

Leven met pijn – interview door Fija Nijenhuis

Wie pijn kent, weet het maar al te goed. Je kunt er volledig door in beslag genomen worden. Er is niets anders meer, alleen die ene plek, of dat ene gebied. Pijn kan zeuren, prikken, steken, branden.

Gelukkig zijn er steeds meer soorten behandelingen. Twee bekende voorbeelden zijn zenuwblokkades, waarbij een zenuw wordt verdoofd, en neurostimulatie, waarbij een inwendig apparaatje voor verlichting zorgt door de pijnsignalen naar de hersenen te verstoren. Maar ondanks de vele behandelingen die de afgelopen decennia zijn ontwikkeld, hebben mensen nog altijd pijn.

Paul Lieverse weet hoe dat komt. De pijnspecialist, sinds een paar jaar met pensioen maar vanwege corona nog actief als waarnemend arts palliatieve zorg, raakte in de loop van zijn leven geïnteresseerd in pijn. “Toen ik als anesthesist begon in wat nu het Erasmus MC is, kende ik pijnproblemen alleen van mensen die geopereerd werden. Pijn bij kanker was voor mij iets heel nieuws en ik heb moeten leren om die patiënten te helpen. Ik heb cursussen gevolgd, ook in het buitenland. Er ging een wereld voor me open. Pijn is niet alleen iets wat ontstaat omdat een chirurg ergens gesneden heeft, ofwel: er moet tijdelijk iets aan die pijn gedaan worden, het is veel complexer en rijker. Pijn heeft veel meer dimensies.”

Voor mensen met pijn is het vaak wel heel simpel: pijn zit op een bepaalde plek en moet weg. Meestal gebeurt dat ook, bijvoorbeeld door een medische behandeling. Maar soms verdwijnt de pijn niet, omdat de oorzaak niet of moeilijk weg te nemen is. Verder komt het nogal eens voor dat de bron van de pijn niet wordt gevonden.

Houdt pijn langer dan drie maanden aan, dan spreekt men van chronische pijn. Bij 34 procent van de mensen in deze groep is de pijn zeer ernstig: zij scoren een 8 of hoger op een schaal waarbij 0 geen pijn betekent en 10 staat voor de ergst denkbare pijn. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat 34 tot 79 procent van de mensen met pijn de behandeling als onvoldoende beschouwt.

Het zijn allemaal signalen dat het probleem meer dan alleen medische aandacht verdient, zegt Lieverse. Daarmee bedoelt hij dat pijn ook vanuit een psychologische en sociale invalshoek benaderd moet worden. Lieverse staat niet alleen in zijn overtuiging. In 2017 werd de eerste Zorgstandaard Chronische Pijn ontwikkeld, die is opgesteld door zowel pijnbehandelaars als pijnpatiënten. In dit document, dat geldt als richtlijn voor behandelaars, staat dat een ‘biopsychosociale’ benadering van pijnklachten de voorkeur verdient boven alleen een medische aanpak.

“De context waarin mensen met pijn leven, kan heel bepalend zijn bij het ervaren van de klachten”, legt Lieverse uit. “We denken soms dat wij mensen een soort machines zijn. Net zoals een auto die je kunt repareren en het gekke geluidje is weg. Zo kan ook een dokter je repareren en je pijn is er niet meer. Maar er speelt zo veel meer mee. Hoe de omgeving erop reageert, heeft effect op iemands beleving van pijn. Krijg je begrip? Of is er juist ongemak in je omgeving omdat er niets aan je te zien is? Dit soort sociale factoren heeft invloed op pijnbeleving.”

En dan het psychische deel: “Als je niet kunt slapen omdat je je afvraagt hoe lang je het leven met pijn nog volhoudt, dan wordt ook de pijn ondraaglijker. De blik van een dokter, zo van ‘ik weet ook niet wat ik ermee moet’, maakt dat je je extra afhankelijk en eenzaam gaat

voelen. Net zoals het impact heeft als je denkt: is er nog wel een God Die mij ziet in mijn nood? Het heeft allemaal met elkaar te maken.”

Pijnstillers

Pijn is dus niet iets statisch, ook al denken mensen en zelfs artsen dat nogal eens, zegt Lieveerse. Het is verstandig deze kanten van het probleem serieus te nemen, meent hij. Natuurlijk, er zijn snelle oplossingen voor pijn. Geef iemand een sterk pil – morfine of oxycodon – en men voelt niks of in elk geval minder. Maar dat niks meer voelen gaat verder dan alleen pijn niet voelen. Het veroorzaakt sufheid, leidt tot interesseverlies, kan tot verwardheid leiden en zo zijn er nog veel meer onprettige bijeffecten die óók het gevolg zijn van pijnstillers. Houd daar rekening mee, vindt Lieveerse. Toch schrijft hij deze medicatie wel voor. “Als er iemand met pijn bij mij de spreekkamer binnenkomt en ik zie dat het helemaal niet meer gaat, dan probeer ik allereerst de situatie draaglijk te krijgen. En dan praten we over één week verder. Stapje voor stapje.” Dat kan inderdaad betekenen dat zo iemand stevige pijnstillers krijgt. Maar om bij chronische pijn elke dag van dat soort zware middelen te slikken? Het gebeurt, weet de specialist.

