

Langdurig pijngedrag

DR. R. GAYMANS*

Langdurige pijn is een verschijnsel waarmee de huisarts regelmatig geconfronteerd wordt. Recente ontwikkelingen maken het mogelijk te differentiëren tussen kortdurende en langdurige pijn. In deze bijdrage wordt ingegaan op de verschillen tussen kortdurende pijn, langdurige idiopathische pijn en langdurige pijn ten gevolge van kwaadaardige aandoeningen of pijn-veroorzakende ziekten.

Pijn en pijngedrag

De Amerikaan *Loeser* heeft een „pijn-systeem” geïntroduceerd, dat aansluit bij de laatste ontwikkelingen op het gebied van de diagnostiek en therapie van pijn (*Bonica and Liebeskind*). In dit systeem worden vier elementen onderscheiden: nociceptie, pijngewaarwording, pijnlijden en pijngedrag (*figuur 1*). Deze vier elementen overlappen elkaar gedeeltelijk en beïnvloeden elkaar over en weer. Een en ander kan verduidelijkt worden met een korte „casus”: Jantje is een hut aan het timmeren en slaat met de hamer op zijn duim in plaats van op de spijker. In het geraakte deel worden onder de druk van de hamer pijnreceptoren geprikkeld. Deze nociceptorprikkeling geeft zenuwpulsen, die vanuit het geraakte deel via zenuwbanen naar elders in het lichaam gaan. Dit is *nociceptie*. Zodra deze impuls in het centrale zenuwstelsel ter werking aankomt, wordt hij herkend als „dat doet pijn”. Hiervoor geldt de term *pijngewaarwording*. Onmiddellijk daarop wordt het gevoelsleven van Jantje erbij betrokken. De waarneming „dat doet pijn” verandert in „mijn duim doet pijn”. Jantje zelf lijdt pijn. Dit wordt *pijnlijden* genoemd.

Daarbij blijft het niet. Het slaan op de duim heeft een reeks gevolgen die deels reflexmatig, deels willekeurig zullen zijn (*Notermans; Bernards*). Jantje ondergaat een verandering. Zijn bewegingspatroon, bloedsomloop, huidskleur en humeur zullen vermoedelijk veranderen. Hij zal misschien gaan brullen en heftig gaan bewegen. Hij ver-

toont *pijngedrag* als reactie op het gebeurde: een ander gedrag dan na de vorige slag, toen hij de spijker wel raakte en niet zijn duim. Nociceptie, pijngewaarwording, pijnlijden zijn pas voor de buitenwereld waarneembaar, als er pijngedrag uit voortvloeit. De elementen van het pijnproces kunnen in de besproken samenhang optreden, maar ook los van elkaar. Toch gaan degene die pijn heeft, en de ander aan wie de pijn gemanifesteerd wordt, min of meer stilzwijgend van de veronderstelling uit dat alle vier de elementen aanwezig zijn. Bij langdurig pijngedrag is deze veronderstelling niet juist.

Loeser definieert pijngedrag als „any type of output from the organism that is commonly understood to suggest the existence of a tissue damaging stimulus”. Hieronder vallen lichamelijke uitingen als bleek worden, flauwvallen, au roepen, kreunen, hinken, maar ook gedragspatronen als geneesmiddelen innemen, naar de dokter gaan en ziek in bed blijven. Uitgangspunt bij deze behaviouristische benadering is het gegeven, dat pijn de getroffen persoon dwingt tot een reactie. Door gedragsaanpassing probeert hij een nieuw evenwicht te bereiken en hierbij gevonden oplossingen aan te leren. Deze leerprocessen leiden tot een georganiseerde gedragsverandering. Iemand met een langdurige pijn heeft volgens deze redenering herhaaldelijk leersituaties door-gemaakt en oplossingen gezocht. Het resultaat is het nu waarneembare pijngedrag.

Deze benadering gaat uit van een denkmodel met betrekking tot pijn (en ziekte in het algemeen), dat we het „leermodel” kunnen noemen (*Fordyce*). Dit

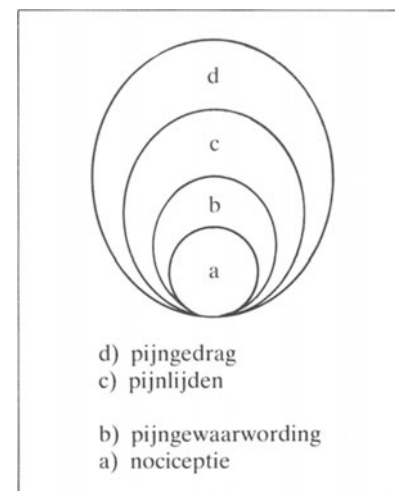
leermodel moet dan worden beschouwd als tegenhanger van het „ziektemodel”, dat uitgaat van enkelvoudige oorzaaken-gevolgpatronen bij ziekelijke processen.

