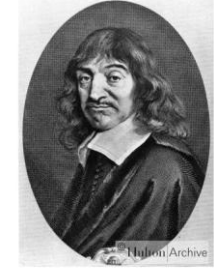


Evolutie naar een bio-psychosociaal model als wetenschappelijk referentiekader

Van bets Bart

Evolutie van de wetenschappelijke visie over pijn

Rene Descartes, c.1660



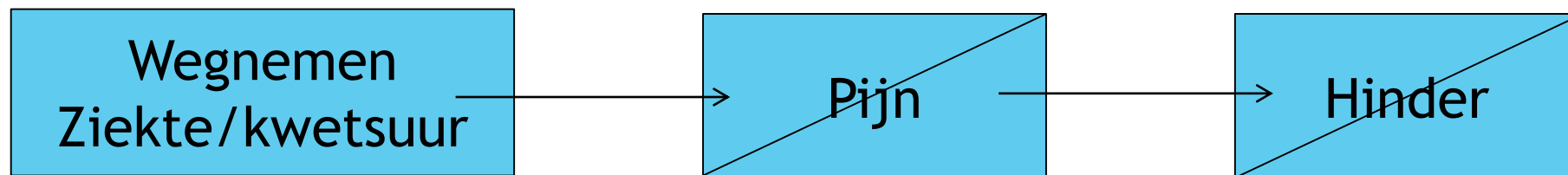
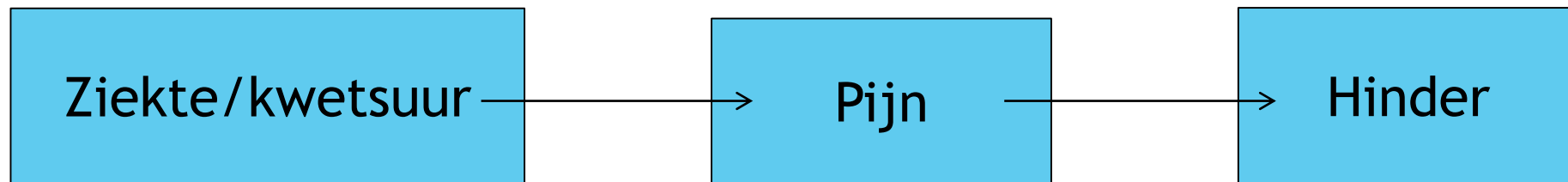
VROEGER : BIOMEDISCH MODEL

Cartesiaans denken :
dualistisch en reductionistisch
opsplitsing lichaam - geest
→ lichamelijke oorzaak van pijnprobleem

Impact visie op behandeling :
medische behandelingen enige optie

Decartes'
physiology





Evolutie van de wetenschappelijke visie over pijn

George L. Engel(1913-1999), late jaren '70:
kritiek op biomedisch model

- ziekte-georiënteerd
- focus op ziektekenmerken, los van de pt

Ontwikkeling bio-psycho-sociaal referentiekader

- pt-gericht : ervaring van pijn én hinder bepaald door context pt
- voortdurende onderlinge interactie tussen elementen van deze context

