

SHOWNOTES

DANKZIJ DIT PIJNKOMPAS KRIJG JE OPNIEUW GRIP OP CHRONISCHE PIJN

Pijn is echt, maar geen rechtstreekse meter van weefselschade. Volgens de internationale IASP-definitie is pijn een persoonlijke sensorische én emotionele ervaring, beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren. Nociceptie — zenuwsignalen over mogelijke schade — en pijn zijn dus niet hetzelfde.

Dat helpt verklaren waarom pijn soms blijft bestaan nadat weefsel hersteld is, of zonder duidelijke verklaring op beeldvorming. Bij nociplastische pijn is de verwerking van nociceptieve signalen veranderd zonder duidelijke weefselschade of aantoonbare zenuwlaesie; verschillende pijnmechanismen kunnen bovendien tegelijk voorkomen.

Het gesprek gebruikt predictive processing: eerdere ervaringen, verwachtingen en context beïnvloeden mee hoe het brein lichamelijke signalen interpreteert. Daar bestaat serieuze experimentele ondersteuning voor, maar het blijft een verklaringsmodel, geen bewezen universele oorzaak of diagnostische test voor chronische pijn.

Behandeling vraagt daarom vaak meer dan één interventie. WHO en NICE adviseren een persoonsgerichte aanpak waarin onder meer educatie, lichamelijke activiteit/oefentherapie en, waar passend, CBT of ACT gecombineerd kunnen worden.

Ook slaap verdient expliciete aandacht. In onderzoek naar chronische niet-kankerpijn screende ongeveer 73–75% positief voor relevante slaapproblemen; longitudinale data ondersteunen dat slechte slaap het risico op latere musculoskeletale pijn verhoogt.

SHOWNOTES

DANKZIJ DIT PIJNKOMPAS KRIJG JE OPNIEUW GRIP OP CHRONISCHE PIJN

- Bij nieuwe, sterk veranderende of onverklaarde pijn blijft medische beoordeling eerst belangrijk. Bij langdurige pijn: probeer niet alleen de pijnscore te bestrijden, maar kijk ook naar functioneren, slaap, beweging, stress en sociale belasting.
- Blijf waar mogelijk actief, maar bouw activiteit gedoseerd op in plaats van te wisselen tussen volledig stilvallen en alles inhalen op een goede dag. Oefentherapie is richtlijnconform; “pacing” kan praktisch bruikbaar zijn, maar is op zichzelf geen bewezen wonderbehandeling.
- Pak hardnekkige slapeloosheid gericht aan; CBT-I heeft bij mensen met chronische pijn duidelijke effecten op slaap en mogelijk een klein effect op pijn.
- Praktisch: kies eerst één belasting die je kunt verminderen en één herstelbron die je kunt versterken.

“PIJN IS EEN ANTWOORD OP DE VRAAG: MOET MIJN LICHAAM HIER EN NU BESCHERMD WORDEN?”

“LEVEN MET PIJN IS ÉÉN DING. MAAR LEVEN MET HET ONBEGRIIP IS VAAK NOG EEN EXTRA SOCIAAL LAAGJE ERBOVENOP.”

“DE MARKT IS VERZADIGD MET ALLERLEI QUICKFIXES EN MIRACULEUZE OPLOSSINGEN.”

SHOWNOTES

DANKZIJ DIT PIJNKOMPAS KRIJG JE OPNIEUW GRIP OP
CHRONISCHE PIJN

Mijn bedenkingen

De sterkste boodschap uit het gesprek is voor mij dat we moeten stoppen met de keuze “lichamelijk óf psychisch”. Moderne pijnwetenschap ondersteunt een biopsychosociaal model. Tegelijk moeten we oppassen dat een nieuw model niet zelf een nieuw dogma wordt. Predictive processing is wetenschappelijk interessant, maar nog geen bewezen verklaring voor iedere patiënt. Ook trauma is geassocieerd met chronische pijn, maar een associatie bewijst niet dat trauma iemands pijn veroorzaakt. Ook pijneducatie moet niet als behandeling op zichzelf worden overschat: reviews vinden vooral meerwaarde wanneer ze onderdeel is van een bredere aanpak.

Voor verdieping sluiten drie eerdere afleveringen van Je Levensstijl als Medicijn rechtstreeks aan: #79 over rugpijn, beweging, stress en scans, #49 over cognitieve gedragstherapie voor insomnia, en #46 over stressregulatie en ademhaling.

MEER WETEN OVER DE EXPERT:

LEN DE NYS

HET GESPREK BELUISTEREN:

JE LEVENSTIJL ALS MEDICIJN

**DANKZIJ DIT PIJNKOMPAS KRIJG
JE OPNIEUW GRIP OP
CHRONISCHE PIJN**