In het ziektemodel is er een ziekteverwekkende factor die inderdaad ziekte verwekt, en waarbij de ziekte (of pijn) ophoudt te bestaan wanneer de oorzaak is geëlimineerd. Er is hier een rechtlijnig, oorzakelijk verband, waarbij de oorzaak in tijd eerder aanwezig is dan het gevolg, de ziekte. De oorzaak leidt tot het gevolg maar het gevolg kan de oorzaak niet beïnvloeden (*figuur 2*). Bij het leermodel staat de ziekte (of pijn) geheel of gedeeltelijk onder controle van factoren uit de omgeving en is zij niet meer alleen afhankelijk van de eerste oorzaak die het proces in gang bracht. Karakteristiek daarbij is dat de invloedrijke factoren uit de omgeving herhaaldelijk optreden in een vaste relatie ten opzichte van pijnbeleving (pain-contingent). Het uiteindelijke resultaat wordt dan mede beïnvloed door factoren die optreden ná de pijnbeleving (de consequenten in het operante gedrag volgens de gedragstherapie *Groenman*). Deze invloeden zullen aanvankelijk zelf geen pijn teweegbrengen, maar wel een verergering (of vermindering) van de pijn. In een later stadium kunnen ze echter zelf het pijnproces in gang zetten. De oorzaak-en-gevolg relatie is door leerprocessen ingewikkeld en indirect geworden, zodat andere factoren dan nociceptie-stimuli de pijn kunnen veroorzaken (*figuur 3*).

Pijncategorieën

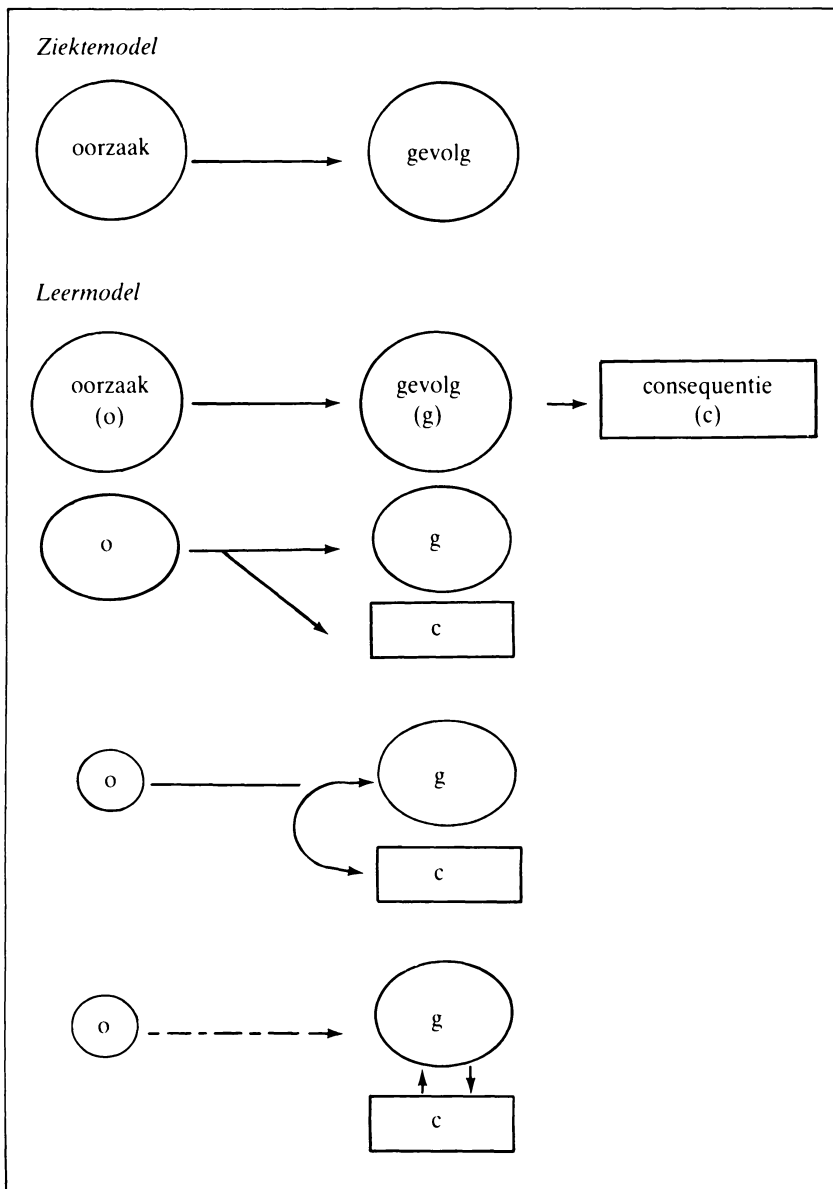
Het pijnschema van *Loeser* en de behaviouristische opvatting van pijn

Figuur 1. Het pijnsysteem volgens Loeser.