→ PIJN = multi-causale dynamiek

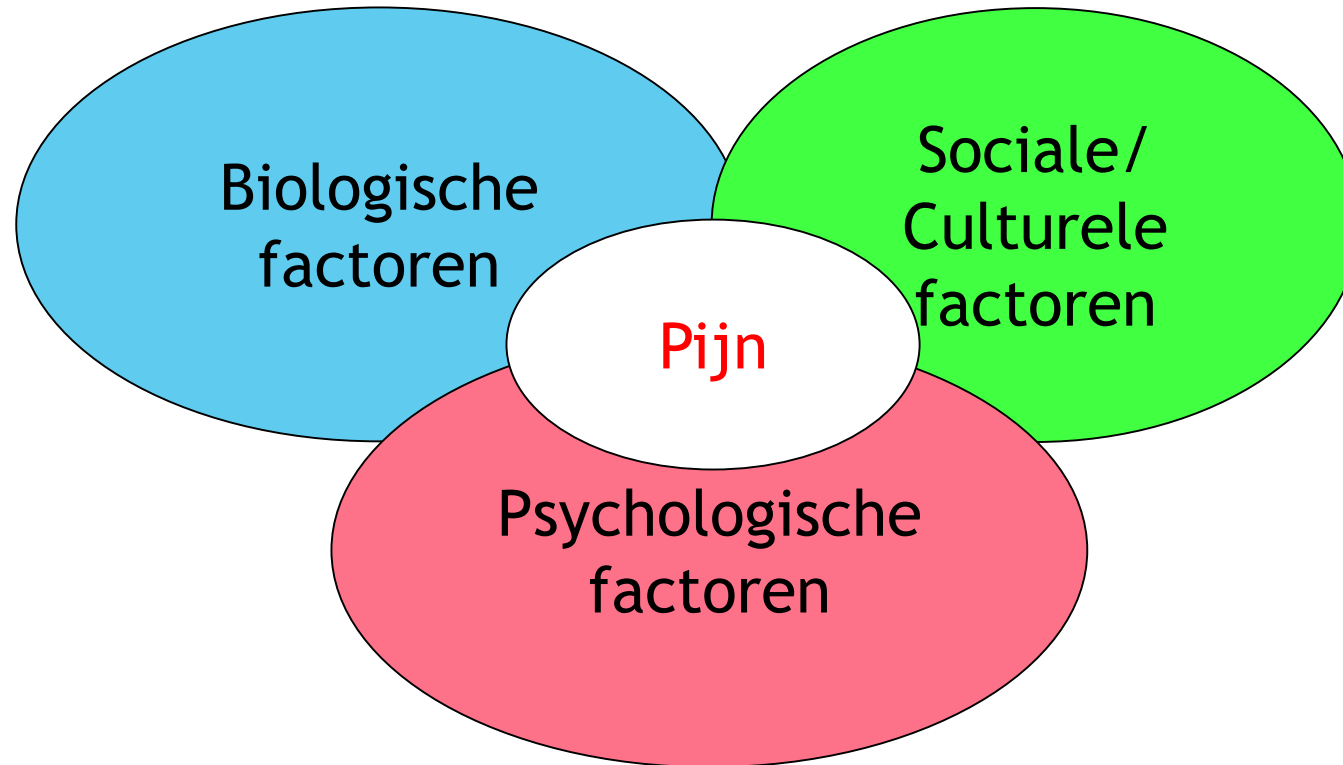
Evolutie: Bio-psychosociale model

Pijn = complex proces waarbij

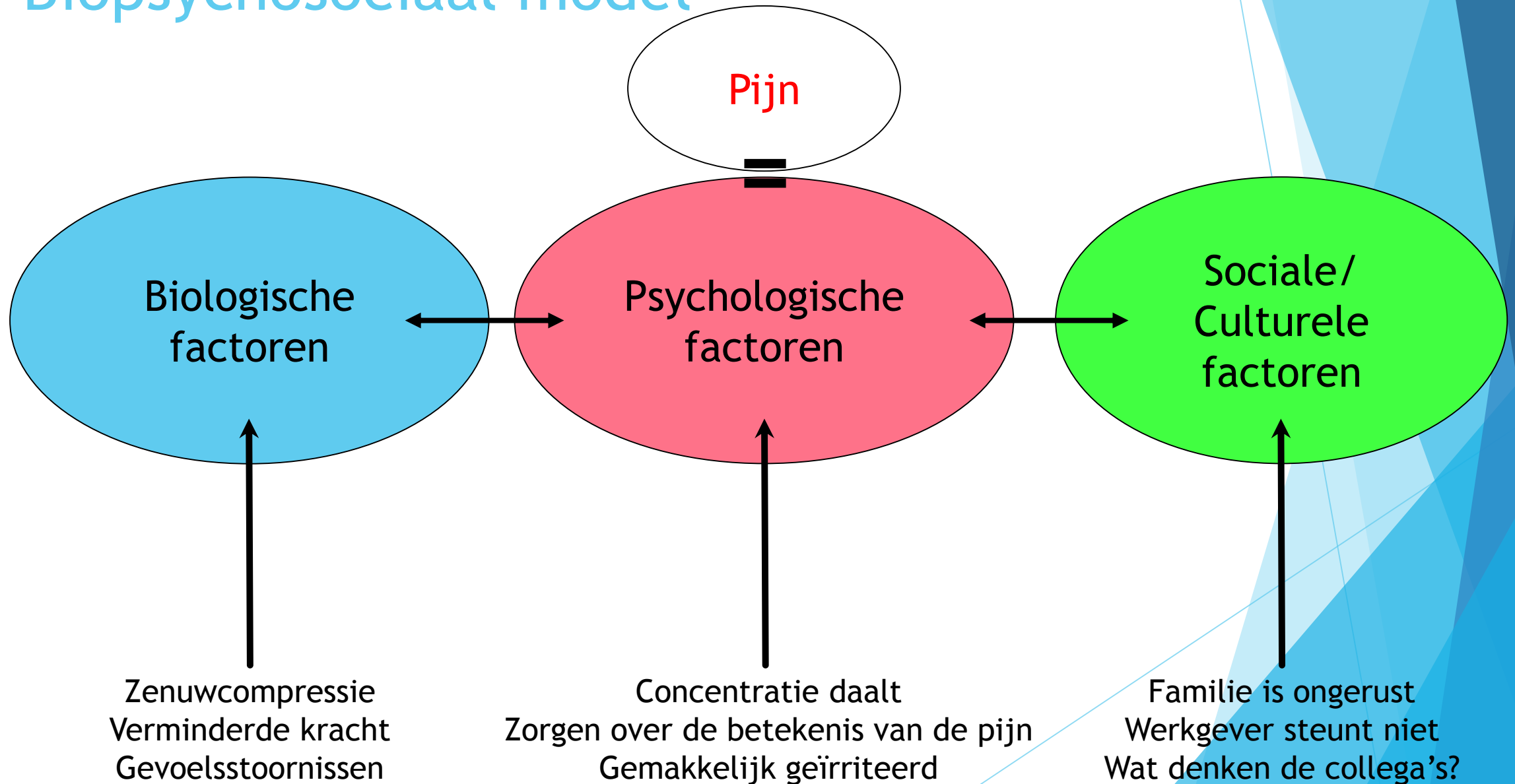
- biologische
- psychologische
- sociale factoren

