

Motiverende gespreksvoering combineren met pijneducatie: motivering en voorbeelden om toestemming te vragen en verandering teweegbrengende dialogen.¹

Met toestemming van Oxford University Press vertaald van: Nijs J, Wijma AJ, Willaert W, Huysmans E, Mintken P, Smeets R, Goossens M, van Wilgen CP, Van Bogaert W, Louw A, Cleland J, Donaldson M. Integrating Motivational Interviewing in Pain Neuroscience Education for People With Chronic Pain: A Practical Guide for Clinicians. *Physical Therapy* 2020; 100(5):846-859. Vertaling door Iris Reynebeau, MSc, PT.

TOESTEMMING VRAGEN

Motivering/reden: Toont respect voor patiënten. Daarnaast zijn patiënten meer geneigd veranderend gedrag, gedachten of gewoontes te bespreken wanneer hen daarom gevraagd wordt tegenover wanneer hen de les gelezen wordt of hen wordt verteld dat ze moeten veranderen.

De integratie van educatie over de neurofysiologie van pijn impliceert dat de therapeut de patiënt toestemming vraagt om een gesprek te starten om de neurowetenschap van pijn te begrijpen. Bijvoorbeeld, voordat aan patiënten de toestemming wordt gevraagd om coping vaardigheden te bespreken, vraagt men eerst toestemming om te praten over stress en waarom dit invloed heeft op pijn. Zodra patiënten begrijpen dat stress geen zuivere psychologische factor is, maar eerder vanuit een complex biopsychosociaal systeem komt met een belangrijke en meetbare biologische component (i.e. cortisol, adrenaline, hartslagvariabiliteit, etc.), kan de therapeut verdergaan naar de volgende fase. Deze fase houdt vaak in dat de therapeut toestemming vraagt om stressoren te identificeren en te bespreken hoe ermee om te gaan.

Voorbeelden van toestemming vragen

- *“Staat u me toe om uw pijnervaring vanuit mijn opzicht uit te leggen?”*
- *“Verschillende artsen/ gezondheidswerkers hebben u verteld dat er geen duidelijke weefsel schade is die uw pijn veroorzaakt. Ziet u het zitten om het vanuit een ander perspectief te bekijken?”*
- *“U heeft me eerder geïnformeerd dat stress uw pijn en uw gevoel beïnvloedt. Zou u het storend vinden als we enkele minuten praten over stress en de impact ervan op pijnervaring?”*
- *“Voor we starten met de fysieke behandeling, zou u het storend vinden indien we enkele minuten nemen en praten over (voeg hier de pijnproblemen in i.e., pijnspreiding; sensitiviteit; etc.)?”* Deze zin stelt de patiënt vaak gerust dat er wel degelijk een fysieke behandeling volgt en niet (enkel) psychologische behandeling.
- *“Zou u het zien zitten om te praten over [voeg in wat past, e.g. het veranderen van de manier waarop u met uw pijn omgaat, de oorsprong van uw pijn, wat uw pijn veroorzaakt, waarom u nog steeds pijn voelt ook al hebben verschillende artsen u verteld dat zij geen afwijkingen vinden in uw wervelzuil of aangedane lichaamsregio]?”*
- *“Kunnen we praten over [voeg gedrag in of wat gepast is, e.g. manier van omgaan met pijn, het leven en hoe dit momenteel bepaald wordt door de pijn]?”*
- *“U beseft dat de pijn uw leven momenteel controleert en dit al voor geruime tijd. Zou u het zien zitten om te praten over hoe u omgaat met de pijn en wat we kunnen doen om de controle over uw leven terug te krijgen?”*
- *“U heeft me verteld dat het uw doel is om terug te keren naar uw favoriete sport, maar momenteel lokt een lichte wandeling al pijn uit. Zou u het zien zitten om te praten over de reden waarom een lage intensiteit training pijn opwekt en om samen te zoeken naar een oplossing?”*

¹ Dit deel is geïnspireerd op de gids getiteld ‘Motivational Interviewing Strategies and Techniques: Rationales and Examples’ by Sobell and Sobel (2018).

