

Om te weten wat pijn eigenlijk is, moeten we een kijkje nemen in het brein. Want hoewel je ervan overtuigd bent dat je pijn voelt in je vinger als deze tussen de deur komt, 'voel' je die pijn eigenlijk in het brein.

Wanneer pijn ontstaat, bijvoorbeeld door een vinger tussen een dichtvallende deur, worden tastlichaampjes in de huid geprikkeld. Om de hand zo snel mogelijk in veiligheid te brengen reist de pijnprikkel eerst naar het ruggenmerg en vandaar meteen weer terug naar de bewegingszenuw in de arm, waarop de hand reflexmatig in veiligheid wordt gebracht. Tegelijkertijd reist de pijnprikkel ook via een ingewikkeld netwerk van zenuwbanen en schakelstations door naar een specifiek deel van de hersenschors in het brein. In dit gedeelte van de hersenschors is voor ieder lichaamsdeel een apart plekje gereserveerd. Pas als de pijnprikkel in het gebiedje van de 'vinger' is gearriveerd, wordt het brein zich bewust van de pijn en kan het lichaam in gereedheid worden gebracht om gericht actie te ondernemen (hand onder de kraan houden, verbandje zoeken). Bepaalde gebieden van de huid maken gebruik van dezelfde zenuwsweg als sommige van onze organen. Het brein kan hiervan in de war raken. Die interpreteert een binnenkomende pijnprikkel alsof een bepaald gebied op de huid pijnlijk is, terwijl er eigenlijk iets mis is met een inwendig orgaan. Daardoor kan men pijn in de linkerarm bij hartkwalen en hoofdpijn bij een knellend bh-bandje ervaren. Dit fenomeen noemt men 'Weerpijn' of 'referred pain'.

Verder spelen mentale processen ook een rol. Het idee dat emoties, gedachten en gedrag de ervaringen van pijn beïnvloeden noemen we een 'poorttheorie'. Deze theorie gaat uit van het idee dat pijnprikkels onderweg van het ruggenmerg naar het brein langs een soort poort komen welke onder invloed van onze mentale gesteldheid open of dicht kan staan. De belangrijkste poortwachter is stress. Bij hevige stress gaat de poort dicht. Daardoor kunnen soldaten in oorlogsituaties "gewoon" doorlopen met een schotwond: ze voelen niets. Matige stress is juist een poortopener: iemand met een sombere of angstige bui heeft meer last van hoofdpijn dan iemand zonder stress.

Als er sprake is van chronische pijn en de voortdurende pijn leidt tot vermoeidheid, slapeloosheid, prikkelbaarheid, depressiviteit en eenzaamheid, dan valt met pijn niet te leven. Het wordt uitzichtloos. Met pijn valt te leven, met uitzichtloosheid niet. Dan is het raadzaam gespecialiseerde hulp te zoeken.

METHODE

Allereerst vindt de anamnese plaats, uw fysiotherapeut probeert zich een beeld te vormen van uw (pijn)klachten. Uw fysiotherapeut kan u eventueel terugverwijzen naar uw huisarts of behandeld specialist voor pijnstillende medicatie of infiltratie indien dit nodig blijkt.

Is er sprake van chronische pijn, dan wordt er nagegaan of er een duidelijke oorzaak voor is en wat hier fysiotherapeutisch aan te doen is. Indien tijdens de anamnese en het onderzoek sprake blijkt te zijn van mentaal gestuurde pijn, is het zaak om samen uit te zoeken of er iets aan de onderliggende mentale situatie te doen is. Hiervoor kan uw fysiotherapeut u terugverwijzen naar uw huisarts of doorverwijzen naar een psychosomatisch fysiotherapeut.

Er zijn ook patiënten wie al gespecialiseerde mentale hulp krijgen maar de verminderde algehele belastbaarheid veroorzaakt door een lange periode van pijn niet zelfstandig op kunnen bouwen of wie de negatieve vicieuze cirkel nog niet geheel kunnen doorbreken zonder de fysieke belastbaarheid aan te pakken. Voor deze patiëntengroepen kan fysiotherapie een doorslaggevende factor zijn.

Zie ook onze folder *herstel en hersteltijd* voor meer informatie over belasting en belastbaarheid.

Heeft u vragen, bent u geïnteresseerd of fysiotherapie u kan helpen òf wilt u een afspraak maken? Neem dan contact met ons op onder tel. nr. 0229-215615.