

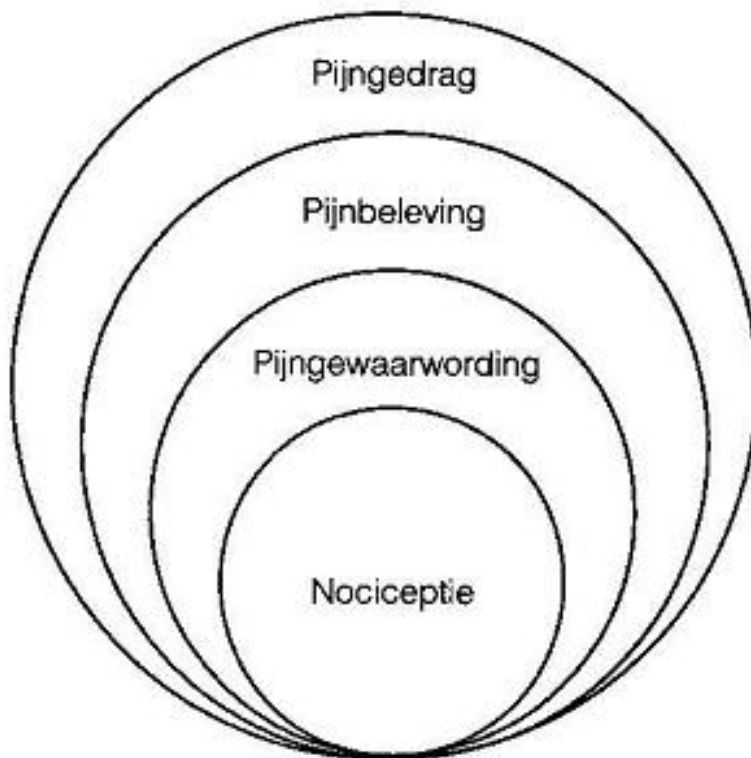
Chronische pijnpatiënt en zijn omgeving

**Informatie over chronische pijn bij ouderen
om samen met patiënt en/of omgeving te bespreken**

Chronische pijnpatiënt en zijn omgeving

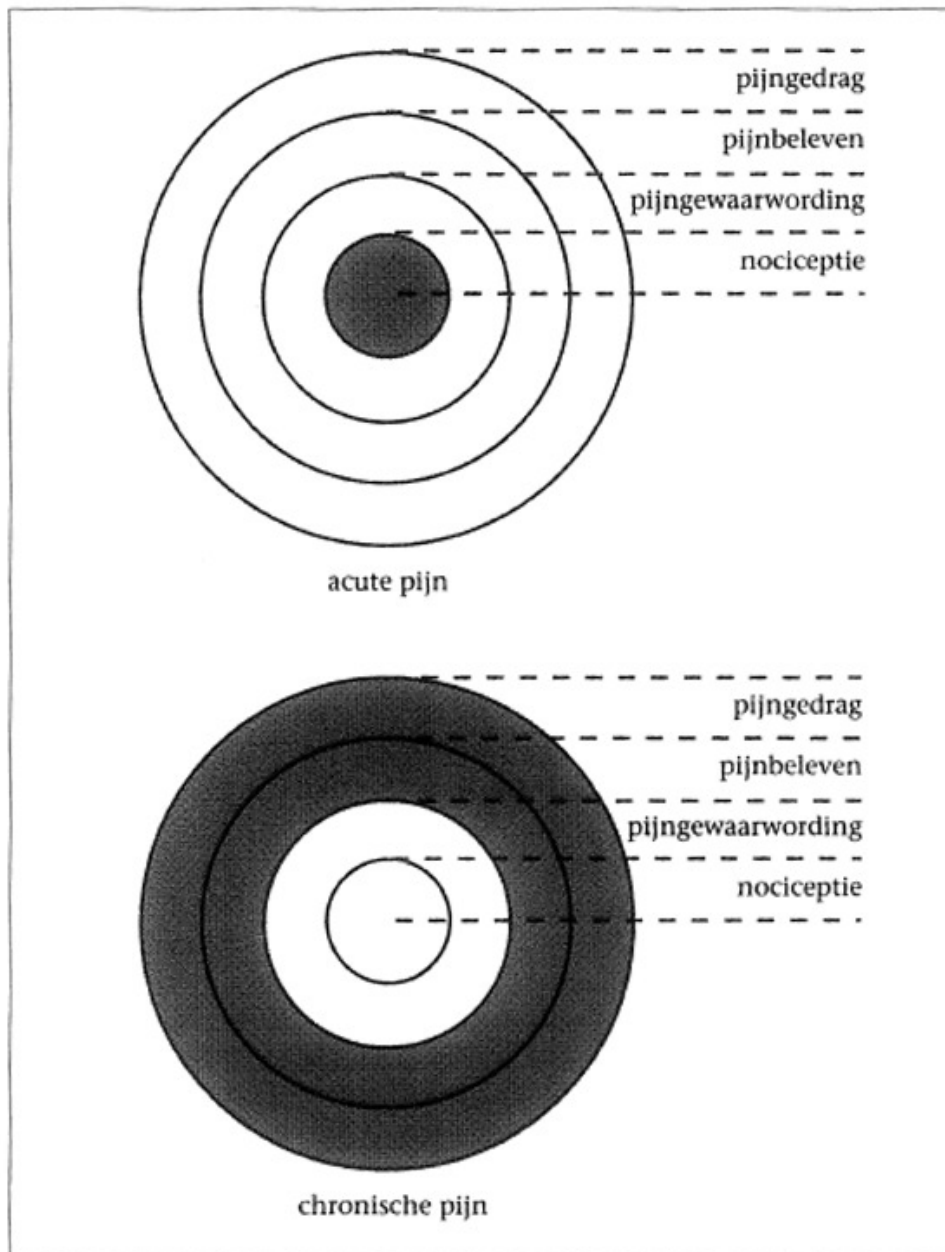
Verklaringsmodellen

Model van Loeser (1980)



Pijn is niet alleen de pijnprikkel / beschadiging en het bewust opmerken van die prikkel. Mensen verschillen ook in hoe je de pijn ervaart en ermee omgaat (coping en gedrag). Pijngedrag is bv. “ik heb pijn” zeggen tegen je omgeving.