voortdurend op elkaar inspelen

Biopsychosociaal model



Biopsychosociaal model



Verdienste bio-psycho-sociaal model

Onderscheid 'lichamelijke - psychogene pijn' weg
→ belangrijk in functie van 'erkenning' van pijn

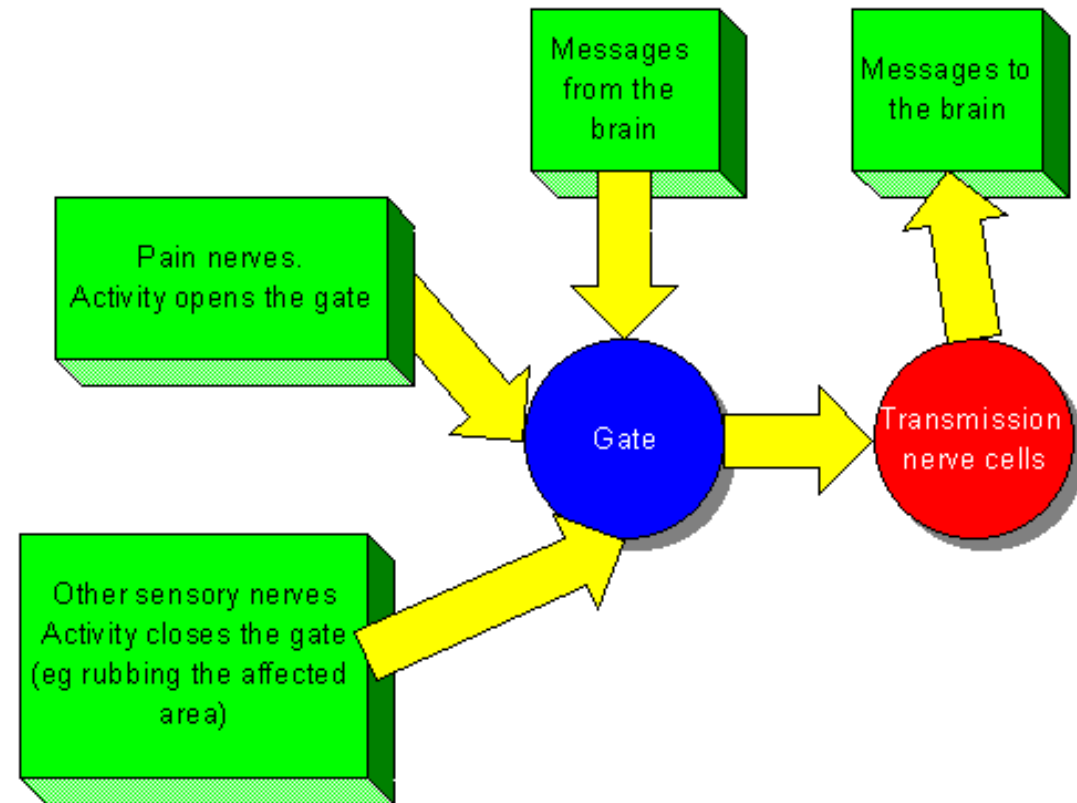
Bio-psychosociaal model als wetenschappelijk
referentiekader interdisciplinaire pijndiagnostiek-en
pijnbehandeling
(Engel, 1977; Flor e.a. 1990; Gatchel en Turk, 1999)