- *“U heeft me eerder verteld dat stress een invloed heeft op uw pijn en hoe u zich voelt. Ziet u het zitten om te praten over wat u gestrest maakt en hoe u daarmee probeert om te gaan?”*
- *“Vorige keer hebben we over uw slaapprobleem gepraat en hoe het uw [voeg lichaamsregio in] pijn beïnvloedt en hoe u zich voelt. Zou u het zien zitten om te praten over hoe slaap uw [voeg lichaamsregio in] pijn beïnvloedt en hoe u daarmee probeert om te gaan?”*

OPWEKKEN/UITLOKKEN VAN EEN VERANDERINGSGESPREK (‘verandertaal’)

Motivering/reden: ‘Verandertaal’ lijkt geassocieerd te kunnen worden met succesvolle resultaten. Deze strategie roept redenen voor verandering op bij patiënten door hen de nood of de redenen voor verandering te laten benoemen. Eerder dan de therapeut die hen de les spelt of hen redenen vertelt waarom veranderen belangrijk is, bestaat verandertaal uit antwoorden die van de patiënt zelf komen. De antwoorden van de patiënten bestaan meestal uit redenen voor verandering die voor hen persoonlijk belangrijk zijn. Verandertaal, zoals verschillende motiverende gespreksstrategieën, kan gebruikt worden om tegenstrijdigheden tussen de woorden en de acties van de patiënt (e.g., zeggen dat ze willen bewegen, maar nog steeds sedentair blijven) weer te geven op een niet-confronterende manier.

Vragen die verandertaal opwekken/uitlokken

- *“Wat zou u graag anders zien aan uw huidige situatie?”*
- *“Waarom denkt u dat u moet veranderen?”*
- *“Wat zal er gebeuren indien u niet verandert?”*
- *“Wat zal er veranderd zijn als u dit behandelprogramma afwerkt?”*
- *“Wat zouden de voordelen zijn als u uw manier van omgaan met de pijn verandert?”*
- *“Hoe zou uw leven eruit zijn over 3 jaar als u uw manier van omgaan met de pijn veranderd hebt?”*
- *“Waarom denkt u dat anderen bezorgd zijn over uw pijnervaring?”*

Verandertaal opwekken/uitlokken voor patiënten die moeite hebben met verandering: Focus voor de therapeut op begrijpend zijn. De patiënt wil veranderen maar heeft het moeilijk.

- *“Hoe kan ik u helpen om voorbij enkele moeilijkheden te geraken die u ervaart tijdens het omgaan met uw pijn?”*
- *“Indien u zou beslissen om de manier waarop u omgaat met de pijn te veranderen, wat zou u moeten doen om dit in de praktijk om te zetten?”*

Verandertaal opwekken/uitlokken door extremen te provoceren: Te gebruiken als therapeut wanneer er weinig verlangen is voor verandering bij de patiënt. Hierbij wordt de patiënt gevraagd om een mogelijk extreem gevolg te beschrijven

- *“Stel dat u uw manier van omgaan met uw pijn niet verandert, wat is het ERGSTE dat kan gebeuren?”*
- *“Wat is het BESTE dat kan gebeuren indien u de manier waarmee u met pijn omgaat verandert?”*
- *“We hebben uitgelegd dat een diversiteit aan korte termijn pijnstilling, inclusief massage, acupunctuur en medicatie, een gelijkaardig pijnstillend effect hebben als alcohol of roken (1). We hebben ook benadrukt dat deze effecten enkel op korte termijn voorkomen. Stel dat u op deze korte termijn pijnstilling blijft vertrouwen, wat is het ERGSTE dat kan gebeuren op lange termijn?”*
- *“Wat is het BESTE dat u zich kan voorstellen als resultaat van veranderen van korte termijn pijnstilling naar een lange termijn oplossing voor uw [voeg lichaamsregio in] pijnervaring?”*
- *“Indien u terugkijkt op voorbije behandelingen, wat is het ERGSTE dat u op lange termijn kan overkomen?”*

Verandertaal opwekken/uitlokken door vooruit te kijken: Deze vragen kunnen gesteld worden om tegenstrijdigheden bloot te stellen, door de huidige situatie te vergelijken met hoe het zou zijn indien de patiënt het probleem niet meer heeft in de toekomst.