“Een pijnarts kan zelf ook voorbijgaan aan dingen die voor iemand belangrijk zijn. Ik wilde ooit een morfineachtige pijnstiller voorschrijven aan een patiënt met kanker. Toen zei die meneer: ‘Maar dokter, ik heb begrepen dat ik dan geen auto meer kan rijden.’ In de tijd waarover we spreken was deze regel heel strikt. Terwijl het autorijden juist belangrijk voor hem was. Elke dag om halftien stapte hij in de auto en reed hij naar de Maas. ‘Ik haal mijn stoeltje uit de kofferbak en ga naar de golfjes kijken. Dan kan ik me ontspannen. Na een halfuur wordt de pijn onhoudbaar, maar ik kan de rest van de dag op dat halve uurtje teren. Dus neem me dat niet af.’ Het is dus belangrijk om als pijnarts de patiënt echt te spreken, om te ontdekken hoe belangrijk bepaalde bezigheden, dat bedoel ik ook met het sociale aspect, voor iemand zijn. Voor hem was dat het halve uurtje aan het water zitten en even niet met zijn pijn bezig te zijn.”

Afleiding

Ontspanning en afleiding kunnen helpen om minder pijn te voelen, zegt ook Anneleen Malfliet, docent en onderzoeker naar chronische pijn aan de Vrije Universiteit van Brussel. In een onlinelezing met de titel ‘Kun je jezelf afleiden van pijn’ legt ze uit hoe dat werkt.

“We denken dat schade en pijn synoniemen zijn. Dat als er schade is, we automatisch ook pijn hebben. En omgekeerd. Maar dat is niet altijd het geval. Stel, je bent de hele dag druk bezig geweest. ’s Avonds ga je rustig zitten en je blik valt op een wondje dat kennelijk al een hele tijd op je hand zat. Het is alsof je dat wondje voelt als je het ziet, terwijl het er mogelijk al enkele uren was. Hoe komt het dat je pas dan de pijn voelt? Of denk aan een fietser in de Tour de France die valt en toch de etappe uitrijdt. Terwijl daarna blijkt dat hij vanwege kwetsuren niet verder kan fietsen. Je brein kan kennelijk bepalen dat het op een bepaald moment niet belangrijk is om pijn te voelen.” Kan, herhaalt de docent met nadruk. Het geldt niet altijd – en dat is dus het ingewikkelde van pijn.

Toch laten haar voorbeelden zien dat bewegen in principe een goede afleider is van pijn. En dat niet alleen: volgens Malfliet kun je door te bewegen ook letterlijk minder pijn voelen. “Uit onderzoek is gebleken dat bewegen het pijn dempend systeem in ons lichaam activeert. Je hoeft daarvoor niet de Tour de France te rijden. Dertig minuten matige intensiteit per dag, lopen of fietsen, is voldoende om dat systeem te activeren.”

Valse hoop

Pijn hoeft niet meer, zul je Malfliet niet horen zeggen. Ook Lieverse is allergisch voor deze populaire manier van denken, gevoed door het grote aantal behandelingen dat beschikbaar is. “Je geeft mensen valse hoop.” Want al is de werking dan misschien aangetoond, daarmee is niet gezegd dat ze blijvend effect hebben. Het pijn dempend effect van een zenuwblokkade is bijvoorbeeld tijdelijk. Bij neurostimulatie wordt een pijnvermindering van 50 procent als een succesvolle behandeling gezien. Houd dat in gedachten, adviseert Lieverse. Want vooral als de bron van pijn moeilijk te achterhalen is, kunnen mensen makkelijk terechtkomen in een vicieuze cirkel van allerlei ‘mechanische’ pijnbehandelingen. “Die vaak ook nog allerlei ongunstige bijeffecten hebben. Ingrepen zijn nooit zonder risico.”

Wat Lieverse betreft zouden er meer multidisciplinaire pijnpoli’s moeten komen voor mensen met chronische pijn. Op zo’n poli kijkt niet alleen een pijnspecialist naar wat iemand nodig heeft, maar bijvoorbeeld ook een psycholoog, een fysiotherapeut, een revalidatiearts en een gespecialiseerd verpleegkundige. Volgens de arts worden veel pijnpoli’s nu alleen bemand door een pijnspecialist.

Ziekenhuizen en zelfstandige klinieken bieden trouwens wel steeds vaker aanvullende behandelingen bij pijn aan, zoals trainingen in ontspanningsoefeningen en therapieën die medisch gezien niet ingrijpend zijn. De Sint Maartenskliniek in Nijmegen, gespecialiseerd in aandoeningen op het gebied van houding en beweging, gebruikt virtual reality bij patiënten die net geopereerd zijn. Een bril waarin een filmpje wordt afgespeeld, met bijvoorbeeld natuurbeelden, leidt volgens de kliniek direct af van pijn. Ook bij kinderen blijken filmpjes, al dan niet via een vr-bril, afleidend te werken bij pijnlijke behandelingen.

Dan is er nog de spiegelbehandeling, die op verschillende locaties wordt aangeboden bij fantoompijn – pijn aan bijvoorbeeld een geamputeerd been. Deze behandeling laat zien hoezeer het brein een rol speelt bij het ervaren van pijn: door in een spiegel te kijken, wordt het hersengebied van het geamputeerde been geactiveerd. Het brein trekt als het ware de conclusie dat alles in orde is met zowel het aanwezige als het afwezige been, waardoor de pijn afneemt.

En wat als je elke dag pijn hebt, maar nog niet of niet meer behandeld wordt? “Zorg dat je wat kunt ontspannen en ergens plezier aan beleeft”, adviseert Lieverse. “Stel daarbij realistische doelen: onderneem dingen die bij jou passen en in zo’n mate dat ze niet de pijn doen opvlammen. Ga je toch naar een arts, laat de behandeling dan niet volledig over aan hem of haar, maar ga ook zelfbewust en actief met je situatie om en met de omstandigheden waarin je leeft.”