



Liesbet Goubert

Mijn kind heeft

PIJN

Omgaan met pijn
bij baby's, kleuters en jongeren,
thuis en bij de dokter

Lannoo

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Inleiding	11
Deel 1. Wat is pijn?	
1 Hoe kunnen we pijn begrijpen?	18
2 Hoe weet je dat je kind pijn heeft?	38
3 Waar komt angst voor pijn vandaan?	48
Deel 2. Hoe verlicht je pijn bij je kind?	
4 Wat kun je doen voor je kind bij de dokter?	64
5 Wat kun je thuis doen wanneer je kind pijn heeft?	92
6 Wat kun je doen bij frequente ziekenhuisbezoeken en pijnlijke ingrepen?	107
7 Wat kun je doen nadat je kind een operatie heeft ondergaan?	124
Deel 3. Wat als de pijn niet overgaat?	
8 Wat is chronische pijn?	136
9 Hoe ontstaat chronische pijn?	143
10 Wat doet chronische pijn met je kind?	159
11 Hoe gaat je kind om met chronische pijn?	176
12 Hoe ga je als ouder om met chronische pijn bij je kind?	189
13 Wat is een multidisciplinaire aanpak van chronische pijn?	216
Nawoord	238
Dankwoord	246
Literatuur	249
Index	257

Voorwoord

Een huilend kind: het laat niemand onberoerd. Zeker niet als je weet dat het kind pijn lijdt. Is je kind gevallen? Heeft je kind zich gestoten, gesneden of verbrand? Heeft het zijn vingertjes tussen de deur geklemd? Als je de directe oorzaak kent voor plotse, acute pijn bij je kind, dan is het begrip groot. Een kind dat pijn kan melden, maakt het begrip gemakkelijker. Pijn herkennen bij baby's en peuters is een uitdaging. Zij kunnen het niet vertellen. En sommige oudere kinderen zijn communicatief beperkt. Het is daarom belangrijk om de niet-verbale uiting van pijn en gedragsverandering bij je kind goed te leren herkennen. Nog complexer zijn chronische en kankergerelateerde pijn. Bij aanslepende pijnklachten wordt het zenuwstelsel overgevoelig en ontregeld. Pijn is dan een kwelduivel die de ontwikkeling van je kind kan verstoren. Acute pijn heeft een alarmfunctie, maar bij chronische pijn is die niet meer aanwezig. Chronische pijn kan tot heel wat bijkomende problemen leiden: verstoorde slaap, moedeloosheid, schoolverzuim en sociale isolatie. Jammer genoeg wordt pijn bij kinderen nog te dikwijls geminimaliseerd en onvoldoende behandeld. Het leren herkennen en het doeltreffend behandelen van pijn bij kinderen is enorm belangrijk, ook om chronische klachten te voorkomen.

Professor Liesbet Goubert ken ik sinds vele jaren als een internationaal gewaardeerd wetenschapster en deskundige op het gebied van pijn bij kinderen en jongeren. Vooral haar onderzoek naar de gedragsmatige interacties tussen ouders en kinderen met pijn is baanbrekend. Dit boek geeft een breed overzicht van de huidige kennis over pijn bij kinderen en dit vanuit een biopsychosociaal perspectief. Verschillende behandelwijzen komen aan bod. Pijn behandel je tenslotte niet zomaar met een pijnstiller. Met talrijke voorbeelden en metaforen vertaalt professor

Goubert complexe wetenschap in heldere informatie. Ze richt zich niet enkel tot zorgverleners maar ook tot ouders.

Dit boek verschijnt geen moment te vroeg. Het wil de hardnekkige misvattingen over pijn bij kinderen uit de wereld helpen. Misvattingen zoals ‘premature baby’s voelen geen pijn’ of ‘pijnstillers mag je enkel aan je kind geven als de pijn niet te harden is’. Er is een grote behoefte aan meer sensibilisering en een betere opleiding voor zorgverleners – in het bijzonder artsen – over acute, procedurele en chronische pijn bij kinderen en de aanpak ervan. Professor Goubert benadert pijn vanuit een multidisciplinaire hoek. Laat dat nu net een ‘pijnpunt’ zijn in de praktijk. We hebben dringend meer financiële middelen nodig voor multidisciplinaire zorg voor kinderen en jongeren met chronische pijn. We hebben meer multidisciplinaire centra nodig voor kinderen, en die centra moeten bekend zijn bij ouders, zodat ze weten waar ze terecht kunnen. Ik hoop dat dit boek ook zijn weg vindt naar politici, beleidsmakers, zorgverzekeraars en belangengroepen.