- *“Indien u veranderingen maakt in de manier waarop u omgaat met pijn, hoe zou uw leven dan verschillen van wat het vandaag is?”*
- *“Indien u verandert van korte termijn pijnstilling naar lange termijn oplossingen voor uw [voeg lichaamsregio in] pijnervaring, hoe zou uw leven anders zijn ten opzichte van wat het vandaag is?”*
- *“Hoe zou u willen dat het leven uitdraait voor u over 2 jaar?”*

Motiverende gespreksvoering combineren met pijneducatie: Achterliggende redenen en voorbeelden gebaseerd op het theoretisch model van gedragsverandering

Met toestemming van Oxford University Press vertaald van: Nijs J, Wijma AJ, Willaert W, Huysmans E, Mintken P, Smeets R, Goossens M, van Wilgen CP, Van Bogaert W, Louw A, Cleland J, Donaldson M. Integrating Motivational Interviewing in Pain Neuroscience Education for People With Chronic Pain: A Practical Guide for Clinicians. *Physical Therapy* 2020; 100(5):846-859. Vertaling door Iris Reynebeau, MSc, PT.

Voorbeelden van motiverende gesprekstechnieken bij het geven van pijneducatie van pijn zijn gebaseerd op het trans-theoretisch model van gedragsverandering². Daarom is het belangrijk om te weten waar de patiënt zich bevindt met betrekking tot de bereidheid om zijn/haar ideeën te veranderen rond pijn en/of de manier waarop ze omgaan met pijn. Vandaar dat er een overweging moet gemaakt worden om patiënten een instrument/vragenlijst te laten gebruiken om hun stadium van gedragsverandering te bepalen, bijvoorbeeld de Pain Stages of Change Questionnaire (2).

I: Wanneer de patiënt in de precontemplatie fase is (Vb: wanneer de patiënt er niet over nadenkt om te veranderen – “Ik ga de pijn niet zomaar accepteren en ga niet leren leven met de pijn, u moet het probleem oplossen dat de pijn veroorzaakt”)

Doelen voor deze fase:

1. De patiënt helpen om zelf een reden voor verandering uit te werken
2. De ervaring van de patiënt bevestigen
3. De patiënt aanmoedigen om zichzelf verder te verkennen
4. De deur op een kier laten staan voor toekomstige gesprekken

1. Bevestig de ervaring van de patiënt:

“Ik kan begrijpen waarom u zich zo voelt”

“Ik kan begrijpen dat u nog weinig hoop heeft over een nieuwe behandeling”

“Ik kan begrijpen dat u van mij een snelle oplossing voor uw pijnervaring verwacht”

² Dit script is een adaptatie en vertaling op het motiverende gespreksvoering script ontwikkeld door het UCLA Center for Human Nutrition voor gewichtsvermindering bij mensen met obesitas, beschikbaar op http://www.cellinteractive.com/ucla/physician_ed/scripts_for_change.html

“Het is logisch dat we de oorzaak van uw pijn benaderen, we proberen hier hetzelfde te doen. Wat veroorzaakt uw pijn volgens u?”

“Ik begrijp dat u gelooft dat de slijtage in uw [voeg lichaamsregio in] de oorzaak is van uw pijn, zeker als u de klinische beelden ziet van uw [voeg lichaamsregio in]”

2. Bevestig dat de patiënt controle heeft over de beslissing:

“Het is aan u om te beslissen of en wanneer u klaar bent om de behandeling te starten, of te beëindigen indien u dit wil.”

“Het is aan u om te beslissen of en wanneer u klaar bent om uw kennis van pijnervaring te veranderen, maar weet dat we hier zijn om u te helpen.”

“Het is aan u om te beslissen of en wanneer u klaar bent om te veranderen hoe u omgaat met de pijn, maar wij staan klaar om u te helpen.”

“Wij staan klaar om u te helpen door behandelingsopties op te lijsten. U mag steeds beslissen welke behandelingsoptie u kiest.”

“Wij zijn er om u te helpen met uw [voeg lichaamsregio in] pijn. U maakt steeds zelf de beslissingen en heeft steeds alle touwtjes in handen. U moet zich comfortabel voelen bij elk deel van de behandeling, u mag het steeds laten weten indien u zich niet goed voelt bij iets wat hier gebeurt.”

3. Exploreer mogelijke bezorgdheden:

“Als ik uw situatie juist begrijp, controleert de pijn momenteel uw leven. Is dit juist of ben ik verkeerd hierin?”

