum vaak dat patiënten zélf vragende partij zijn om een

diagnose gesteld te krijgen. Men heeft, voor ze bij ons terechtkomen, vaak al een uitgebreid traject bewandeld, waarbij ze reeds verschillende specialisten consulteerden, tal van onderzoeken hebben gehad zonder dat er een duidelijke oorzaak van de pijn kan gesteld worden en ondergingen behandelingen zonder (voldoende) soelaas. Patiënten voelen zich soms niet begrepen (“Ze denken zeker dat het de pijn tussen m’n oren zit”) en hebben het gevoel zich te moeten verantwoorden voor de klachten. Chronische pijn is vaak uiterlijk niet zichtbaar, waardoor dit door de omgeving niet steeds goed begrepen wordt. Een diagnose kan in dat geval bijvoorbeeld erkenning geven en het begrip van de buitenwereld vergroten. Het is in dat geval belangrijk om samen met de patiënt te kijken waarom het belangrijk is om een diagnose te krijgen. Helpen we hem/haar daarmee? Wat betekent dat voor de persoon in kwestie? Welk verschil maakt dat? Op die manier gaan we van een probleemgerichte vraag (diagnosestelling) naar een oplossingsgerichte vraag. Daarnaast merken we op dat de patiënt vaak een probleemgerichte visie heeft, daar hij/zij bij hulpverlening gewoon is om te spreken over de pijn, wat er in het dagelijks functioneren niet meer lukt of moeilijker is geworden, welke behandelingen hij/zij al heeft ondergaan, etc. Het is ook voor hen een aanpassing om te spreken over de gewenste situatie en geleidelijk aan meer te evolueren naar een oplossingsgerichte mindset. Een ander voorbeeld van de kracht van taal is om bijvoorbeeld te vragen wanneer de pijn beter is. Dit is een hoopvollere en suggestieve vraag, aangezien dit impliceert dat de pijn varieert in intensiteit en er dus ook betere momenten zijn. “Wat lukt er wel nog, ondanks de pijn?” impliceert dat er nog tal van zaken zijn die wel haalbaar zijn, ondanks het veranderd fysiek functioneren, etc.

7. 2. PSYCHO-EDUCATIE

Een belangrijk onderdeel bij de behandeling van chronische pijn is psycho-educatie. Zoals eerder vooropgesteld, denken patiënten vaak vanuit een biomedisch denkkader. Naast het feit dat dit een zeer reductionistische visie betreft en het bepaalde fenomenen niet kan verklaren, zet het de patiënt in een passieve positie, waarbij men de medische wereld moet consulteren om een oplossing te bekomen. Het informeren over het biopsychosociaal model en de verschillende factoren die pijn kunnen beïnvloeden is dus bijzonder belangrijk bij chronische pijn. Het is bovendien een hoopvollere manier van denken, daar het toont dat er beïnvloedende factoren (vb. catastrofaal denkpatroon, vermijdingsgedrag, ...) zijn bij pijn die wél aangepakt kunnen worden en men zodoende de pijn of de impact van pijn op de levenskwaliteit kan beïnvloeden. Bovendien zet het de patiënt in een actorpositie, wat binnen het oplossingsgericht denkkader belangrijk is. In het pijncentrum bieden we psycho-educatieve lessen aan die gegeven worden door ons multidisciplinair team (verpleegkundige, sociale dienst, psycholoog, ergotherapeut en kinesist). De lessen hebben als doel het inzicht te vergroten in het complex fenomeen dat pijn is, om zodoende tot een verhoogde levenskwaliteit te komen. Als psycholoog staan we o.a. stil bij de volgende thema's: het biopsychosociaal model, de psychologische factoren (gedachten, gevoelens, gedragingen en copingmechanismen), het stressmechanisme en -hantering, het belang van het zoeken van nieuwe identiteiten en rollen, ...