We zullen de mens nooit volledig van pijn kunnen vrijwaren, maar het lezen van dit boek zal je overtuigen dat we pijn bij kinderen beter kunnen herkennen en behandelen. Het beschermen van onze volgende generaties is niet enkel de rol van artsen maar van ons allen. Liesbet Goubert levert hieraan een belangrijke bijdrage.

Veel leesplezier,

Prof. dr. Bart Morlion, pijnarts en auteur van

Pijn: Beter leven met pijn



Inleiding

Denk eens terug aan de laatste keer dat je kind pijn had. Misschien was het na een ongelukje met een kop hete melk of bij een val op de speelplaats. Je werd misschien opgebeld door de schooldirectie omdat je kind een lelijke wond opliep. Verontrust vertrek je van je werk richting de school, waar je je kind met een bebloede trui aantreft, luistert naar wat er gebeurd is en hem of haar meeneemt naar de dichtstbijzijnde huisarts voor hechtingen. Je voelt je gespannen en een beetje hulpeloos wanneer je kind huilt terwijl de arts een prik geeft om de huid rondom de wond te verdoven.

Pijn is een onderdeel van het groeiproces van baby tot (jong-) volwassene. Jonge kinderen bezeren zich vaak wanneer ze leren stappen, rennen, klimmen of op een fiets rijden. Uit onderzoek komt naar voren dat kinderen ongeveer drie van zulke pijn-episodes per dag ervaren. Naast dagelijkse pijntjes moeten alle

kinderen ook medische procedures ondergaan, zoals de hiel-prik juist na de geboorte, een bezoek aan de tandarts of (verplichte) vaccinaties. Hoewel het ‘maar’ een prik lijkt, kun je je als ouder flink gespannen voelen als je kind het op een schreeuwen zet wanneer de naald in zijn of haar bips wordt gestoken. Vroeggeboren kinderen moeten dagelijks acht tot zestien pijnlijke procedures ondergaan in een neonatale afdeling. Daarnaast worden sommige kinderen geconfronteerd met frequente pijn-ervaringen omdat ze een ernstige of chronische ziekte hebben. Misschien moet je kind regelmatig puncties ondergaan in de context van een kankerbehandeling, of krijgt het regelmatig een infuus in het kader van de behandeling van een chronische aandoening. Pijn is een onderdeel van ons bestaan. En om met deze pijn om te gaan zoeken kinderen hulp bij ons, hun ouders.

Pijn als onmiddellijk gevolg van een letsel of een ziekte noemen we ‘acute pijn’. Pijn ten gevolge van een medische procedure heet ‘procedurele pijn’. Daarnaast ervaart een kwart van de kinderen langdurige pijn, ook wel ‘chronische pijn’ genoemd: pijn die langer dan drie maanden aanhoudt en waarbij de link met een onderliggend letsel of oorzaak minder duidelijk is. Deze pijn kan voortdurend aanwezig zijn, of komt en gaat. De meest voorkomende pijnklachten bij kinderen zijn hoofd- en buikpijn, maar bij schoolgaande kinderen blijkt ook rugpijn vaak voor te komen.

Terugkerende pijn kan een grote impact hebben op het dagelijks leven van een kind. Uit een grootschalig onderzoek bij meer dan 10.000 Vlaamse schoolkinderen blijkt dat maar liefst 14% last heeft van chronische pijn die een middelmatig tot ernstige impact heeft op het dagelijks functioneren. Deze kinderen zijn vaker afwezig op school, ervaren meer druk vanuit de school, worden vaker gepest, nemen minder vaak deel aan sport en spel met leeftijdsgenootjes en vertonen vaak ook problemen bij het slapen. Ook wordt chronische pijn vaak als beangstigend en stresserend ervaren, niet alleen door het kind zelf, maar ook door de ouders.

