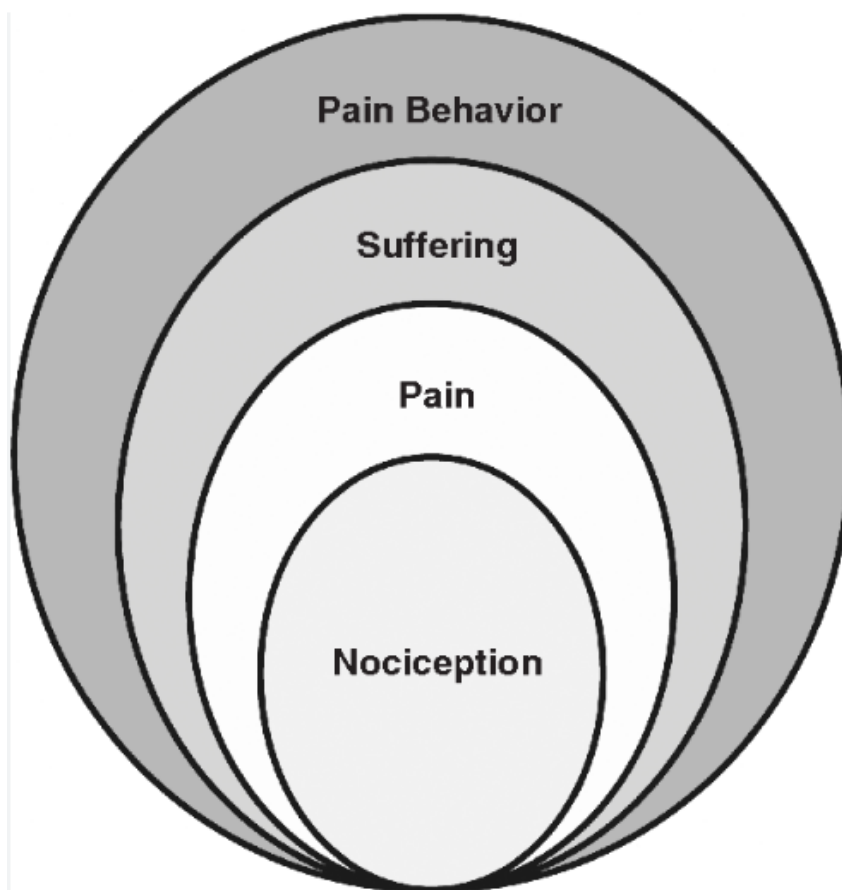


In dit artikel bespreken we dit nogmaals vanuit een iets andere hoek, met een nieuwe metafoor en komt het model van Loeser aan bod. Loeser gaat er in zijn model vanuit dat er nociceptie (een nociceptieve prikkel) aanwezig is voordat pijn ervaren/beleefd wordt. Deze nociceptie kan ontstaan als vrije zenuwuiteinden dreiging detecteren in het weefsel, dit kan in drie vormen worden waargenomen, namelijk dat van thermische, mechanische of chemische veranderingen. De meeste mensen zijn het er mee eens dat pijn niet kan voorkomen zonder enige invloed van het brein, deze speelt dus altijd een rol (iemand in coma ervaart nota bene geen pijn). Bij de ervaring van pijn gaat het volgens ons altijd om "de mate van nociceptie" (issues in the tissues) en "de gevoeligheid van het zenuwstelsel" (brein en zenuwen). Zowel dit nociceptieve systeem als het zenuwstelsel zijn 24 uur per dag actief, vergelijkbaar met het immuunsysteem, endocrien systeem en het feit dat je altijd een bepaalde bloeddruk hebt, allen zijn doorlopende processen. Als de binnenkomende nociceptieve informatie dermate hoog is, of het zenuwstelsel is zeer gevoelig dan kan hier de homeostatische emotie "pijn" bij horen [1].

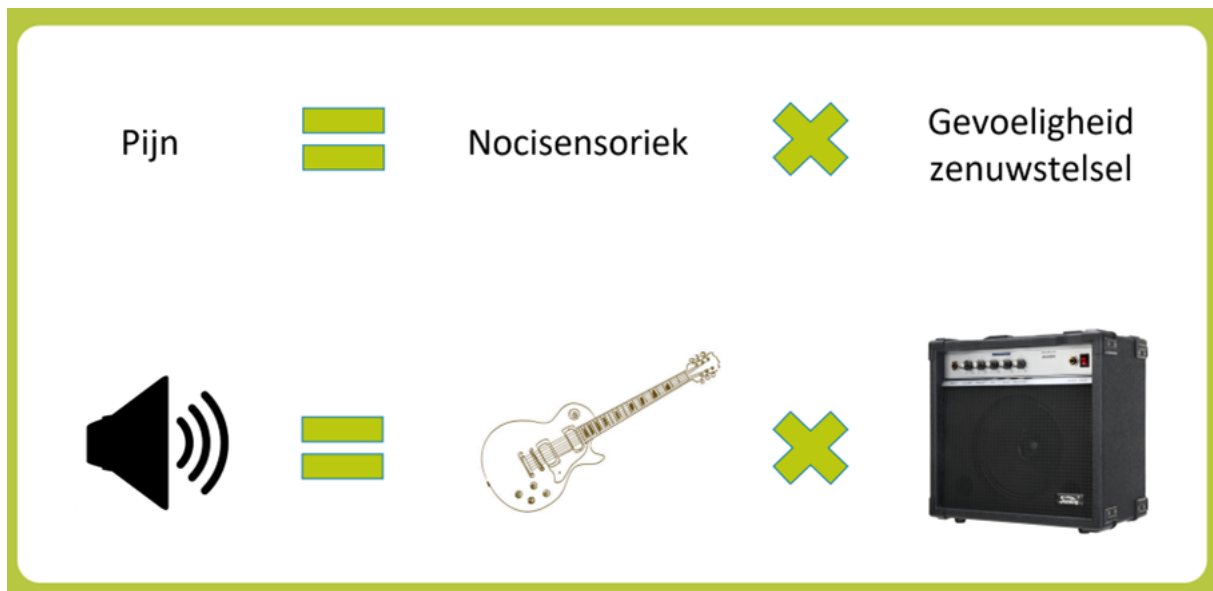
Loeser beschrijft dit in zijn model aan de hand van 4 cirkels welke genaamd van klein naar groot; "nociceptie", "pijngewaarwording", pijnbeleving" en "pijngedrag" [2].