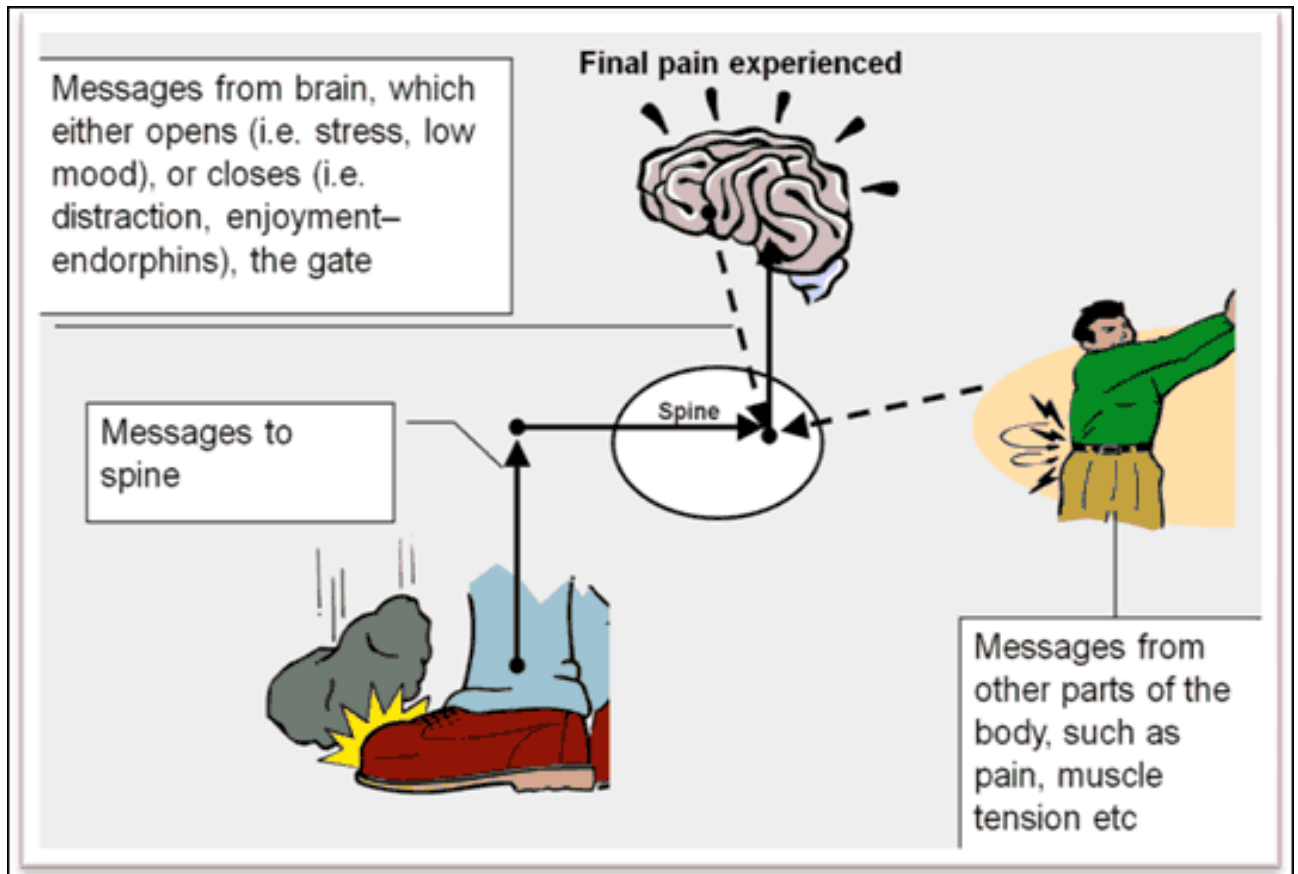
Acute vs. chronische pijn



FIGUUR 2.2 *Het model van Loeser*

Bij acute pijn staat vooral de beschadiging en het opmerken van die pijnprikkel