* Huisarts te Made.

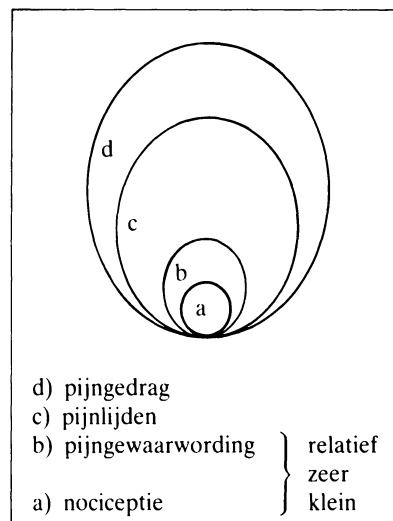
Figuur 2. Ziektemodel en leermodel.



Schema 1. Een indeling van pijn, op geleide van duur, oorzaak en conformiteit tussen klacht en oorzaak.

Duur	Oorzaak aantoonbaar		Oorzaak niet aantoonbaar
	Duur conform oorzaak	Duur niet conform oorzaak	Conformiteit niet te beoordelen
Kort	(1) Kortdurende pijn	(2) Kortdurende pijn	(3) Kortdurende pijn
Lang	(4) Langdurige maligne pijn/ziekteprocespijn	(5) Langdurige idiopathische pijn	(6) Langdurige idiopathische pijn

Figuur 3. Pijnschema bij idiopathische pijn.



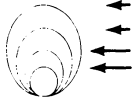
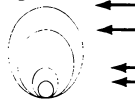
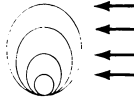
maken het mogelijk onderscheid te maken tussen kortdurende pijn, langdurige idiopathische pijn* en langdurige pijn bij ziekteprocessen.

De indeling die in *schema 1* wordt voorgesteld, gaat voorbij aan vele andere, uiterst zinvolle groeperingen van pinnen. De parameters in deze tabel zijn achtereenvolgens de tijdsduur, de mate waarin een oorzaak aanwijsbaar is, en de congruentie of incongruentie tussen de aanwijsbare nociceptieve factor en de tijdsduur. De beoordeling van de tijdsduur is volledig afhankelijk van de soort pijn (niersteenkolkiek, ribfractuur, Achilles-tendinitis). In de Amerikaanse literatuur (*Sternbach*) wordt pijn pas langdurig genoemd wanneer het syndroom zes maanden bestaat. Voor de huisartspraktijk is deze termijn echter onbruikbaar en bovendien onjuist. De karakteristieke kenmerken van een langdurige idiopathische pijn kunnen, evenals bij andere klachtenpatronen, reeds veel eerder herkenbaar zijn (*Huygen; Grol e.a.*). De term langdurig in deze context houdt niet hoofdzakelijk in, dat de duur tot dit moment lang is, maar vooral dat de pijn vanaf dit moment nog lang zal kunnen duren. In zekere zin behoort bij ieder individueel ziektebeeld een prognose. Wanneer de pijn veel langer duurt dan in overeenstemming is met die prognose, kan men bij deze persoon in deze omstandigheden spreken van langdurige pijn.

Hetzelfde probleem doet zich in versterkte mate voor, wanneer er geen – of geen goede – diagnose is gesteld, waar-

*Idiopathische pijn is pijn zonder waarneembare oorzaak, of met een grove incongruentie tussen een geringe oorzaak en een omvangrijke pijnklacht (sign-symptom dissociatie – *Groen*).

Schema 2. Karakteristieken van pijnklachten, naar duur en oorzaak.

	Kortdurende pijn nociceptie/ oorzaak	Langdurige idiopathische pijn	Langdurige pijn nociceptie/ oorzaak
<i>Weefsel/ functie- beschadiging Pijnschema</i>	Meestal aanwezig en oorzaak 	Meestal onduidelijk; zelden de enige oorzaak 	Meestal aanwezig en oorzaak 
<i>Denkmodel</i>	Ziektemodel	Leermodel	Ziektemodel
<i>Anamnese</i>	Kort, duidelijk	Lang, complex	Lang, duidelijk
<i>Emotionele stemming</i>	Angst	Depressie	Angst en depressie