Model van Loeser 1980 (the components of pain) [2]

Hoe iemand pijn beleeft, welke emoties hierbij horen en welke pijn gerelateerde ervaringen iemand heeft opgedaan hebben allemaal invloed op elkaar en invloed op de ervaren sensatie "pijn". De grootte van de rol van de nociceptie in dit verhaal kan verschillen per persoon en per moment. Gedacht wordt dat bij nociceptieve pijn de rol van nociceptie relatief groot is, bij nociplastische pijn is de rol van nociceptie relatief klein, met de nadruk op *relatief*, er is wel nociceptie nodig om überhaupt de sensatie "pijn" te ervaren. Sterker nog, in een artikel geschreven door Paul Hodges en Jo Nijs lijkt de belangrijkste reden voor het ontstaan van nociplastische pijn "aanhoudende nociceptie" te zijn [3].

Het brein bedenkt zelf geen pijn, net zoals een gitaarversterker niet volledig uit zichzelf geluid produceert. Eerder beschreven we al eens de gitaarmetafoor, hier maken we in dit artikel ook graag gebruik van om de visie op pijn te verduidelijken (zie plaatje onderstaand). Als de nocisensoriek dermate hoog aanwezig is, of het zenuwstelsel is zeer gevoelig (of beide) dan kan iemand de sensatie "pijn" ervaren. Dit kun je vergelijken met heel hard gitaar spelen, of een versterker die heel hoog staat afgesteld (of beide). Iemand met centrale sensitiviteit zou eerder pijn kunnen ervaren dan iemand die niet centraal gesensitiseerd is, maar er zal altijd nociceptie aanwezig moeten zijn om pijn in het lichaam te ervaren. Net zoals met de gitaar, een versterker kan voluit staan maar als je de gitaar niet bespeelt, dan hoor je geen geluid. Andersom is ook waar, daar waar je stevig gitaar speelt maar de versterker uit hebt staan hoor je tevens geen geluid. Als iemand pijn ervaart weet je dus eigenlijk altijd dat er een bepaalde mate van nocisensoriek in het weefsel aanwezig is, gepaard met een bepaalde gevoeligheid in het zenuwstelsel.



Opleiding Fascia Integratie Therapie FIT (Ernst van der Wijk) [4]

Lange tijd geleden (helaas in deze huidige tijd ook nog met enige regelmaat) is de focus alleen op het lichaam, oftewel het biomedische aspect van (pijn)klachten geweest (de gitaar). Dit is lange tijd de visie geweest binnen de gezondheidszorg en

vanwege onvoldoende resultaten en nieuwe inzichten verschoof de focus naar de psycho-sociale kant. De focus is ons inziens teveel verschoven naar de kant van de centrale sensitatie, acceptatie en bespreken van coping stijlen en wordt er momenteel te weinig gekeken naar de mogelijke bron van nociceptie. De gitaarmetafoor representeert het bio-psycho-sociale model vrij aardig denken wij. De gitaar is het biomedische stuk, de versterker alle redenen waardoor iemand gevoelig of minder gevoelig kan zijn. In de wereld van de pijnrevalidatie zijn momenteel behoorlijk wat specialisten aanwezig en er bestaan goede behandelmethoden (CGT, ACT, CFT, etc.) welke voor sommige mensen met aanhoudende pijnklachten goed aanslaan, echter voor een groot deel van de mensen niet. Wij pleiten voor de rol van het lijf bij (pijn)klachten, uiteraard naast psychologische-, emotionele-, sociale- en leefstijlfactoren.

Nociceptie ontstaat nota bene in het weefsel (en niet in de amygdala, prefrontale cortex of een neocortex) en de sensatie "pijn" wordt in het weefsel (lichaam) ervaren.

Job van der Bos, Fysiotherapeut

Bronnen:

1. A.D. (Bud) Craig, How Do You Feel? – An Interoceptive Moment with Your Neurobiological Self, An Interoceptive Moment with Your Neurobiological Self
2. J.D. Loeser 2000, Pain and Suffering
3. Hodges et al 2016, Diverse Role of Biological Plasticity in Low Back Pain and Its Impact on Sensorimotor Control of the Spine
4. Fascia Integratie Therapie FIT (Ernst van der Wijk)