centraal. Bij chronische pijn gaan beleving en reactie op de pijn een steeds grotere rol spelen.

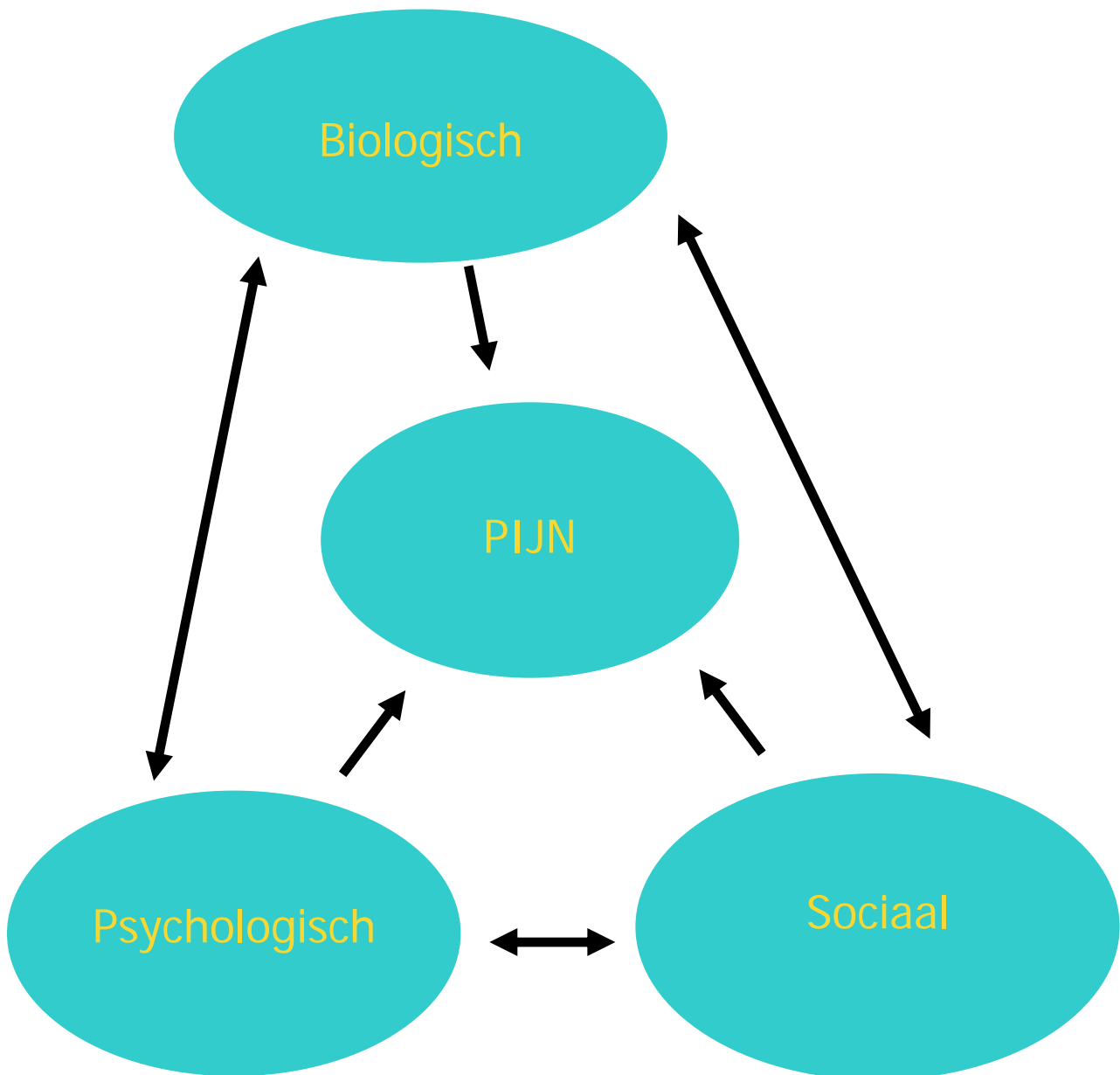
Poorttheorie Melzack en Wall (1965)