Nu wordt algemeen aangenomen dat kinderen – ook jonge baby's – pijn kunnen voelen, en dat een goede aanpak om pijn te voorkomen of te verlichten belangrijk is. Dat inzicht is relatief nieuw. Tot het midden van de jaren tachtig was men ervan overtuigd dat baby's en jonge kinderen geen pijn konden voelen, omdat men dacht dat hun zenuwstelsel nog niet voldoende was ontwikkeld. Dit leidde ertoe dat jonge kinderen vaak geen behandeling kregen tegen pijn, en bijvoorbeeld zonder verdoving geopereerd werden. Ja, dat lees je goed, zonder verdoving! Dat lijkt nu ondenkbaar.

In de afgelopen decennia is er heel wat onderzoek verricht naar hoe kinderen pijn ervaren. Hieruit blijkt dat kinderen vanaf zeer jonge leeftijd pijn voelen en dat die pijnbeleving grote gevolgen kan hebben voor hun latere leven. Daarom willen we pijn bij kinderen zo adequaat mogelijk behandelen, en voorkomen wanneer mogelijk. Ondanks meer en beter onderzoek bestaan er nog altijd veel misvattingen over pijn en pijnbestrijding bij kinderen. Denk maar aan wat jouw ouders misschien tegen jou zeiden toen je een prik kreeg: 'Bijt maar even flink op je tanden, daar word je flink en groot van.' Ook de foutieve opvatting dat pijn 'tussen de oren' moet zitten blijft rondgaan, wanneer medische evaluaties bijvoorbeeld aantonen dat er geen biologische of fysieke schade is in het lichaam.

Deze mythes of foutieve opvattingen komen vaak voor bij ouders maar ook bij hulpverleners. Zo toont onderzoek aan dat pijn vaak onderschat wordt door ouders en hulpverleners, waardoor pijn bij een kind niet of onderbehandeld wordt. Gezien de huidige stand van de wetenschap en de opgebouwde kennis over pijn en pijnbehandeling bij kinderen is het heel belangrijk dat wij, als ouder of hulpverlener, ervoor zorgen dat ons kind zo weinig mogelijk pijn ervaart bij onvermijdelijke medische interventies.

→ De meest voorkomende misverstanden over pijn bij kinderen

- » 'Jonge baby's voelen geen pijn, want hun zenuwstelsel is nog niet voldoende ontwikkeld'
- » 'Pijn kun je niet accuraat meten'
- » 'Van pijn word je sterk en groot, bijt maar even op je tanden'
- » 'Kinderen voelen minder pijn dan volwassenen'
- » 'Pijn in de heel jonge kindertijd doet er niet toe, omdat baby's het zich niet kunnen herinneren'
- » 'Pijn betekent altijd dat er schade is in het lichaam'
- » 'Als kinderen pijn ervaren, vergeten ze dat altijd snel'
- » 'Kinderen zullen wel gewoon raken aan pijn'
- » 'Wanneer medische evaluaties aantonen dat er geen biologische of fysieke schade is in het lichaam, moet pijn wel ingebeeld zijn of "tussen je oren zitten"'
- » 'Pijn tijdens medische procedures is een onvermijdelijk deel van het leven van mijn kind'
- » 'Als een kind afgeleid kan worden, dan heeft het geen pijn'
- » 'Pijn waarbij geen medische of fysieke oorzaak vastgesteld kan worden is een indicatie dat er een mentaal of psychologisch probleem is'
- » 'Gevoelens, gedachten, en sociale factoren, zoals wat ouders of anderen doen en zeggen tegen een kind, hebben geen invloed op de pijn'

Mijn missie met dit boek is om jou als ouder of hulpverlener de nodige kennis én het vertrouwen te geven om pijn bij kinderen te herkennen, aan te pakken en waar mogelijk te vermijden. Ook de angst die met pijn gepaard gaat wordt uitgebreid besproken. Daarnaast geef ik advies over wat je kunt doen bij medische procedures, operaties en pijnklachten die zich thuis voordoen. Ik belicht chronische pijn in een apart onderdeel, de impact hiervan op je kind en het gezin, en wat je kunt doen om hier zo goed mogelijk mee om te gaan. Ten slotte volgt een pleidooi voor een

multidisciplinaire behandeling van (chronische) pijn. Ik eindig met het aanwijzen van aandachtspunten en tekortkomingen in de huidige aanpak van acute en chronische pijn bij kinderen en ik geef suggesties voor de verbetering ervan. Hierbij vertrek ik steeds vanuit een wetenschappelijk onderbouwde visie en vanuit het meest recente wetenschappelijk onderzoek.

Deel 1

—Wat is pijn?