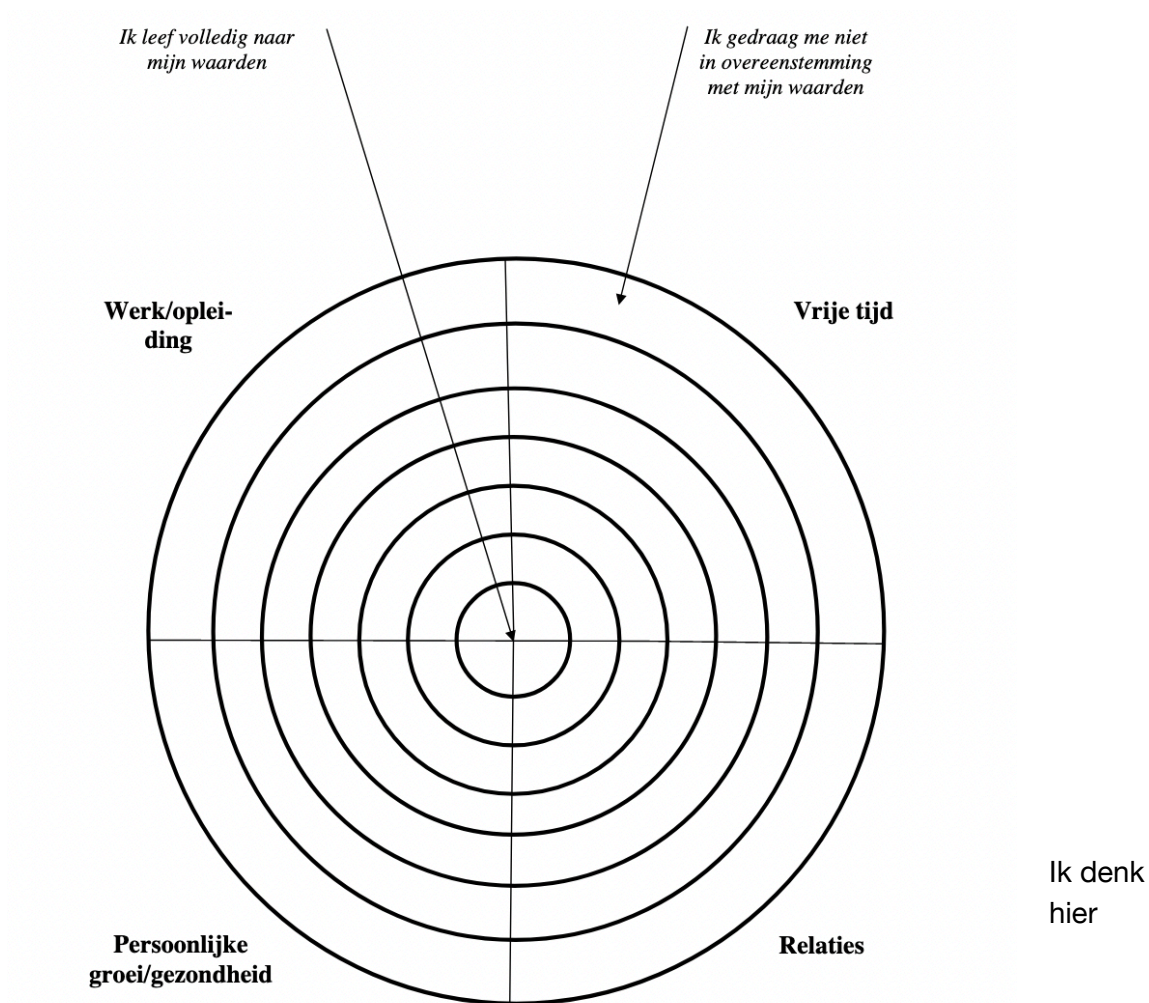
7.3. BULL'S EYE

Voortbouwend op het voorgaande, sprak Geert Lefevere in de lessen Oplossingsgerichte Cognitieve Gedragstherapie over de Bull's Eye. De Bull's Eye is een waardenverhelderingsoefening die ontworpen werd door Acceptance & Commitment-therapeut Tobias Lundgren. Waarden zijn wat we belangrijk vinden in ons leven, hoe we willen omgaan met en ons verhouden tot de wereld, anderen en onszelf. Het zijn principes die ons kunnen leiden en motiveren doorheen het leven. Waarden representeren wat je wilt doen en hoe je dat wilt doen.

Waarden zijn niet hetzelfde als doelen. Waarden gaan over voortdurend handelen, terwijl doelen gaan over wat je onderweg wilt bereiken. Waarden lopen steeds verder (vb. Het zijn van een liefhebbende en zorgzame partner), terwijl je doelen (vb. Trouwen) kan bereiken.

Patiënten in ons pijncentrum kijken vaak met verdriet en frustratie naar hun huidig leven. Ze maken regelmatig de vergelijking met hun leven van voorheen en geven bijvoorbeeld aan zich niet meer nuttig te voelen, het gevoel te hebben tekort te schieten tegenover hun gezin, zich geen volwaardig lid meer te voelen van de maatschappij, etc. Er is vaak sprake van een lijden door de pijn, wat volgens velen onder hen een waardevol leven in de weg staat. Echter moeten we een switch maken naar een andere manier van denken, namelijk dat men ook mét pijn een waardevol en gelukkig leven kan leiden. ACT stelt dat pijn, problemen en beperkingen onvermijdelijk bij het leven horen en dat alle pogingen van vermijding meer lijden met zich meebrengen. Wanneer we de cijfers bekijken van hoeveel mensen kampen met chronische pijn of psychische problemen, dan lijkt het eerder normaal te zijn dat we problemen ervaren. Toch blijven patiënten met chronische pijn vaak zoeken naar oplossingen voor onoplosbare problemen. Men consulteert de ene specialist na de andere, in de hoop dat er toch nog een behandeling gevonden kan worden die de pijn zal oplossen. Echter verliezen de patiënten zo uit oog wat er in ons leven echt toe doet. De Bull's Eye helpt om onze belangrijke waarden terug in het vizier te krijgen.