Volgens de poorttheorie van Melzack en Wall (1965) is er een “pijnpoort” in het ruggemerg die een pijnsignaal wel of niet doorlaat. Ook wordt hier bepaald in welke mate de pijn gesignaleerd wordt naar de hersenen.

Allerhande invloeden kunnen, bij chronische pijn, inspelen op de pijnpoort (zowel biologisch als psychosociaal).

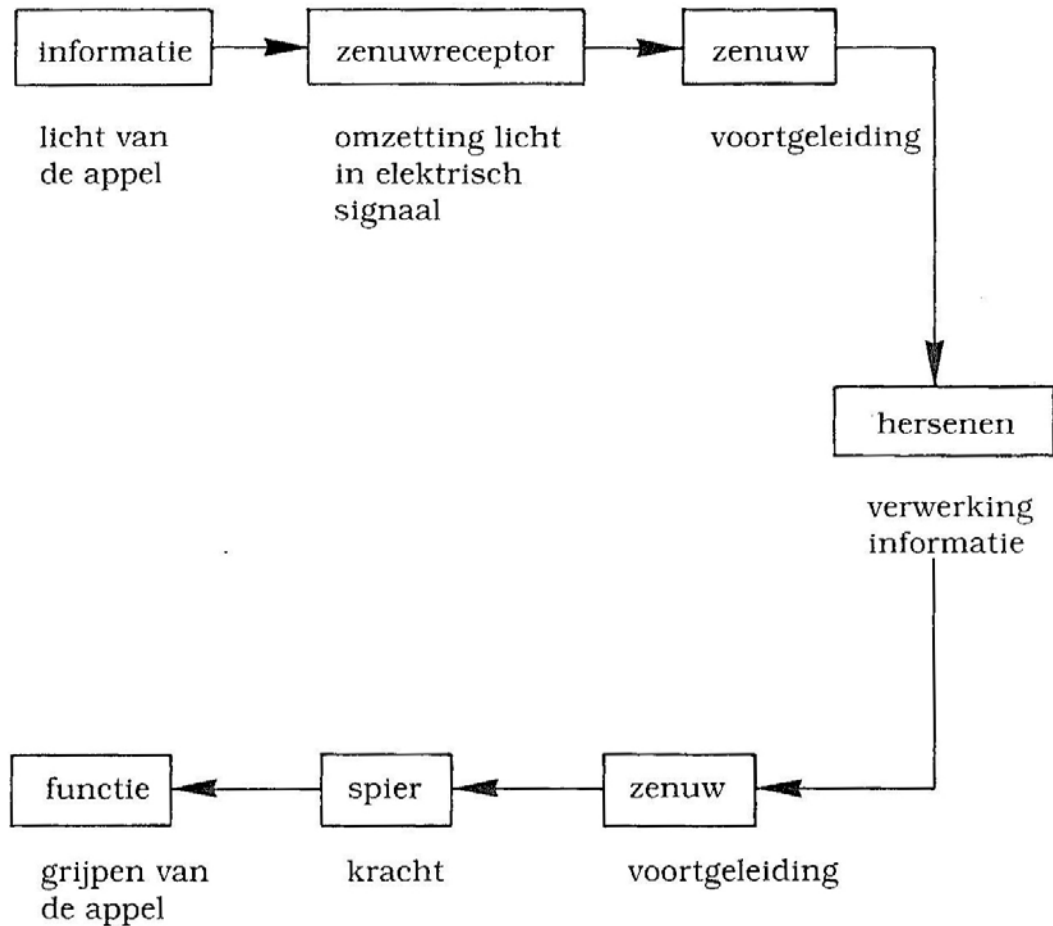
Bio-psycho-sociaal model