“U laat de pijn bepalen of u wel of niet kan starten of verdergaan met activiteiten die u graag doet. Helpt dit om de pijn niet te laten verergeren? Is deze strategie goed op korte termijn, lange termijn of beide? Welke effecten heeft deze strategie voor u op lange termijn?” ... (geef de patiënt tijd om te antwoorden).. “Is dit gelijkaardig aan de korte versus lange termijneffecten van alcohol denkt u?”

“Indien u bekijkt hoe uw pijn en levenskwaliteit zijn geëvolueerd over de tijd dat u pijn heeft, kan u zich voorstellen dat de pijn nog verdere problemen zal veroorzaken in de toekomst?”

“Ze hebben u verteld dat de slijtage in uw lage rug [of een andere lichaamsregio] uw lage rugpijn veroorzaakt. Hier is een tabel³ met het percentage van mensen – afhankelijk van leeftijd – die slijtage hebben in de wervelzuil maar geen rug- of beenpijn hebben. Kies hierbij uw leeftijdscategorie en bekijk welke proportie van mensen van uw leeftijd zonder rug- of beenpijn slijtage hebben zoals u in hun lage rug.” (Patiënt laten antwoorden) “Wat kan u hieruit

³ De tabel is gebaseerd op de meta-analyse gerapporteerd in (3.) Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR American journal of neuroradiology* 2015; **36**(4): 811-6.

besluiten?” (Patiënt laten antwoorden) “Misschien is er toch meer aan dit verhaal dan enkel slijtage? Zou u graag een bredere en vollediger uitleg willen over uw rugpijn?”

“U heeft [voeg voorbij behandelingen in die zich richten op specifieke anatomische of fysiologische dysfuncties] in het verleden al geprobeerd. Indien spierspanning of gerelateerde gewrichtsdysfuncties (afhankelijk van de overtuiging van de patiënt, mogelijks inclusief stoornissen in motorische controle) de oorzaak zijn van de pijn, waarom hebben voorbij behandeling die specifiek op spierspanning en gewrichtsdysfuncties gericht geen positief effect gehad voor u?” “Misschien zijn de spierspanning en gewrichtsdysfuncties maar een deel van het verhaal?”

“Met gebruik van dit werkblad, kan u alle voordelen van het voortzetten van uw manier van omgaan met de pijn oplijsten in de linkerkolom, en alle nadelen in de rechterkolom? Ziet u het zitten om dit thuis te doen en terug mee te nemen bij mij volgende keer? Het is zeer nuttig zodat we samen een op maat gemaakt plan kunnen opstellen voor u.

4. Herhaal een eenvoudige, directe uitspraak over jouw standpunt over de medische voordelen van het veranderen van de manier waarop de patiënt omgaat met zijn pijn:

“Uw pijn is momenteel uw leven aan het controleren – in feite vertelt uw pijn u wat u wel en niet kan doen. Op deze manier beloont u uw hersenen voor het produceren van de pijn. Op lange termijn is dit uw situatie aan het verergeren – elke keer wordt uw brein beter in het produceren van pijn. Wat denkt u erover om de controle over uw leven terug te krijgen?”

Opmerking: Afhankelijk van de manier waarop u de educatie over de neurofysiologie van pijn geeft, kan ‘hersenspraak’ eng zijn voor de patiënt en het dualisme model opdrijven. Als u merkt dat patiënten het moeilijk hebben om hun pijn te linken aan hun hersenen en veranderingen hierin, probeer ‘hersenspraak’ te vermijden tot ze beter worden in het bevatten van hun pijn. Patiënten hebben weinig kennis over pijn en de wetenschap hierrond, dus bij elke referentie naar de hersenen kunnen ze denken dat het ‘in hun hoofd’ zit of ‘nep’ is.

“Uw pijn controleert momenteel uw leven – de pijn vertelt u wat u wel en niet moet doen en u rekent op korte termijn pijnstillers met gelijkaardige effecten als alcohol of roken. Wat zou u ervan zeggen om te veranderen met de focus op lange termijn oplossingen?”

Opmerking: De term ‘korte termijn pijnstillers’ kan ongeschikt zijn voor patiënten die worstelen met lange termijn druggebruik. Bij deze patiënten is het beter om alternatieve bewoordingen te gebruiken, zoals ‘korte termijn pijnverlichting’ of ‘korte termijn analgesie’.