POORTTHEORIE

Melzack en Wall, 1965:

"Pain Mechanisms: A New Theory," (Science, volume 150, p. 171-179, 1965)

- “pijnpoort” thv dorsale hoorn ruggemerg :
“opent of sluit”
→ moduleert het pijnsignaal naar de hersenen
- Modulatie adhv
biologische en psychosociale factoren
→ fysiologische verklaring voor samenhang
tussen sensorische en emotionele
elementen van pijn



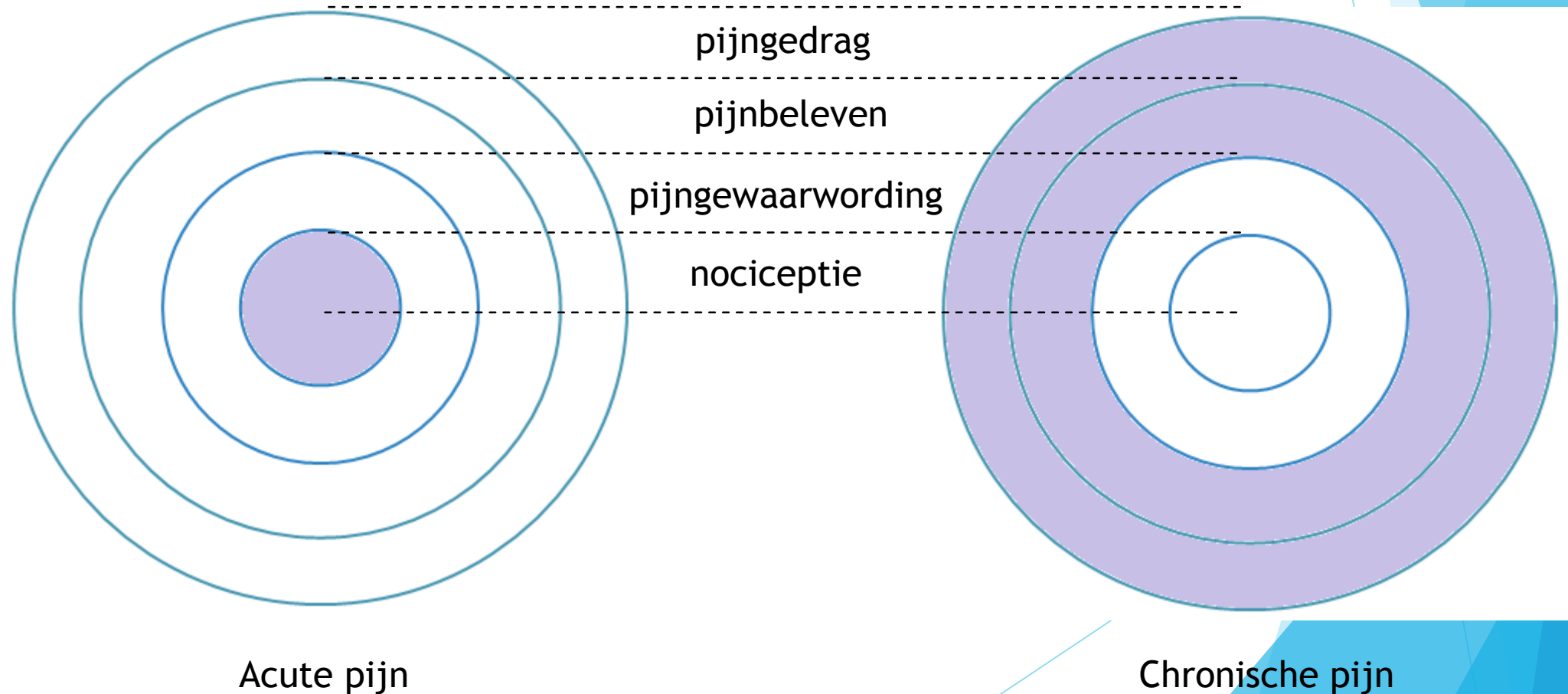
Cirkel van Loeser (1980)