Wanneer pijn chronisch wordt gaan hier automatisch allerlei biologische en psychosociale factoren op inspelen. In feite is dit logisch omdat pijn steeds meer invloed heeft op je dagelijks functioneren, stemming, zelfbeeld, ...

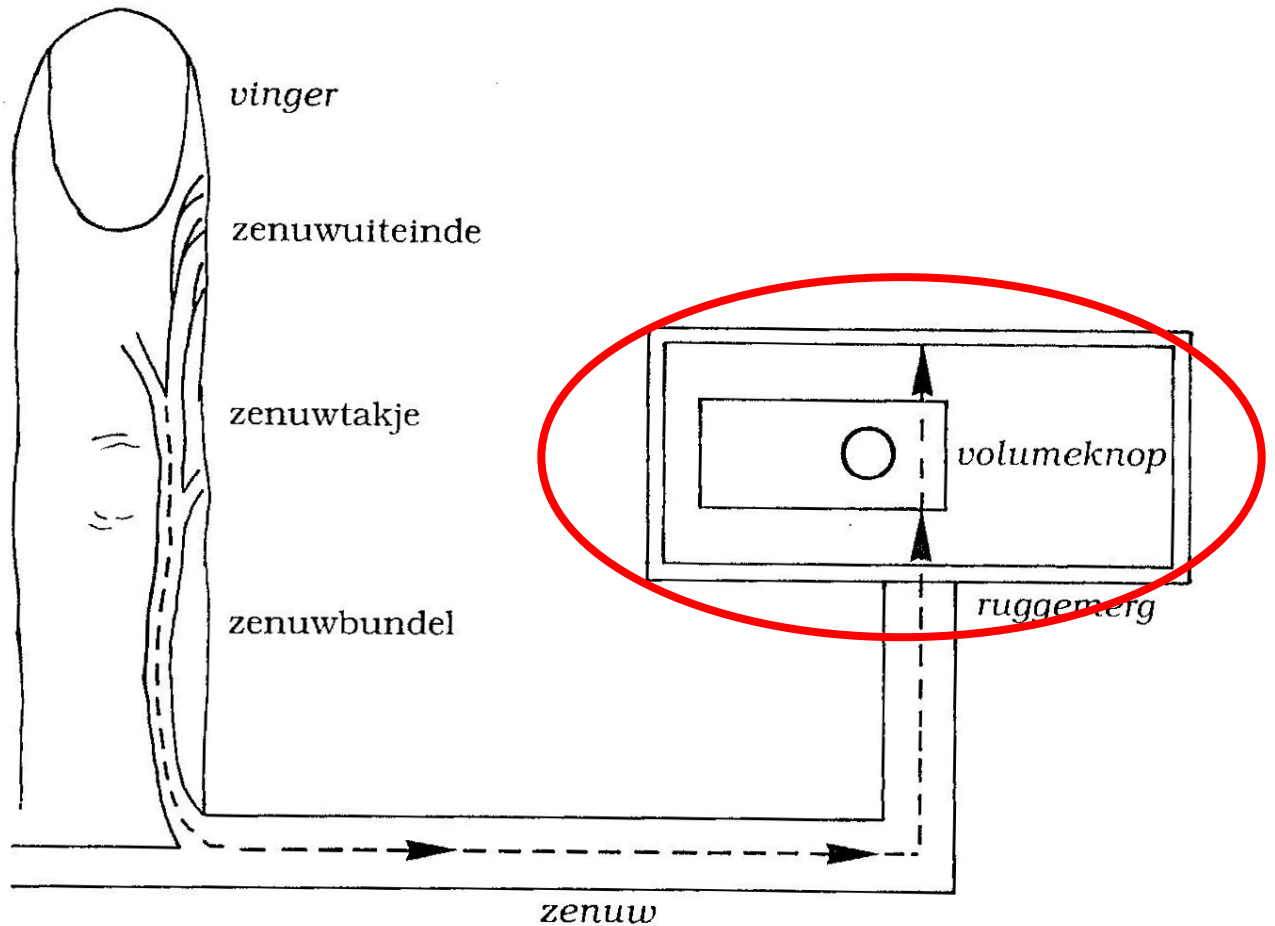
Stress, om de pijn of om andere redenen, doet bijvoorbeeld je spieren meer verkrampen waardoor je (nog) meer last kan krijgen van de pijn die reeds aanwezig is.