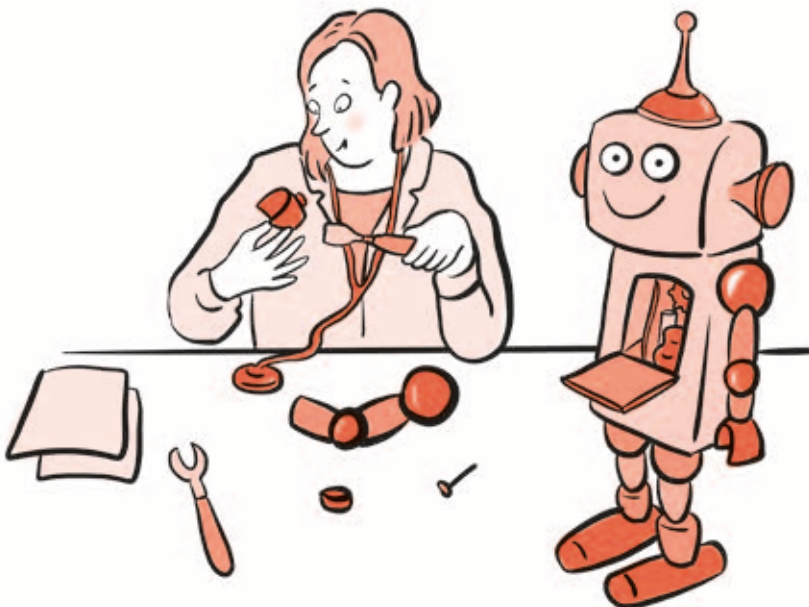
1 Hoe kunnen we pijn begrijpen?

Na een fijne zwangerschap en een vlotte bevalling wordt Anna geboren op 10 september 1978, twee weken te vroeg. Ze eet goed, slaapt al snel door en haar ouders René en Johanna leven op een roze wolk. Als Anna drie maanden oud is, stelt de kinderarts bij een controleonderzoek vast dat ze hartruis heeft. Ze blijkt een aangeboren hartafwijking te hebben en wordt enkele weken later geopereerd. Ze ondergaat een openhartoperatie, zonder verdoving. Ze krijgt alleen spierverslappers toegediend. De dokters zijn ervan overtuigd dat jonge baby's geen volledig ontwikkeld zenuwstelsel hebben en dus geen pijn kunnen ervaren. Als Anna toch iets zou voelen, dan kan dat volgens hen geen kwaad want ze zou zich die pijn later niet herinneren. Na een wekenlang verblijf op intensive care kan Anna weer naar huis. René en Johanna merken dat hun dochter sinds de operatie vaak angstig is wanneer ze met haar naar de dokter of het ziekenhuis gaan. Ze schakelen een psycholoog in. Vandaag is Anna 44. Ze voelt nog altijd angst wanneer ze naar de dokter of het ziekenhuis moet. Ze vermijdt doktersbezoeken dan ook zoveel mogelijk. Ze kampt met chronische pijnen en depressieve periodes waarvoor ze in behandeling is bij de pijnkliniek en een psycholoog. Als Anna vandaag geboren zou worden, dan zou ze verdoofd worden tijdens haar operatie en dan had haar leven er wellicht anders uitgezien.

Pijn kan veel vormen aannemen: er is acute pijn, pijn als gevolg van medische procedures en chronische pijn. Acute pijn voel je als je je stoot aan een tafel of een te heet kopje vasthoudt. Er is pijn als gevolg van een medische procedure. Denk aan een vaccinatie, het plaatsen van een infuus, een bloedafname, het verzorgen van een brandwond, het plaatsen van een blaas- of maagsonde of een beenmergpunctie. Chronische pijn, ten slotte, is pijn die je lang voelt – meer dan drie maanden – en die maar niet lijkt over te gaan. Pijn kan verschillend aanvoelen: als een licht onaangenaam gevoel, zoals wanneer je je stoot aan de tafel, maar ook als iets ondraaglijks, zoals bij een botbreuk.

De biomedische opvatting: het lichaam als robot

Bij ‘pijn’ denken de meeste mensen aan een puur lichamelijk probleem, een sensatie die door het lichaam wordt geproduceerd. Dit ‘biomedisch’ denken ontstond in de 17de eeuw bij de Franse filosoof René Descartes. Hij bekeek het lichaam als een robot.