“Uw pijn controleert momenteel uw leven. – de pijn vertelt u wat u wel en niet moet doen. U beloont uw hersenen voor het produceren van pijn met het geven van korte termijn pijnstillers. Wat zou u ervan zeggen om over te schakelen met de focus op lange termijn oplossingen?”

5. Erken dat er mogelijk frustraties zijn of gevoelens van onder druk te staan:

“Het kan soms moeilijk zijn om veranderingen te initiëren in uw leven als u zich onder druk gezet voelt door anderen. Ik wil u bedanken om hierover te praten met mij vandaag/ u zo open te stellen hierover vandaag.

“Het moet moeilijk zijn voor u om te begrijpen waarom de vorige gezondheidswerkers u niet ingelicht hebben over het gevoelige alarmsysteem. Probeer hen niets te verwijten, ze hebben een andere specialisatie binnen het gezondheidssysteem. We kunnen niet bevatten wat u moet

doorstaan. Iedereen heeft een andere pijn. We focussen ons op het goede nieuws: we hebben al zoveel geleerd over pijn in de laatste 10 jaar en kunnen veel van de problemen die u ons heeft verteld verklaren. Hoe u wil verdergaan is volledig uw keuze.”

6. Bevestig dat ze niet klaar zijn:

“U mag me steeds corrigeren als ik het verkeerd begrijp, maar ik hoor u vertellen dat u nog niet klaar bent om uw begrip van pijn te veranderen op dit moment.”

“U mag me steeds corrigeren als ik het verkeerd begrijp, maar ik hoor u vertellen dat u nog niet klaar bent om de manier waarop u omgaat met pijn te veranderen op dit moment.”

“U mag me steeds corrigeren als ik het verkeerd begrijp, maar ik hoor u vertellen dat u nog niet klaar bent om over te schakelen van het vertrouwen op korte termijn pijnstilling naar duurzamere oplossingen om om te gaan met uw [voeg hier een anatomische regio in, indien gepast] pijn.”

7. Herhaal dat zij de beslissing maken:

“Het is volledig aan u om te beslissen of dit de juiste beslissing is voor u op dit moment.”

“Het is volledig aan u om te beslissen of en wanneer u bereid bent om uw begrip van pijn te veranderen.”

“Het is volledig aan u om te beslissen of en wanneer u bereid bent om over te schakelen van het vertrouwen op korte termijn pijnstilling naar duurzamere manieren om om te gaan met uw [voeg hier een anatomische regio in, indien gepast] pijn.”

8. Stimuleer het ‘reframen’ van de huidige stand van verandering – het potentiële begin van verandering, eerder dan de beslissing om nooit te veranderen:

“Iedereen die ooit zijn manier van omgaan met de pijn veranderd heeft, start waar u nu bent: ze starten met het zien van redenen waarom ze eventueel de controle over hun leven terug willen. En dat is waarover wij het gehad hebben.

“Iedereen die ooit overgeschakeld is van korte termijn pijnbestrijding naar lange termijn oplossingen start waar u nu bent; ze starten met het zien van redenen waarom ze zouden willen veranderen naar duurzamere manieren van omgaan met uw [voeg hier een anatomische regio in, indien gepast] pijn. En dat is waarover wij het gehad hebben vandaag.

II: Wanneer de patiënt in de contemplatie fase is

(Vb: wanneer de patiënt ambivalent is over verandering – *“Ja de manier waarop ik omga met pijn en vooral het feit dat de pijn mijn leven controleert is een zorg voor mij, maar ik ben niet van plan of ik ben nog niet in staat om de manier waarop ik omga met mijn pijn te veranderen.”*

In deze fase kunnen andere factoren, zoals (gebrek aan) zelfvertrouwen en angst (van pijn of beweging en opnieuw een letsel te krijgen) een belangrijke rol spelen en deze zullen mee in rekening moeten gebracht worden.

Doelen van deze fase:

1. Bevestig de ervaring van de patiënt
2. Erken de controle van de patiënt over de beslissing
3. Verduidelijk de perceptie van de patiënt over de voor- en nadelen van een poging tot verandering van de manier waarop zij hun pijn zien (om een breder model van pijn te implementeren)
4. Verduidelijk de perceptie van de patiënt over de voor- en nadelen van een poging tot verandering van de manier waarop ze omgaan met de pijnervaring
5. Moedig de patiënt aan om zelf verder te exploreren
6. Herhaal uw positie dat het aan hen is
7. Laat de deur op een kier om verder te gaan naar planning

1. Bevestig de ervaring van de patiënt:

“Ik begrijp dat u nadenkt over het verfijnen en uitbreiden van uw kennis over uw pijn maar dat u nog niet klaar bent om actie te ondernemen op dit moment.”