De roos is verdeeld in 4 belangrijke levensdomeinen: werk/opleiding, vrije tijd, relaties en persoonlijke groei/gezondheid. Men schrijft eerst zijn/haar waarden neer op deze 4 domeinen: Wat is er belangrijk en waar wil je naar toe werken? Vervolgens plaats je een kruis in elk gebied van de roos om weer te geven waar je vandaag staat. Een kruis in het midden van de roos betekent dat je volledig volgens je waarden leeft. Een kruis ver van het midden betekent dat je ver van je waarden staat. Vervolgens kan de vraag gesteld worden wat de hindernissen of belemmeringen zijn om het leven te leiden dat men zou willen leiden. Tenslotte bekijkt men welke acties ondernomen kunnen worden om dichterbij de waarden (de roos) te komen.



bijvoorbeeld aan een patiënt die ten gevolge van de pijn al een jaar arbeidsongeschikt was. Hij plaatste een kruisje bij het werk/opleidingsdomein volledig aan de buitenkant. Belangrijke waarden die hij koppelde aan dit domein waren de zaken die hierboven reeds werden vermeld: zich nuttig en deel van de maatschappij voelen. Bij belemmeringen om een leven te leiden conform met die waarden benoemde hij de pijn, het feit dat de werkgever geen aangepast werk kon aanbieden en niet open stond voor een progressieve tewerkstelling. Vervolgens werd met de patiënt bekeken hoe hij dichterbij deze waarden kon komen door (tijdelijk) bijvoorbeeld uit te kijken naar vrijwilligerswerk. Op die manier had hij het gevoel een steentje bij te dragen in de maatschappij en haalde hij voldoening uit het helpen van anderen.

7.4. LOTGENOTENCONTACT

In ons pijncentrum organiseren we verschillende programma's in groep, zoals psycho-educatieve lessen, therapeutische groepssessies, relaxatiesessies en een revalidatieprogramma op maat van de mogelijkheden van de patiënt. We merken op dat

patiënten met chronische pijn vaak deugd hebben van het contact met lotgenoten. Patiënten met chronische pijnklachten voelen zich namelijk niet steeds begrepen door de buitenwereld. De pijn is uiterlijk meestal niet zichtbaar en kan erg onvoorspelbaar zijn, waardoor het dagelijks functioneren erg wisselend is. De ene dag lukt het bijvoorbeeld om met het gezin een wandeling van 5 km te maken terwijl de pijn de andere dag dermate aanwezig is, waardoor 1 km de limiet is. Andere factoren, zoals het opzetten van een masker en weinig openheid over de pijn vanuit de gedachte “niet te willen zagen of anderen te belasten”, kunnen ertoe bijdragen dat de omgeving de complexiteit van pijn (in de beleving van de patiënt) moeilijk begrijpt. Ik hoor patiënten vaak zeggen dat iemand die geen pijn heeft niet kan begrijpen wat zij doormaken. Patiënten geven aan dat het deugddoend is om in contact te komen met lotgenoten. Ze voelen zich verbonden, aangezien ze iets gelijkaardigs doormaken. Er is begrip voor elkaar, waardoor ze open en zonder vooroordelen ervaringen kunnen delen. Het werkt normaliserend en geeft het gevoel niet alleen te zijn in hun lijden. Het geven van tips aan elkaar kan bovendien zelfbeeldversterkend werken. Het zien van anderen, die al verder staan in het proces van omgaan met langdurige pijnklachten, kan tevens een hoopgevend perspectief zijn.

8. Conclusie

Chronische pijn is wereldwijd een frequent voorkomend probleem. In België kampt één op 4 Belgen met chronische pijnklachten. Chronische pijn is een complex fenomeen. Vaak is er geen duidelijke lichamelijke oorzaak (meer). Er is steeds meer evidentie dat de oorzaak van pijnklachten gelinkt kan worden aan veranderingen in het pijnverwerkingssysteem, dat deel uitmaakt van ons zenuwstelsel. Chronische pijn is vaak multifactorieel: biologische, psychologische en sociale factoren kunnen een invloed hebben op pijn. Het is een probleem op zich én een oorzaak van bijkomende problemen op verschillende levensdomeinen. Het beïnvloedt het dagelijks functioneren en de levenskwaliteit. Het belang van een multidisciplinaire aanpak vanuit biopsychosociaal denkkader is daarom onontbeerlijk. De focus van de behandeling ligt niet op het oplossen van de pijn. Het doel is wél om de impact van de pijn op de levenskwaliteit te beperken en zo te komen tot een verbeterd functioneren op fysiek, emotioneel en sociaal vlak. De patiënt vervult hierin een actieve rol.