Ergens in het lichaam is er iets kapot, er is sprake van weefselschade. Deze weefselschade, bijvoorbeeld een gebroken been, geeft aanleiding tot een ervaring van (ernstige) pijn, wat dan weer een impact heeft op het dagelijks functioneren. Het gebroken been wordt ingegipst. De dokter schrijft rust en revalidatie voor. De breuk heelt en de pechvogel in kwestie kan zijn normale activiteiten weer opnemen. Een arts die werkt volgens dit biomedische ziektemodel zoekt naar de onderliggende weefselschade die de oorzaak is van de klachten, en lost het op (geneest de weefselschade) via een medische handeling zoals het ingipsen van het been of het voorschrijven van een geneesmiddel.

In situaties waarin er een duidelijke lichamelijke oorzaak is (zoals een botbreuk) biedt deze biomedische visie op ziekte en gezondheid een oplossing voor de klachten. Toch zijn er enkele problemen met dit puur biomedisch denken. Ten eerste zijn er grote verschillen tussen patiënten met gelijkaardige ‘schade’. Niet iedereen ervaart pijn op dezelfde manier en niet iedereen voelt dezelfde dagelijkse beperkingen ten gevolge van de pijn. Neem bijvoorbeeld twee kinderen met een ernstige polsbreuk. Na het inspalken gaat het ene kind zonder problemen naar school terwijl een ander kind met dezelfde weefselschade kermend op de bank ligt. Het gebeurt zelfs dat mensen die vanuit biomedisch oogpunt weefselschade vertonen, helemaal geen klachten hebben. In een grootschalig onderzoek werd een groep mensen via medische beeldvorming gescreend op afwijkingen in hun rug, ter hoogte van de wervelkolom. Daaruit bleek dat sommige personen met duidelijke afwijkingen in de rug, zoals een hernia, geen pijn voelden.

Ten tweede gebeurt het vaak dat mensen op consultatie komen bij hun huisarts of een specialist met intense pijnklachten en dat er zelfs na grondig medisch onderzoek geen duidelijke lichamelijke oorzaak wordt gevonden. Dat betekent *niet* dat de patiënten

geen pijn voelen, dat doen ze zeker wel. Maar er is geen verklaring voor de pijnklachten vanuit het biomedische ziektemodel. Buikpijn is een van de meest voorkomende vormen van pijn bij kinderen waar vaak geen duidelijke lichamelijke oorzaak voor gevonden wordt. Medisch onverklaarde buikpijn wordt ‘functionele buikpijn’ genoemd. Van functionele buikpijn spreken we als een kind (bijna) continu buikpijn heeft, wanneer er geen verband is met het normale functioneren van maag en darmen, als de pijn beperkingen tot gevolg heeft in het dagelijkse leven, en wanneer de pijn niet verklaard kan worden door een onderliggende, medische aandoening. Er is in zo’n geval geen eenduidige medische behandeling die het pijnprobleem snel kan oplossen. Bij jongeren en volwassenen is fibromyalgie een voorbeeld van een medisch onverklaarde pijnklacht. Dat is een aandoening waarbij mensen intense pijn ervaren op verschillende plaatsen in hun lichaam en die vaak gepaard gaat met intense vermoeidheid. Er bestaat geen medische test om fibromyalgie vast te stellen. De diagnose gebeurt op basis van de klachten van de patiënt. Een ander voorbeeld is chronische lage rugpijn. Bij 85% van de patiënten die langdurige lage rugpijn ervaren is er sprake van zogenaamde ‘aspecifieke rugpijn’, waarbij geen duidelijke medische oorzaak gevonden wordt.

Een derde vaststelling die niet te verklaren is door puur biomedische opvattingen over ziekte en gezondheid is dat de effecten van eenzelfde medische behandeling voor patiënten met dezelfde soort aandoening enorm kunnen variëren. Een bepaalde pijnstiller werkt bijvoorbeeld prima voor de ene patiënt met migraine en heeft totaal geen effect bij een andere migrainepatiënt.