Psycho-educatie patiënt (Dingemans, 1990)



Afbeelding 1

Deze tekening geeft een idee wat er allemaal gebeurt in je lichaam bij het ervaren van en reageren op pijn. Voorbeeld is hier het zien van een appel (cf. pijnprikkel opmerken) en deze oppakken om op te eten (cf. reageren op de pijn door bv. op de pijnlijke plek te duwen).

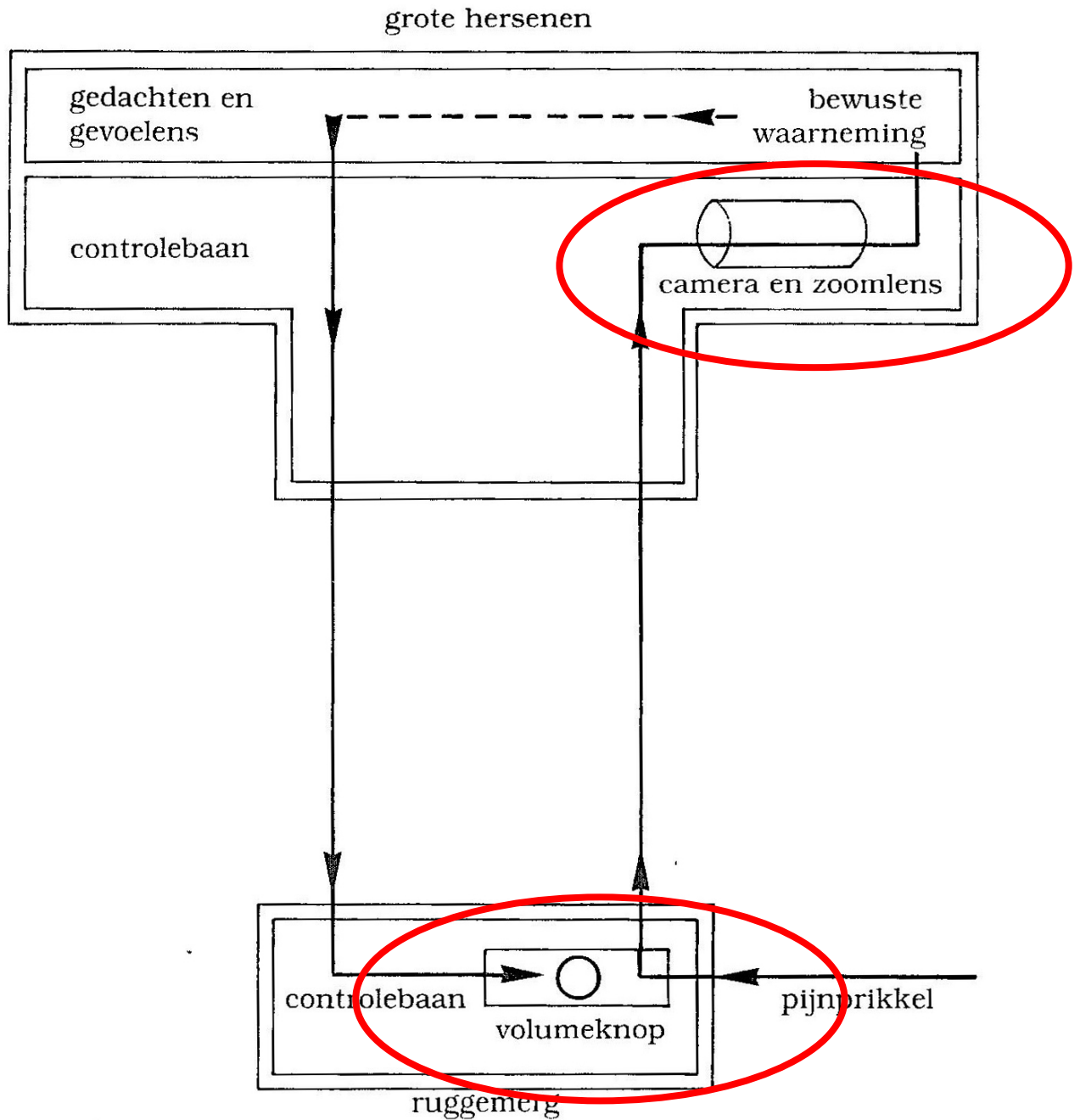


Afbeelding 2: Van vinger tot ruggemerg

Wanneer je je vinger stoot, wordt de pijnprikkel via het ruggemerg naar hersenen geleid.

In het ruggemerg bevindt zich een pijnpoort oftewel volumeknop die bepaalt, onder invloed van verschillende factoren, of de pijnprikkel wordt doorgeleid naar de hersenen en in welke mate dit signaal wordt doorgegeven.

De poort regelt dus niet alleen of je pijn voelt maar ook in welke mate.



Afbeelding 3: Van ruggemerg tot hersenen

Wanneer het pijnsignaal de volumeknop gepasseerd is, bepalen ook de camera en zoomlens de intensiteit van de pijnprikkel.

De camera staat voor de aandacht die je hebt voor pijn en andere sensaties in je lichaam.

De zoomlens staat voor het in- of uitzoomen op de pijn, dus juist meer aandacht geven aan de pijn als je die ervaart versus bv. afleiding zoeken.

Redenen onderbehandeling pijn

- zintuiglijke, cognitieve en psychische problemen
- terughoudendheid om hulp te zoeken