“Ik begrijp dat u erover nadenkt om de manier waarop u omgaat met uw pijn te veranderen, maar dat u nog niet klaar bent om actie te ondernemen op dit moment.”

“Ik begrijp dat u erover nadenkt om te veranderen van het vertrouwen op pijnstillers naar duurzamere oplossingen, maar dat u zeker nog niet klaar bent om actie te ondernemen op dit moment.

“Het is zeer belangrijk dat u nu (na de eerste sessie van educatie over de neurofysiologie van pijn) een uitgebreidere kennis hebt over uw pijnervaring. De kennis hebben is één ding, actie ondernemen in iets anders en een grote stap. U bent nog niet klaar om actie te ondernemen, maar ziet u het zitten om opties te ontdekken om actie te ondernemen in volgende behandelsessies? Voor nu kan u verdergaan met het omgaan met de pijn op uw manier.

“Het is zeer belangrijk dat u begrijpt dat uw spam filter⁴ niet goed werkt en dat met onze hulp u zelf uw filter gaat kunnen aanpassen. Kennis hebben is één ding, maar actie ondernemen is

⁴ Pijnversterkende factoren kunnen uitgelegd worden als diegene die op het gaspedaal duwen, terwijl de pijn verlichtende factoren hersen gestuurde dalende nociceptieve inhibitie activeren, wat uitgelegd kan worden aan de patiënten als het gebruik van het rempedaal in de auto of de spam filter metafoor. Om de spam filter metafoor uit te leggen, kan de volgende conversatie gevoerd worden:

T: ‘Gebruikt u e-mail?’

P: ‘Ja.’

T: ‘Komen alle e-mails van overal in de wereld naar uw mailadres uiteindelijk in uw inbox?’

P: ‘Ik hoop van niet, de spam filter zou ongewenste berichten inclusief reclame er moeten uithalen.’

T: ‘Dat is exact hoe uw zenuwstelsel werkt. Er is een zeer sterke spamfilter aanwezig in het achterste deel van het ruggenmerg. Welk deel van het lichaam zou de controle hebben over uw spamfilter?’

P: ‘Misschien de hersenen?’

T: ‘Precies! Tijdens het behandelprogramma zullen we u leren hoe u uw spamfilter in het ruggenmerg kan controleren.’

In het geval dat (oudere) patiënten niet vertrouwd zijn met het gebruik van email, kunnen we een alternatieve metafoor gebruiken om afdalende nociceptieve inhibitie uit te leggen, zoals de volumeknop op de radio dat omhoog en naar beneden kan gedraaid worden. Wanneer de patiënt het idee van afdalende inhibitie en facilitatie begrijpt, kunnen (aanpasbare) psychologische en gedragsfactoren langzaam geïntroduceerd en gerelateerd worden tot de situatie en ervaringen van de patiënt. Hier leggen we de klemtoon op hoe deze factoren zullen aangepakt worden in verschillende fasen van de uitgebreide

iets anders en een grote stap. U bent nog niet klaar om actie te ondernemen, maar ziet u het zitten om opties te ontdekken om actie te ondernemen om uw spam filter te herstellen in volgende behandelsessies?

2. Erken de controle van de patiënt over de beslissing:

“Het is aan u om te beslissen of en wanneer u klaar bent op de opties te exploreren om actie te ondernemen om uw spam filter aan te passen. Opties exploreren zorgt voor het creëren van opportuniteiten en verplicht u nooit om actie te ondernemen. Meer opties hebben is steeds iets positief.

“Het is aan u om te beslissen of en wanneer u klaar bent om uw levensstijl aan te passen, maar vergeet niet dat wij beschikbaar zijn om u te ondersteunen hierin.”

“In de volgende sessies, wanneer we opties exploreren om de manier waarop u omgaat met de pijn te veranderen, is het altijd aan u om te beslissen hoe we verder gaan. Opties exploreren creëert opportuniteiten en zal u nooit dwingen om actie te ondernemen. Meer opties hebben is altijd iets positief.”