Pijn en stigma

Puur biomedisch denken kan ervoor zorgen dat mensen pijn waarbij geen lichamenlijk defect of schade kan worden vastgesteld,

bestempelen als ‘niet echt’. Ze geloven er niet in en zeggen dingen als: ‘Het zit tussen je oren.’ Je denkt het best twee keer na voor je zoiets zegt. We weten nog niet alles over alle aandoeningen. Misschien ontdekken we over een tiental jaar wel een gen of een virus dat functionele buikpijn of fibromyalgie veroorzaakt. Bovendien kan zo’n uitspraak heel stigmatiserend zijn voor patiënten. Je lijkt te suggereren dat de pijn die hen kwelt niet echt is en dus ook geen behandeling nodig heeft. Wetenschap heeft aangetoond dat een andere visie op pijn noodzakelijk is om pijn en andere lichamelijke klachten te begrijpen en doeltreffend te kunnen behandelen.

Biomedische opvattingen over pijn zijn nog altijd wijdverspreid. In ons onderzoekslab, het Ghent Health Psychology Lab aan de Universiteit Gent, hebben we daar een aantal studies rond gedaan, bij mensen uit de algemene bevolking én bij professionele hulpverleners zoals huisartsen, fysiotherapeuten en kinesitherapeuten. We toonden de deelnemers een aantal filmpjes van volwassen patiënten met chronische pijn die bewegingen uitvoeren. Het ging om alledaagse activiteiten zoals gaan zitten op een stoel en weer overeind komen, kniekers van de grond oprapen en een box optillen, op een tafel zetten en weer op de grond plaatsen. We gaven algemene, fictieve info over elke patiënt zoals hun leeftijd en hun beroep en gaven telkens een andere uitleg over de zogenoemde oorsprong van hun pijn. Bij sommige patiënten vertelden we de deelnemers dat er een duidelijke medische oorzaak werd gevonden voor de pijn, bijvoorbeeld een geknelde zenuw. Bij andere patiënten zeiden we dat onderzoek geen enkel letsel in de rug kon vaststellen. De deelnemers moesten inschatten hoeveel pijn elke patiënt had tijdens de activiteit en in welke mate de patiënt beperkingen ervaarde in het dagelijks leven. We vroegen hen ook hoeveel sympathie ze voor de patiënt hadden en de mate waarin ze dachten dat de patiënt pijn *fakete*. De resultaten van deze studies toonden systematisch aan dat participanten

vooroordelen hadden over patiënten waarbij geen medische oorzaak van de pijn kon worden vastgesteld. Dat was het geval bij de deelnemers uit de algemene populatie maar net zo goed bij de hulpverleners. Beide groepen schatten de pijnervaring van patiënten met medisch onverklaarde pijn in als ‘minder intens’. Ook dachten beide groepen dat de pijn bij deze groep patiënten minder beperkingen veroorzaakte in het dagelijks leven. Bovendien hadden ze minder sympathie voor deze patiënten, verdachten ze de patiënten meer van bedrog en hadden hulpverleners het idee dat medicatie minder goed zou werken bij deze patiënten. Samenvattend wordt de pijn dus ingeschat als ‘minder ernstig’ wanneer hij geen duidelijke biomedische oorzaak heeft, en worden de klachten van deze patiënten ook minder ernstig genomen. Andere studies bevestigen onze conclusies. Patiënten met chronische pijn zonder een duidelijke medische oorzaak voelen zich vaker gestigmatiseerd en ervaren een slechter mentaal en sociaal welzijn dan andere patiënten bij wie wél een duidelijke medische oorzaak wordt gevonden voor de ervaren pijn. Er is minder onderzoek over dit thema bij kinderen en jongeren, maar kinderen en jongeren met klachten – zoals buikpijn of hoofdpijn – die lichamelijk onvoldoende verklaard kunnen worden, ervaren ook vaak onbegrip van leeftijdsgenoten of zelfs van de volwassenen uit hun omgeving.

Het biopsychosociaal perspectief: pijn is persoonlijk

Biomedische of lichamelijke afwijkingen alleen bieden geen volledig antwoord voor de meeste pijnervaringen. We moeten ook kijken naar andere factoren. Naast de biomedische visie is er een alternatieve visie die opgang maakt sinds de jaren zeventig. Het gaat om een biopsychosociaal perspectief op gezondheid en ziekte. Naast het biomedische spelen psychologische en sociale variabelen namelijk ook een belangrijke rol in de mate van pijn