 - “pijnklachten horen bij het ouder worden”
 - angst voor ingrijpende onderzoeken
 - gebrek aan sociale steun
- woordarmoede
- andere “betekenis” van woorden
- geheugenstoornissen

(Prof. Dr. Nele Van Den Noortgate, Universiteit Gent)

Psychosociale risicofactoren

- Persoonlijkheid
- Attitude in het leven
- Overtuigingen over pijn / gezondheid / verouderen
 - Interne vs. externe locus of control
 - Zicht op eigen aandeel vs. machteloosheid
- Gedrag t.a.v. de pijn
 - Actieve vs. passieve coping
 - *Clean pain vs. dirty pain*
 - Piekeren, catastroferen
 - Kinesiofobisch of hypochonder gedrag
- Context
 - Overgang naar pensionering
 - Sociaal isolement
 - (On)afhankelijkheid
 - Onvoldoende kennis aandoening
- Omgeving
 - Pijnklachten minimaliseren / sussen
 - Pijnklachten negeren / overrelativeren
 - Pijnklachten niet serieus nemen
 - Te veel taken overnemen

Misvattingen

- Pijn hoort bij het ouder worden
- Psychologische symptomen (bv. depressie) horen bij het ouder worden
- Pijnbeleving vermindert bij het ouder worden
- Persoon is te oud voor gedragsverandering
- Persoon wil niet meewerken aan behandeling
- Klagen over pijn = aandacht zoeken

Turk, D.C., & Gatchel, R.J. (2002). *Psychological approaches to pain management, Second Edition: A practitioner's handbook*. New York/London: The Guilford Press.