3. Verduidelijk de perceptie van de patiënt over de voor- en nadelen van een poging tot verandering van de manier waarop zij hun pijn zien (om een breder model van pijn te implementeren):

“Kan u mij één voordeel geven in verband met het veranderen van de manier waarop u uw pijnervaring begrijpt? Kan u me één nadeel geven in verband met het verbreden van uw kennis over uw pijnervaring?”

“Hoe zou de verbetering van uw begrip van uw pijnervaring een impact kunnen geven op uw leven op korte en lange termijn?”

4. Verduidelijk de perceptie van de patiënt over de voor- en nadelen van een poging tot verandering van de manier waarop ze omgaan met de pijnervaring:

“Gebruik dit werkblad. Wat zou een voordeel kunnen zijn van het proberen om uw spam filter aan te passen? En wat zou hierbij een nadeel kunnen zijn?”

“Gebruik dit werkblad. Wat zou een voordeel kunnen zijn van het veranderen van de manier waarop u omgaat met de pijn? Wat zou hierbij een nadeel kunnen zijn?”

“Gebruik dit werkblad. Kan u alle voordelen van het veranderen van de manier waarop u omgaat met de pijn oplijsten in de linkerkolom en alle nadelen in de rechterkolom?”

“Welke impact zou het veranderen van de manier waarop u omgaat met uw pijn uw leven hebben op korte en lange termijn?”

behandeling (e.g. stress als een pijnversterker tijdens stress management, slecht slapen in slaapmanagement, oefentherapie of graded activity bij actieve afdalende inhibitie etc.).

5. Moedig de patiënt aan om zelf verder te exploreren:

“Het lezen van deze informatiefolder⁵ / zien van deze online educatieve film⁶ is belangrijk om een succesvol pijnmanagementprogramma te beginnen. Zou u het zien zitten om de informatiefolder te lezen of online te bekijken thuis en hierover met mij te praten de volgende keer? Heeft u liefst de online of de geprinte versie, of allebei?”

“Na dat u de informatie zelf heeft bekeken, zou u het zien zitten om dit te delen met uw man/vrouw/kind/ouder/vriend (wat passend is voor de patiënt)? Indien uw man/vrouw/kind/ouder/vriend bereid is om deze informatie te bekijken, zal het belangrijk zijn om nadien de inhoud te bespreken met hem/haar. Dit zal zijn/haar begrip voor wat u meemaakt stimuleren en u hopelijk extra steun geven in uw pijnmanagementprogramma.

“We hebben nu verschillende factoren besproken die bijdragen aan uw pijnervaring. Kan u nog voor- of nadelen bedenken van deze bijdragende factoren?”

6. Herhaal uw positie dat het aan hen is:

“Het is volledig aan u om te beslissen of dit juist is voor u op dit moment. Wat u ook kiest, ik ben er om u te steunen.”

“Het is uw pijn; u bezit het en u maakt de beslissingen – niet de dokter, de therapeut, etc.”

7. Laat de deur op een kier om verder te gaan naar planning:

“Na dat we hierover gepraat hebben en u hebt het gevoel dat u enkele veranderingen wil maken, is de volgende stap niet direct in actie schieten – we kunnen starten met wat voorbereidings-/planningswerk.”

III: Wanneer de patiënt in de planningsfase is

(Vb: wanneer de patiënt aan het voorbereiden is om te veranderen en kleine veranderingen begint te maken om zich voor te bereiden op een grotere levensverandering – *“De manier waarop de pijn momenteel mijn leven beheerst is een zorg voor mij; het is me duidelijk dat de voordelen om de manier waarop ik omga met de pijn te proberen veranderen de nadelen overheersen en ik ben van plan om binnen de maand te starten.”*)

Doelen:

1. Bekrachtig de beslissing van de patiënt om zijn gedrag te veranderen
2. Geef voorrang aan opportuniteiten om gedrag te veranderen
3. Identificeer en assisteer bij probleemoplossende obstakels