mee de gepresenteerde klacht verklaard kan worden. Als zowel de arts als de patiënt in het duister tasten over de aanleiding van de pijn, kan in het pijnschema de mate van overeenstemming tussen een functiestoornis of weefselbeschadiging en de pijn worden aangegeven. De vakken 1, 2 en 3 van *schema 1* hebben betrekking op kortdurende pijn en vallen daarom buiten het onderwerp van dit artikel. Vak 4 behelst die vormen van langdurige pijn waarvan de oorzaak bekend is en waarbij de pijn aanwezig blijft zolang het ziekteproces aanwezig of actief is. Maligne processen, destructieve gewrichtsprocessen en niet herstelde traumata behoren in dit vak. De langdurige, idiopathische pijn bevindt zich in de vakken 5 en 6. Het gaat hier niet om scherp af te grenzen groepen, maar om een globale indeling. Vaak zullen mengvormen voorkomen. Bovendien dragen deze indelingen een sterk subjectief karakter. Wat door de een als dé oorzaak wordt beschouwd, wordt door een ander wellicht als bijkomstigheid terzijde geschoven. Het gretige zoeken naar „de medische oorzaak” zal tot gevolg hebben, dat wellicht marginale onderzoeksresultaten leiden tot scherp geformuleerde diagnoses. Desondanks houdt iedere arts een groep patiënten met pijn over, bij wie hij niets kan vinden, terwijl ze toch langdurig pijn blijven houden (*Valkenburg and Haanen*). *Lamberts* geeft aan, dat slechts in 41 procent van de gepresenteerde gevallen in de huisartspraktijk een „duidelijke somatische diagnose” geregistreerd werd.

In het volgende wordt ingegaan op de verschillen tussen de in *schema 1* vermelde categorieën. Daarbij zal het leergedrag dat bij pijngedrag een rol kan spelen, verder worden uitgewerkt. Enkele in het oog springende verschillen tussen de pijncategorieën zijn weer-

gegeven in *schema 2*. Uitgangspunt bij deze indeling is het gegeven, dat kortdurende en langdurige pijn wezenlijk van elkaar verschillen. De ernst van de vier pijn-elementen is in de tabel steeds weergegeven met behulp van korte en lange pijlen. Zo zien we, dat bij de langdurige idiopathische pijn het pijngedrag omvangrijk is, en het pijnlijden waarschijnlijk ook, maar de gewaarwording en de nociceptie juist niet; dit in tegenstelling tot wat we in de kolommen 1 en 3 zien. De tendens dat kortdurende, acute pijn en idiopathische langdurige pijn verschillende patronen te zien geven, doet zich ook voor bij de anamnese. Indien er sprake is van een langdurig pijnsyndroom dat onder invloed staat van uiteenlopende factoren als emotionele spanningen, relationele problemen, werkproblemen, onsuccesvolle medische contacten, niet werkende geneesmiddelen en dergelijke, is de anamnese onduidelijk, lang en moeilijk te interpreteren: hoe langduriger, des te gecompliceerder vaak. Daarentegen loopt de anamnese bij een weefselbeschadiging of functiestoornis altijd „volgens het boekje”.

Ten aanzien van de affectieve kant van pijngedrag schrijft *Sternbach*: „It appears that there is a significant difference between acute and chronic pain”. Terwijl acute en langer durende pijnen met weefselbeschadigingen veelal gepaard gaan met angstige gevoelens, hoort bij langdurige idiopathische pijn bovendien een depressief-emotioneel patroon. *Groen* komt naar aanleiding van waarnemingen bij langdurige pijnpatiënten tot de conclusie, dat er bij hen sprake was van een combinatie van depressie en egocentrisch lichamelijk klaaggedrag. Hij komt tot de fraaie term „Melancholia hyperalgetica”. *For-dyce* meent dat langdurige pijn en depressie als het ware in elkaars verlengde liggen, en associeert langdurige pijn dan

ook met (al dan niet gemaskeerde) depressie.

De differentiatie tussen angst en depressie heeft uiteraard verstrekkende gevolgen voor een eventuele medicamenteuze therapie:

Ria, 37 jaar, gezin met man en twee kinderen, waarop ze niets heeft aan te merken, maar waarin ze onvoldoende bevrediging vindt. Periodiek leidt dit tot sterkere depressieve gevoelens en stemming. Ze „schaamt zich hiervoor maar komt desondanks naar de huisarts”. „De pijn in mijn hoofd en nek die ik altijd heb, is nu weer zo hevig. Geef me er maar wat pijnpillen voor dan gaat het wel weer over. Hoe komt het toch dat het iedere keer weer zo rot is? Ik kom tot niets. Thuis zullen ze wel denken...”.

Thuis denken ze niet zo erg veel. Ze zijn erop ingesteld dat moeder altijd hoofdpijn heeft of het kan krijgen en „dan is ze niks waard”.

Behandeling

De opvatting dat langdurige idiopathische pijn anders is dan kortdurende pijn, heeft consequenties voor de behandeling. De drie pijnsoorten blijken verschillende, soms zelfs tegengestelde behandelingsvormen nodig te hebben (*Sternbach*). Met het doel enkele verschillen zo duidelijk mogelijk aan te geven, is *schema 3* samengesteld. Met pijlen kan worden aangegeven op welk onderdeel van het pijnschema de therapie gericht zal moeten zijn. De lengte van de pijl geeft daarbij aan, waar het zwaartepunt van de behandeling moet komen te liggen.

