

PIJN EN FUNCTIE

Als tijdens een autorit een rood lampje op het dashboard gaat branden, krijg je een aantal opties: stoppen en nagaan wat er aan de hand is, waarom het brandt. Of het lampje losdraaien, zodat het niet meer brandt en doorrijden. In het laatste geval gaat het uiteindelijk fout met de auto. Het signaal wordt genegeerd en *overruled* door het uiteindelijke doel, doorgaan.

In het lichaam is het precies hetzelfde. Als er pijn is, is er een reden. Zenuwen beslissen niet op een dag om maar eens pijn te gaan geven. Zenuwen worden geprikkeld en hierdoor voel je pijn. Als een gewone activiteit al tot pijn leidt, is dit een signaal dat er iets niet goed is. Zo gaat het altijd, eerst een signaal. Dit signaal kan genegeerd worden of ontkend met als gevolg dat er een ontwikkeling op gang komt, die op allerlei scenario's kan uitdraaien. Als pijn op zich als aangrijpingpunt wordt gezien kan dat leiden tot een syndroom en zelfs tot ziektes. Het signaal hoeft niet meteen tot paniek te leiden: "Het kwam vanzelf en gaat ook wel weer vanzelf". Veelal verdwijnt pijn ook binnen enkele weken. De natuur is sterk en regelt het vanzelf.

Maar soms is de oorzaak niet direct duidelijk. In de gezondheidszorg worden snel relaties gelegd met afwijkingen. Een hernia geeft pijn, vaak in een been. Dus als er pijn in een been is, denk je al snel aan een hernia. Maar een hernia ontstaat niet op één enkele dag. Je maakt hem trouwens zelf. Hij is in feite het gevolg van je eigen gedrag. Een gevolg van hoe je met je wervelkolom omgaat. Er is onderzocht dat van de 100 mensen die nog nooit rugklachten hebben gehad er 78 een afwijking aan de tussenwervelschijf hebben en 30 een hernia. Het is dus nog maar de vraag of de pijn die iemand in zijn been heeft een directe relatie heeft met de toevallige hernia die op de MRI ontdekt wordt. Dit inzicht heeft ook geleid tot veel minder operatief ingrijpen bij hernia's. In de jaren zeventig werd 70% van de hernia's geopereerd en nu nog maar 30%. Anderzijds wordt het lichaam vaak als "zwak" geïnterpreteerd. Het zou overbelast zijn. Wel, als dat zo zou zijn, werd er geen marathon meer gelopen!

Het lichaam is tot heel veel in staat. Pijn schijnt een voorwaarde te zijn voor een succesvolle inspanning. Als pijn onbegrepen is, zit het al snel "tussen de oren" van de betrokkene. Ik wil stellen dat er dan iets ontbreekt tussen de oren van de behandelaar die dit zegt. Moet pijn als entiteit aangepakt worden? Dan gaat het om een symptomatische behandeling, en natuurlijk kan de patiënt daar om vragen. Het is echter zinvoller een behandeling die gericht is op de oorzaken van de pijn, te geven. En als de prikkel sterk is, faalt pijn demping. Een uitstralende pijn in het been giert dwars door medicatie als tramadol of diazepam heen. Hooguit zal door uitputting de patiënt zich uiteindelijk over kunnen geven aan het medicijn en ook hieruit blijkt dat het dus alleen maar symptoomgericht is.

Tijd nemen voor het zoeken naar de oorzaak is een belangrijke zaak. Voor de patiënt is pijn vaak de aanleiding tot een bezoek aan de (huis-)arts. Afhankelijk van het type patiënt geeft pijn een reactie in het lichaam. Je verkrampst, je negeert de pijn, je raakt opgewonden of juist apathisch. Er treedt vaak een patroon op waardoor je zonder al te veel hinder kunt blijven functioneren. Hieruit blijkt al dat pijn een symptoom is van een functiestoring. Het heeft derhalve meer zin om de oorzaak in het functioneren te zoeken en daar aan te pakken. Functie kan per moment veranderen en het lichaam is soms (nog) niet in staat te voldoen aan deze functie-eis. Gevolg is irritatie van structuren, vaak ten onrechte ontstekingen genoemd, met alle gevolgen van dien. Je kunt niet goed meer functioneren, er is pijn, er is onvermogen.

Als reactie kun je compenseren: op een zogenaamd pijnvrije manier doorgaan. Maar compenseren heeft altijd beperkingen en kan snel opnieuw tot vernieuwde weefselschade of klachten leiden. De patiënt raakt steeds verder van huis. Als manueel therapeut houd ik mij bezig met functiestoringen en in het kort komt het erop neer dat ik patiënten hun bewegingen optimaliseer. Per individu is dat uiteraard verschillend. Ik kijk altijd naar het hele lichaam en behandel daar waar het bewegen plaatsvindt: de gewrichten. Gewrichten bewegen nagenoeg wrijvingsloos, ook bij artrose, en behandeling dient dan ook overeenkomstig plaats te vinden. Door de individuele optimalisatie van bewegingsfunctie krijgen de geïrriteerde structuren rust, kunnen ze herstellen en dan verdwijnen de klachten. Soms betekent dit chaos voor de patiënt, hij wordt uit het compensatoire patroon gehaald. Maar snel in het eigen, bekende patroon bewegen, kan direct worden overgenomen en bevestigt de relatie tussen functioneren en pijn. Veel uitleg is hierover nooit nodig, wel tijdsinvestering om achter deze relatie te komen.

De afgelopen maand kreeg ik een patiënte met nekkklachten en een uitstraling in de linkerarm. Het was plotseling ontstaan en erg vervelend. De neuroloog en neurochirurg beslisten tot een operatie vanwege een hernia in de nek. Ik behandelde de patiënte twee keer en nu is ze pijnvrij en kan ze vrij bewegen. Anders was het afgelopen twee jaar met een patiënt die veel pijn had in de rechterzij, buik, lies. Behandeling gaf weliswaar verlichting, maar niet voldoende, pijnstilling werkte onvoldoende en resulteerde in een enorme afhankelijkheid van morfine(pleisters). Met de nodige bijwerkingen in darmen, stemmingen en gedrag. Besloten werd tot het plaatsen van een neurostimulator. Bij plaatsing bleek er sprake te zijn van een ingegroeide zenuw, die kon worden vrijgemaakt. De pijn verdween eigenlijk al meteen na de ingreep en de stimulator werd later verwijderd. Conclusie is hier dat de oorzaak, hoe onbegrepen ook tijdens het proces, werd weggenomen en de pijn verdween. Het afkicken van de medicatie heeft eigenlijk veel meer tijd gekost en het behandelproces verlengd. Kon ik maar dieper kijken was hier mijn enige wens, maar helaas.

Hans Vuurmans, manueel therapeut, <http://www.mtbaat.nl>