→ pijn = multidimensioneel , holistisch model



Cirkel van Loeser (1980)

→ pijn = multidimensioneel , holistisch model



Verdienste pijnmodel Loeser en Poorttheorie

‘normalisering’ impact psychosociale factoren op de pijnbeleving, het pijngedrag, waaronder ook omgang met pijn

begrijpelijk maken pijnprobleem en de multidisciplinaire benadering ervan

Invalshoek om bereidheid verhogen tot actieve medewerking in kader van dergelijke benadering

Verwachtingen patiënt/ familie over aanpak van pijn



Uitdaging: afstemming visies en verwachtingen

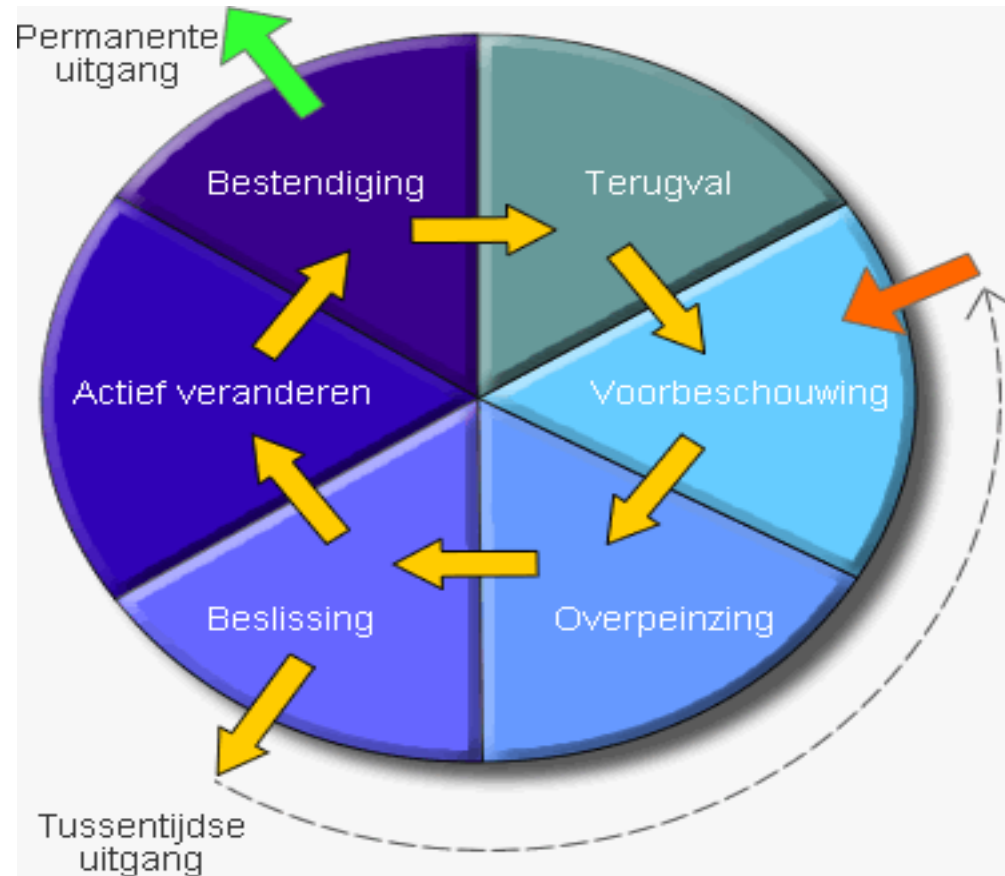
Vaststelling :

vaak veel weerstanden bij toepassen bio-psycho-sociaal kader

Te duidelijk aanbrenge van een probleem op een verkeerd moment

- weerstand
- gebrek aan bereidheid tot instap multidimensioneel pijnmanagement of pijnrevalidatie

Prochaska/ DiClemente (1983) : stadia van gedragsverandering



Handvaten introductie biopsychosociale visie

erkenning pijn en hulpvraag
overbrengen empathie
effecten pijncontrolestrategie ?
pt helpen begrijpen waarom pijn blijft
normaliseren, geruststellen en valideren
bieden van perspectief (van hoop)
verhogen functioneren ondanks pijn, levenskwaliteit

*Pijn is wat degene die pijn heeft,
zegt dat het is.
En het bestaat
telkens als hij zegt dat het bestaat.”
(McCaffery, 1979)*