Bij de kortdurende pijn met bekende oorzaak zal de pijnbehandeling erop gericht zijn de nociceptie te verminderen. Bij kortdurende pijn zonder bekende oorzaak, zonder diagnose dus, zal wellicht een therapie worden ingesteld, alsof er een pijnlijke ontsteking in het spel

is en daardoor nociceptie behandeld moet worden (analgetische antiflogistica). Dit zijn de pijnklachten die het risico in zich dragen van uitgroei tot somatische fixatie (*Grol e.a.*). Ondanks een recent begin van de pijn, kan toch reeds een leermodel-pijn aanwezig zijn. De langdurige, idiopathische pijn zal minder goed behandeld kunnen worden in de fase nociceptie en pijngewaarwording, en daarentegen meer met een behandeling gericht op het pijnlijden en het pijngedrag (kolom 2).

Het voorschrijven van analgetica voor pijn zonder bijpassende diagnose kan een pijngedrag-versterking veroorzaken. Bij analgetica met een kans op verslaving is dit element nog sterker aanwezig. Pijngedrag en verslavingsgedrag gaan elkaar dan versterken (*Halpern 1977*). Vanuit het gedrag gereede- neerd moeten we er rekening mee houden, dat we het pijngedrag van de patiënt in stand houden of versterken door de gepresenteerde klacht te honoreren met een (pijn prikkel-bestrijdende) pil. De hoogte van de dosering van analgetica is, gezien vanuit het gedragsaspect van pijn, een essentieel onderdeel van de behandelingsstrategie. Acute pijn waarvan we kunnen verwachten dat deze niet lang zal duren, dient volgens *Bonica and Liebeskind* hoog gedoseerd en met korte intervallen behandeld te worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de eerste dagen na een trauma of na een operatie. Indien de patiënt dan pijnvrij gehouden kan worden, lijkt de kans op

chronisch worden van pijn veel kleiner. Door de acute pijn te onderdrukken zijn we bezig met preventie van chronische pijn.

Het „zo nodig” voorschrijven van analgetica moet op verscheidene gronden worden afgeraden. Het pas mogen innemen van het geneesmiddel wanneer de pijn hevig genoeg is, kan er gemakkelijk toe leiden dat de patiënt of zijn omgeving eerder de pilgrens bereiken. Het geneesmiddel versterkt dan het pijngedrag, terwijl de bedoeling juist was om pijngedrag te verminderen. Een andere reden (*Admiraal*) is, dat het pas innemen van een geneesmiddel op het moment dat de pijn weer hevig genoeg is, betekent dat het daarna ook weer enige tijd duurt voordat de pijn verdwenen is. Door „zo nodig bij pijn” voor te schrijven, lokken we dus als het ware pijnperiodes uit, met als gevolg versterking van het pijngedrag, dat we juist wilden bestrijden. Met terugwerkende kracht bewerkstelligt het innemen van het medicament op een „zo nodig”-voorschrift een vermeerderde behoefte. We riskeren hiermee pil-slikgedrag. Om die reden heeft het nut langer werkende analgetica te gebruiken. Wel moet de aanvankelijke hoge dosering zorgvuldig worden verminderd.

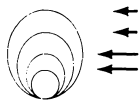
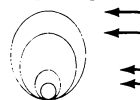
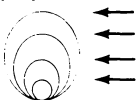
Bij de kortdurende, acute pijn speelt angst een rol. Het toedienen van anxiolytica kan zinvol zijn om verergering van de pijn door angst te doorbreken. Een andere werking van sommige anxiolytica is spierverslapping. Op korte termijn

kan dit een gunstig effect zijn (*Halpern 1979*). Wanneer we echter te doen hebben met een langdurig idiopathisch pijnsyndroom, kan het toedienen van sederende en spierverslappende medicatie een negatief effect hebben. Een eventueel aanwezige depressie kan er door versterkt worden. Wanneer het medicament uitgewerkt is, kunnen abstinentieschijnselen optreden, waardoor de patiënt zich wat minder lekker voelt. Het gevaar bestaat dan dat deze vermindering van welbevinden als „weer meer pijn” wordt vertaald. Deze onjuiste interpretatie kan dan leiden tot het innemen van meer geneesmiddelen. Bij langdurige idiopathische pijn is daarom voorzichtigheid met spierverslappende sedativa geboden. Eerder valt te denken aan (tricyclische) antidepressiva. De duur van de behandeling moet lang genoeg zijn om antidepressief te kunnen werken.

Bij een kortdurend pijnsyndroom kan een medicamenteus regime, ondersteund met simpele maatregelen, afdoende zijn. Bij langdurige idiopathische pijn staat de medicamenteuze behandeling op de achtergrond en zijn we meer aangewezen op de behandeling van het gedrag van de pijnpatiënt.