⁵ Deze informatie kan het boek zijn ‘explain pain’ (4.) Butler D, Moseley GL. Explain pain: Adelaide: NOI Group Publishing; 2003., Why You Hurt (5.) Louw A. Why you hurt. Therapeutic neuroscience education system. . USA: International Spine & Pain Institute. ; 2014., diegene gratis verkrijgbaar op <http://www.paininmotion.be/education/tools-for-clinical-practice> of diegene verkrijgbaar op <https://www.optp.com/Everyone-Has-Back-Pain> en <http://www.paininmotion.be/education/tools-for-clinical-practice>

⁶ Men kan online benodigdheden voor de educatie over de neurofysiologie van pijn vinden op <https://www.retrainpain.org/>, of de ‘Brainman’ filmpjes kijken <https://www.youtube.com/channel/UCAfjSufXOnORMLMtSid6CQQQ> of een Nederlandstalige film: <http://www.paininmotion.be/patients/information>

4. Moedig kleine initiële stappen aan
5. Moedig identificatie van sociale steun aan

1. Bekrachtig de beslissing van de patiënt om zijn gedrag te veranderen:

“Het is geweldig dat u zich goed voelt over uw beslissing om uw begrip van pijn te veranderen; u neemt belangrijke stappen om de controle over uw leven terug te krijgen.”

“Het is geweldig dat u zich goed voelt over uw beslissing om de manier waarop u omgaat met pijn te veranderen; u neemt belangrijke stappen om de controle over uw leven terug te krijgen.”

“Het is geweldig dat u zich goed voelt over uw beslissing om te veranderen van korte termijn pijnverlichting naar duurzamere oplossingen; u neemt belangrijke stappen om de controle over uw leven terug te krijgen.”

2. Geef voorrang aan opportuniteiten om gedrag te veranderen:

“Als ik kijk naar uw huidige situatie, denk ik dat een van de grootste voordelen zou zijn om beter om te gaan met alledaagse stress(oren) [vervang door ‘verbeteren van uw slaap’, ‘meer fysiek actief worden’ of elk ander deel van het pijnmanagementprogramma, afhankelijk van de patiënt]. Wat denkt u daarvan?”

3. Identificeer en assisteer bij probleemoplossende obstakels:

“Heeft u ooit relaxatie (of stressmanagement) [vervang door ‘verbeteren van uw slaap’, ‘meer fysiek actief worden’ of elk ander deel van het pijnmanagementprogramma, afhankelijk van de patiënt] geprobeerd? Wat heeft hierbij geholpen? Welke problemen verwacht u bij het uitvoeren van stressmanagement [vervang door ‘slaapmanagement’, ‘oefentherapie’, ‘fysieke activiteit management’ of elk ander deel van het pijnmanagementprogramma, afhankelijk van de patiënt] op dit moment? Hoe zou u hiermee kunnen omgaan?”

4. Moedig kleine initiële stappen aan:

“Dus, het initiële doel is om te proberen stoppen met u zorgen te maken over de oorzaak van de pijn, nu u een uitgebreide kennis hebt van de complexiteit van de pijn.”

“Dus, het initiële doel is om te proberen stoppen met vertrouwen op korte termijn pijnverlichting, aangezien u nu begrijpt dat korte termijn pijnverlichting uw hersenen belonen voor het produceren van pijn/gevoelsalarmsysteem.”

5. Assisteer de patiënt in het identificeren van sociale steun:

“Welke familieleden of vrienden zouden u kunnen steunen in het terugkrijgen van de controle over uw leven? Zouden zij bereid zijn om de informatiefolder over pijn te lezen (of om de online educatieve film te bekijken) en met u te bespreken om een beter begrip van u situatie te krijgen? Is er nog iets dat ik kan doen om te helpen?”

Referenties

1. Ditre JW, Heckman BW, Zale EL, Kosiba JD, Maisto SA. Acute analgesic effects of nicotine and tobacco in humans: a meta-analysis. *Pain* 2016; **157**(7): 1373-81.
2. Carr JL, Moffett JA, Sharp DM, Haines DR. Is the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) a useful tool for predicting participation in a self-management programme? Further evidence of validity, on a sample of UK pain clinic patients. *BMC musculoskeletal disorders* 2006; **7**: 101.
3. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR American journal of neuroradiology* 2015; **36**(4): 811-6.
4. Butler D, Moseley GL. Explain pain: Adelaide: NOI Group Publishing; 2003.
5. Louw A. Why you hurt. Therapeutic neuroscience education system. . USA: International Spine & Pain Institute. ; 2014.