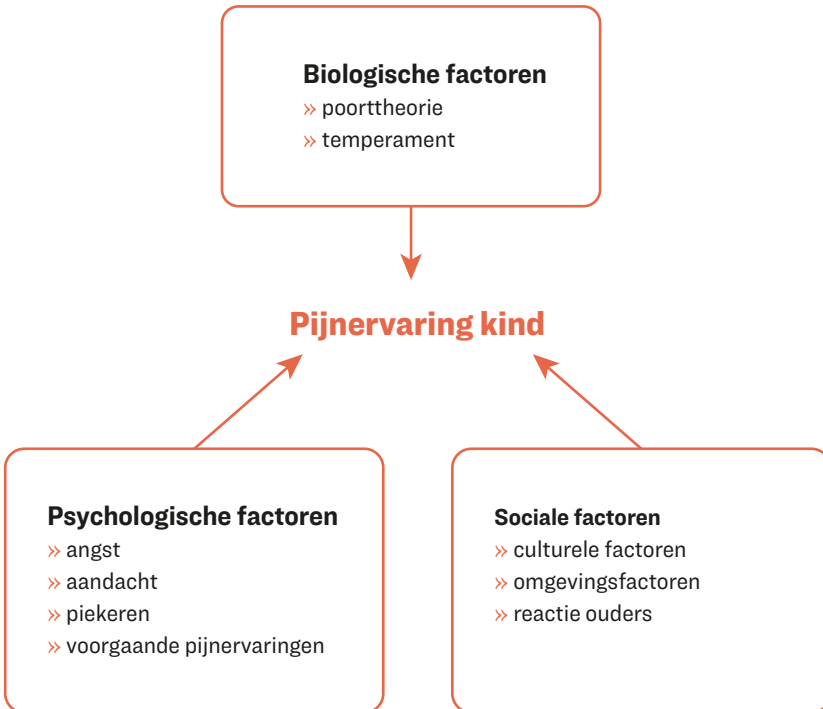
die iemand voelt en de beperkingen die hij ervaart in zijn dagelijks leven.

De ervaring van pijn is een complexe en dynamische interactie tussen biomedische, psychologische en sociale variabelen. Dit wordt weerspiegeld in de alom aanvaarde definitie van pijn, geformuleerd door de *International Association for the Study of Pain*. De IASP is de grootste internationale organisatie die systematisch onderzoek over pijn stimuleert en ondersteunt. De organisatie vertaalt deze kennis in verbeterde pijnpreventie en pijnbehandeling over de hele wereld. De IASP bestaat uit pijnexperts van over de hele wereld, uit verschillende disciplines: anesthesisten, kinesisten of fysiotherapeuten, psychologen, pijnartsen en verpleegkundigen. De IASP definieert pijn als ‘*an unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage*’. In het Nederlands kun je dit vertalen als ‘een onaangename sensorische (zintuiglijke) en emotionele ervaring die gepaard gaat met of lijkt op feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging’.

Bij deze definitie zijn vier kanttekeningen belangrijk. Recente inzichten tonen aan dat pijn een persoonlijke ervaring is die beïnvloed wordt – in variërende mate – door biologische, psychologische en sociale factoren – en dus niet enkel door biologische of lichamelijke factoren. Bovendien bevat deze definitie de erkenning dat pijn gewoonlijk een beschermende rol speelt, vooral bij acute vormen van pijn (pijn motiveert iemand om te rusten zodat een gewond lichaamsdeel kan herstellen). Pijn kan echter ook schadelijke effecten hebben op hoe iemand functioneert en op het sociale en psychologische welzijn van die persoon, vooral in de context van chronische pijn. Een derde kanttekening bij deze definitie is dat zelfrapportage van pijn als de standaard wordt beschouwd. Als iemand zegt dat hij pijn heeft, dan moet dit worden gerespecteerd en worden onderzocht door een arts

of multidisciplinair team. Een laatste kanttekening is dat niet iedereen verbaal kan aangeven dat hij of zij pijn heeft. Denk maar aan heel jonge kinderen of mensen met dementie. Hun pijn kan via andere manieren in kaart worden gebracht (zie hoofdstuk 2).

FIGUUR 1 Pijn is een biopsychosociale ervaring: de variabelen die je pijnervaring beïnvloeden



Pijn en je hersenen: de poorttheorie

De kern van de IASP-definitie is dat pijn een biopsychosociale ervaring is. Het is dus een ervaring die beïnvloed wordt door drie variabelen: biologische (of medische), psychologische (gedachten, emoties en gedragingen) en sociale variabelen (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een belangrijk persoon zoals een ouder of een partner) (zie figuur 1).