Rinus, 36 jaar, heeft drie jaar geleden een bekkenfractuur gehad en is volgens de geëigende methode behandeld. Hij heeft echter veel pijn geleden en is erg onzeker geweest over zijn toekomst. Na enige tijd is hij genezen verklaard, maar hij ontwikkelde langzamerhand pijn wat hogere

Schema 3. De behandeling bij de verschillende pijnsoorten.

	Kortdurende pijn	Langdurige idiopathische pijn	Langdurige pijn met nociceptie-oorzaak
<i>Pijnschema</i>	Behandeling nociceptie 	Pijnsyndroom; behandeling pijngedrag 	Oorzakelijke en symptomatische behandeling 
<i>Analgetica</i>	Geïndiceerd; voldoende hoge dosering	Gecontraïndiceerd	Soms nodig, als kortdurende therapie
<i>Analgetica met verslavingskans (narcotica)</i>	Soms nodig voor korte tijd	Gecontraïndiceerd	Soms nodig als kortdurende therapie
<i>Spierspanning verminderende sedativa</i>	Bruikbaar	Gecontraïndiceerd	Soms bruikbaar
<i>Antidepressiva (tricyclisch)</i>	Niet nuttig	Geïndiceerd	Vaak geïndiceerd
<i>Omgeving patiënt</i>	Minder belangrijk	Belangrijk; in behandelings- schema betrekken	In behandelings- schema betrekken

op in de lage rug. Hij werd hiervan zenuwachtig en prikkelbaar. Uitgebreid onderzoek was normaal. Medicatie van specialist: Ibuprofen® driemaal daags 400 mg, lorazepam driemaal daags 1 mg en, wanneer het erg nodig is, oxazepam om te slapen. Verder het advies: „Doe het voorlopig maar wat kalm aan. Maak een nieuwe afspraak wanneer je weer veel pijn krijgt”.

Rinus heeft een acuut pijnsyndroom gehad in zijn fractuurgebied en heeft nu een langdurige pijn ontwikkeld in lage ruggebied. Op geleide van *schema 3* merken we op, dat tijdens de acute fase de pijnbehandeling intensiever had moeten zijn om onnodig pijnlijden te voorkomen. Zijn onzekerheid (angst) had aandacht moeten krijgen en op dat moment eventueel met een benzodiazepinepreparaat behandeld moeten worden. Wellicht heeft zich hier een manier van omgaan met pijn voorgedaan die de weg heeft bereid voor het thans bestaande pijngedrag.

Is de benadering van het langdurige pijnsyndroom correct? Het pijnlijden en het pijngedrag verdienen hier meer aandacht dan de nociceptie en pijngevaarwording. Om die reden is het voorschrijven van een perifeer aangrijpende analgeticum niet zinvol. Bovendien blijkt uit het verhaal dat, de pijn onverminderd voortduurt, ondanks dit analgeticum. Wel dwingt deze benadering tot pilsluk-gedrag en wordt daardoor het leeraspect van de pijn versterkt. Een kortwerkend anxiolyticum met spierslappende werking zal de toch al geringe activiteit van Rinus nog verder afremmen. Hij zal zich wat rustiger voelen, totdat het geneesmiddel uitgewerkt raakt; daarna voelt hij zich geleidelijk minder goed, wat hij interpreteert als „weer meer pijn” en hij gaat opnieuw zijn pilletje slikken. Op deze wijze kan het geneesmiddel bijdragen tot

het in stand houden van het pijngedrag. Het kortwerkende preparaat moet vervangen worden door een langer werkend middel en deze medicatie moet vervolgens geleidelijk worden gestaakt. Hetzelfde geldt ten aanzien van het slaapmiddel. In plaats daarvan moeten we de mogelijkheid overwegen van een depressief reactiepatroon, en een tricyclische antidepressivum voorschrijven. Het oogmerk hiervan is het verbeteren van het dag- en nachtritme en het verbeteren van de stemming, zodat de andere medicatie overbodig wordt. Door de verminderde depressie zal Rinus actiever worden. Het is verder nodig dat we de patiënt duidelijk maken dat er geen aanwijsbare oorzaak is voor zijn pijn; dat zijn pijn dus niet het gevolg is van een ziekelijk proces, maar een eigen leven is gaan leiden. Dit heeft als gevolg dat er geen oorzaak bestreden of weggenomen kan worden. Het belangrijkste is echter het bespreken van de manier waarop de pijn een eigen leven is gaan leiden. Wat zijn de consequenties van de pijn in zijn leven? Welke winst behaalt hij hiermee en wat verliest hij erdoor? Hoe reageert zijn omgeving op hem? Wat betekenen deze klachten voor zijn directe omgeving?