Het oplossingsgericht denken kan, ook bij het werken met mensen met chronische pijn, een grote meerwaarde betekenen. Het merendeel van de patiënten met chronische pijn in ons pijncentrum bevindt zich in een situatie waarin ze niet meer in staat zijn om zelf keuzes te maken. Dit omdat de pijn hun sterk hindert in hun dagelijks functioneren, hun rollen en identiteiten onder druk zet en de levenskwaliteit beperkt. Het is de taak van de therapeut om samen met de patiënt een context te creëren waarin men de keuze heeft te veranderen wat hij/zij wilt veranderen en te behouden wat hij/zij wenst te behouden. De therapeut toont interesse in en belangstelling voor het verhaal van de patiënt, volgt zijn/haar tempo en complimenteert waar mogelijk. De therapeut richt de aandacht op de sterktes, resources en vaardigheden van de patiënt. De weg die we met de cliënt bewandelen, kan verschillende hindernissen en valkuilen omvatten. Om te vermijden dat men in dergelijke valkuilen stapt, is het belangrijk om zicht te krijgen op het niveau van betrokkenheid in de therapeutische

relatie. Er werd een flowchart ontwikkeld, die voor de therapeut als een leidraad fungeert. Per niveau van betrokkenheid worden er verschillende werkzame technieken beschreven. En om te eindigen met een stokpaardje van het oplossingsgericht denken: “Doe vooral wat werkt voor de cliënt en als het niet werkt, doe dan iets anders”.

Referenties

World Health Organization. ICD-11 international classification of diseases for mortality and morbidity statistics, 2018, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, accessed 7 September 2018. 14: SIGN guidance is at <https://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>, accessed 1 September 2018.

Berquin A., Faymonville M. E., Deseure K., Van Liefferinge A. S., Celentano J., Crombez G., Vlaeyen J. & Hans G., 2011, Aanpak van chronische pijn in België: Verleden, heden en toekomst.

Breivik H., Collett, B., Ventafridda V., Cohen R. & Gallacher D., 2012, Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment.

Dargan P. J., Simm R. & Murray C., 2014, New approaches towards chronic pain: patient experiences of a solution-focused pain management programme.

Drieskens S. & Charafeddine R., 2018, Lichamelijk pijn, gezondheidsenquête 2018.

Hilton L., Hempel S., Ewing B. A., Apaydin E., Xenakis L., Newberry S., Colaiaco B., Ruelaz Maher A., Shanman R. M., Sorbero M. E., Maglione M. A., Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis, *ann. behav. med.* (2017) 51:199–213, DOI 10.1007/s12160-016-9844-2

Isebaert L., 2007, Praktijkboek Oplossingsgerichte cognitieve therapie.

Isebaert L. & Lefever G., 2022, De therapeutische alliantie: het Brugs model van oplossingsgerichte, cognitieve systeemtherapie.

James, J.E., & Hardardottir, D. (2002). Influence of attention focus and trait anxiety on tolerance of pain. *British Journal of Health Psychology*, 7, 149-162.

Kerns, R. D., Selling, J., & Goodin B. R., 2010, Psychological treatment of chronic pain.

Simm R., Iddon J. & Barker C., 2014, A community pain service solution-focused pain management programme: delivery and preliminary outcome data.

Simm R. & Barker, C., 2017, Five years of a community pain service solution-focused pain management programme: extended data and reflections.

Van Burken P., 2017, Mindfulness, pijn en gezondheid, Mindfulness en fysiotherapie. DOI: 10.1007/978-90-368-0699-2_8

Vermeulen, L., & Vanistendael, J. (2021). *Je pijn te lijf: (een werkboek)*.

Vlaeyen, J.W.S., Crombez, G., & Linton, S.J. (2016). The fear-avoidance model of pain, *Pain pictured*, 157(8), 1588-1589. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000574

Williams A.C., Eccleston C. & Morley S., 2012, Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults.

www.act-psychologen.nl/wp-content/uploads/2019/08/Bullseye-invulformulier-1.pdf

www.paininmotion.be: Algemene uitleg over het sensitisatiemodel voor patiënten met (subacute/chronische) pijn en centrale sensitisatie.

www.retrainpain.org