Vaak is het lastig voor de omgeving (huisarts, verpleegkundigen, familie, ...) om in te schatten of iemand die vaak klaagt nu echt last van pijn heeft of niet. Belangrijk is om echt te luisteren naar de oudere.

Misschien heeft hij/zij nood aan een babbel en is hij/zij eenzaam. Dan kan de pijn inderdaad een middel zijn om aandacht te zoeken, hoewel de oudere hierbij vaak niet beseft dat dit juist irritatie en afwijzing kan oproepen.

Bij ouderen is er vaak ook sprake van totale pijn = alle verliezen die zij in hun leven geleden hebben, steeds meer zaken in het leven die ze moeten opgeven, steeds minder kunnen, ... naast ook de fysieke pijnsensaties. Pijn kan ook een emotie zijn. Wanneer een oudere specifiek blijft klagen over pijn op een bepaalde plaats, betrek je best een arts. Je kan ook een psycholoog (die gewend is ouderen te begeleiden) inschakelen om samen met de oudere te werken rond gedragsactivatie e.a. Best is dat je, wanneer de oudere voortdurend blijft klagen, de pijn wel erkent maar niet het "klaaggedrag" bekrachtigt.

Praktische adviezen

- Probeer je in te leven. Hoe zou het voor jou zijn als:
 - anderen niet begrijpen waar je behoefte aan hebt
 - je moeilijk “nee” kan zeggen terwijl je wel zou willen
 - je moeite hebt met hulp aan anderen te vragen
 - je vindt dat anderen te veel voor je doen?
 - je beter met anderen zou willen communiceren of onderhandelen?
 - je merkt dat het begrip van anderen naar jou / jouw situatie toe vermindert?
 - je je steeds meer wegtrekt uit sociale activiteiten
 - je merkt dat je rol thuis of op het werk ondermijnd of uit handen genomen wordt

- Luister naar de oudere

- Erken de pijnklachten en neem ze serieus

- Oordeel niet in plaats van de patiënt of hij/zij pijn heeft en in welke mate. Als patiënt niet meer mondig is en je in zijn/haar plaats dient te beslissen: ga niet meteen op een eerste indruk af. Luister, observeer.

- Ga na of medische en/of psychologische begeleiding zinvol is

- Alertheid op angst voor de dokter

- Balans rust – activiteit

- Balans alleen zijn – sociale contacten

- Depressie, angst en/of agressie mogelijk gevolg van pijn

- Positieve sfeer (wat niet per se betekent dat je de oudere voortdurend dient “op te peppen”. Het gaat er vooral om het positieve en negatieve naast elkaar te zien. Let op met minimaliseren.)

- Oudere actief betrekken bij behandeling / behandelmogelijkheden

- Nood aan zingeving

- Cognitieve gedragstherapie:
 - Maladaptief (passief) gedrag ↓ en adaptief (actief) gedrag ↑
Bv. als oudere helemaal niets meer doet maar wel nog dingen zou kunnen, motiveren om bv. zelf een eerste stuk van zijn boterham te snijden, verzorger doet de rest. Elke dag opdrijven op tempo van de oudere: twee stukjes zelf snijden, drie stukjes, ... En natuurlijk ook het positieve gedrag bekrachtigen met positieve aandacht.
 - Recreatie (bv. knutselen, breien, haken, ...)
 - Omgeving betrekken (oplettend met bekrachtigen van negatief gedrag d.m.v. negatieve aandacht)

- Assertief communiceren (zowel oudere als verzorgende!)
- Relaxatie (rustige cd, wandelen, ontspanningsoefeningen, ...)

Tips bij mantelzorg

- Let op je grenzen
- Behoud autonomie
- Bouw zorgnetwerk van professionelen uit
- Zorg voor een uitlaatklep
- Communiceer over frustraties
- Doe niet meer dan je zelf mentaal en fysiek aankan
- Zoek zelf tijdig hulp

Pijn is wat degene die pijn heeft,

zegt dat het is.

En het bestaat

telkens als hij zegt dat het bestaat.”

(McCaffery, 1979)