Rinus was metselaar toen het ongeval gebeurde. Zijn toenmalige werkgever is inmiddels failliet. De Gemeenschappelijke Medische Dienst keurde hem en adviseerde werkhervatting, mits omgeschoold tot een minder zwaar beroep. De omscholing kwam niet van de grond en geleidelijk aan heeft Rinus het uitzicht op een actieve rol in het arbeidsproces verloren. Hij heeft in deze zelf geen enkel initiatief durven nemen en vrijetijdsbesteding heeft hij per definitie niet. Het advies „wat rustig aan doen” is dus overbodig en onjuist. Rinus zal juist geactiveerd moeten worden. Op de vraag wat hij zelf gedaan heeft om van de pijn af te komen,

antwoordt hij verontwaardigd: „Ik heb toch alles gedaan wat de doktoren gezegd hebben”. Hij zal zelf verantwoordelijkheid op zich moeten nemen. Advies: wandelen, fietsen en zwemmen; eventueel per dag noteren hoe het gaat.

Verdere navraag levert bovendien een seksuele dysfunctie op. Hij wordt uitgenodigd een volgende keer zijn echtgenote mee te brengen. Er wordt een nieuwe afspraak gemaakt op korte termijn (en niet wanneer het veel pijn doet!).

Het oogmerk van deze benadering is het verminderen van ziektegedrag en het bevorderen van gezond gedrag. Dus niet alleen de patiënt en zijn omgeving, ook de dokter moet een ander gedrag gaan vertonen (*schema 4*).

Conclusie. Het verschil tussen langdurig idiopathisch pijngedrag en andere vormen van pijn heeft consequenties voor de behandeling en voor de werkwijze van de arts. Omdat de therapie tot dan toe per definitie onsuccesvol is geweest, zal een wijziging waarschijnlijk zinvol zijn. Behalve aan farmacotherapeutische aspecten moet ook aan het gedrags-beïnvloedende aspect van een medicamenteuze therapie aandacht worden geschonken. Wanneer na zorgvuldig onderzoek geconcludeerd wordt dat er sprake is van een langdurig idiopathisch pijngedrag, moeten zowel de arts als de patiënt en zijn omgeving er „a n d e r s mee leren leven” dan ze tot op dit moment hebben gedaan.

Samenvatting. In deze bijdrage worden verschijnselen als pijn, pijngedrag en leergedrag besproken vanuit een gedragstherapeutisch standpunt. Tussen acute, kortdurende pijn en langdurige idiopathische pijn bestaat een wezenlijk verschil. Enkele karakteristieken van langdurig idiopathisch pijngedrag worden vergeleken met kortdurende pijn en

Schema 4. Gedragpatroon arts per pijncategorie.

	Kortdurend nociceptie/oorzaak	Kort- of langdurend idiopathisch	Langdurend met nociceptie/oorzaak
<i>Diagnose</i>	In ziektemodel-terminologie Duidelijk meedelen	In leermodel-terminologie Afwezigheid van nociceptieve diagnose duidelijk meedelen/ omschrijven	In ziektemodel-termen Naar keuze
<i>Verdeling verantwoordelijkheid</i>	Therapeut is verantwoordelijk voor behandeling en beoordeling ziektemodel	Patiënt zoveel mogelijk medeverantwoordelijkheid laten dragen	Therapeut verantwoordelijk voor eliminatie nociceptie
<i>Behandelingsplan</i>	Duidelijk maken aan patiënt Veranderen op geleide weefselherstel	Duidelijk maken aan patiënt Consequent afwerken	Aanpassen aan ziekte
<i>Prognose</i>	Zo scherp mogelijk formuleren	Zeer voorzichtig	Zo duidelijk mogelijk

langdurige pijn waarvan de oorzaak wel bekend is. Voorts wordt ingegaan op de behandeling van de drie soorten pijn. Tenslotte wordt aandacht besteed aan de werkwijze van de arts bij langdurige idiopathische pijn.

Summary. Chronic pain behaviour. This paper discusses such phenomena as pain, pain behaviour and learning behaviour in terms of behaviour therapy. There is an essential difference between acute transient pain and chronic idiopathic pain. Some characteristics of chronic idiopathic pain behaviour are compared with those of transient pain and chronic pain of known origin. The treatment of the three types of pain is likewise discussed. Finally, attention is focused on the procedure followed by the physician confronted with chronic idiopathic pain.

- Admiraal, P. V. Pijn en pijnbehandeling. *De Tijdstroom, Lochem*, 1979.
- Bernards, J. A. Pijn. Neurofysiologische aspecten. *Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1980.
- Bonica, J. J. and J. C. Liebeskind. Advances in pain research and therapy. Volume III. *Proceedings of the second world congress on pain*, 1979.
- Fordyce, W. E. Behavioral methods for chronic pain and illness. *Mosby, Saint Louis*, 1976.
- Groen, J. J. Het syndroom van de onbehandelbare pijn. (1979) *Ned. T. Geneesk.* **123**, 374-379.
- Groenman, N. H. Gedragsanalyse bij chronische pijnpatiënten. Pijninformatarium. *Stafleul/Samsom, Alphen aan den Rijn*, 1980.
- Grol, J., J. van Eijk, F. Huygen e.a. Preventie van somatische fixatie IV. (1978) *Huisarts en Wetenschap* **21**, 406-410.
- Huygen, F. J. A. Preventie van somatische fixatie I. (1976) *Huisarts en Wetenschap* **21**, 363-365.
- Halpern, L. M. Analgesic drugs in the management of pain. (1977) *Arch. Surg.* **112**, 861-869.
- Halpern, L. M. Advances in pain research and therapy. Volume II. *Raven Press, New York*, 1979.
- Lamberts, H. Pijn en pijnbehandeling. *Excerpta Medica, Amsterdam*, 1980.
- Loeser, J. D. A. Definition of pain. (1980) *Medicine (Washington)* **7**, 3-4.
- Notermans, S. L. H. Algemene inleiding omtrent begrip en mechanisme van de pijngewaarwording en enkele bestrijdingswijzen. (1967) *Huisarts en Wetenschap* **10**, 133-141.
- Sternbach, R. A. The psychology of pain. *Raven Press, New York*, 1978.
- Valkenburg, H. A. en H. C. M. Haanen. The epidemiology of low back pain. *Publicatie in voorbereiding*.

Huisarts en alternatieve geneeswijzen

PAUL VAN DIJK*

Hoewel veel huisartsen denken dat het in hun praktijk zo'n vaart niet loopt met het raadplegen van allerlei alternatieve genezers, wijzen de beschikbare cijfers in een andere richting: in 1980 bezochten gemiddeld per huisartspraktijk ongeveer 200 patiënten een alternatieve therapeut. Het merendeel van deze patiënten verzwijgt dergelijke bezoeken echter voor de huisarts. Het gaat dus om een substantieel probleem, dat van elke huisarts een duidelijke stellingname vereist.

Inleiding

Het deel van de Nederlandse bevolking dat weleens een beoefenaar van alternatieve geneeswijzen heeft geraadpleegd, ligt rond de 20 procent. In 1979 heeft 7 tot 8 procent van de Nederlanders van 18 jaar en ouder een alternatieve therapeut geraadpleegd. In totaal zijn dat 700.000 patiënten, goed voor 5 à 6 miljoen contacten per jaar (*Van Dijk en Aakster*).

Ter vergelijking enige cijfers van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. In 1979 vonden 46 miljoen consulten plaats bij huisartsen. Er werden 9,5 miljoen verwijs- en herhaalkaarten uitgeschreven en er werden circa 1,75 miljoen therapeutische en diagnostische verrichtingen uitgevoerd in dat kader.

Per jaar wordt tussen de 160 en 210 miljoen gulden uitgegeven voor behandelingen door alternatieve therapeuten. Ter vergelijking: de totale kosten voor hulp door huisartsen in 1979 bedroegen f 1189 miljoen; voor de hulp door specialisten waren de totale kosten f 1680 miljoen (gegevens ontleend aan het rapport van de commissie alternatieve geneeswijzen 1981).

Het bovenstaande houdt in, dat in een gemiddelde huisartspraktijk één op de vijf patiënten weleens een alternatieve genezer heeft geraadpleegd. In het afgelopen jaar hebben per praktijk ongeveer 200 patiënten met elkaar circa 1600 keer een alternatieve genezer bezocht.

* Huisarts wonend te Zaltbommel.

Uit onderzoek is tevens gebleken, dat slechts zo'n 20 procent van deze patiënten een dergelijk bezoek aan de huisarts meldt. Vandaar dat veel huisartsen vinden, dat het in hun praktijk zo'n vaart niet loopt.

Duidelijke cijfers, die de huisarts dwingen zijn positie te bepalen ten opzichte van de alternatieve geneeswijzen. Wanneer hij kiest voor een afwijzende opstelling, zal een deel van zijn patiënten niet meer voor alle problemen ten aanzien van ziek- en gezond-zijn bij de huisarts terecht kunnen. Jaarlijks gemiddeld 200 patiënten in zijn praktijk zullen een deel van de zorg voor hun gezondheid buiten de huisarts om regelen. En dat geldt niet alleen voor deze groep patiënten, er is een minstens even grote groep die overweegt gebruik te maken van een of andere alternatieve geneeswijze. Ook deze groep kan niet terecht bij de zich afwijzend opstellende huisarts en ook deze patiënten zullen gedwongen worden elders beslissingen op dit gebied af te wegen.

De huisarts zal, wil hij het contact met zijn patiënten niet verliezen, een „open” houding ten aanzien van deze zaak moeten innemen. Hij hoeft geen propagandist van alternatieve geneeswijzen te worden. Wel lijkt het mij gewenst dat hij zich globaal oriënteert op de mogelijkheden van de verschillende geneeswijzen en de motieven van de patiënten om hier gebruik van te maken. Daarnaast lijkt het verstandig, zo mogelijk met andere huisartsen samen (bijvoorbeeld in PHV-verband), contacten te leggen met een aantal betrouwba-