

Overpeinzingen over pijn

© Ingrid Mehrrens

*Naar het leven,
dat de plaats van pijn is...
(Bhagavad Gita)*

Inleiding

Op 22 september 2006 nam prof. dr. Ben Crul afscheid als hoogleraar pijnbestrijding aan het UMC St. Radboud te Nijmegen. De titel van zijn afscheidsrede was: 'Neemt u maar een paracetamolletje'. Enkele dagen voor het afscheid hoorde ik Crul in een kort radiogesprek vertellen over zijn loopbaan als anesthesioloog en het baanbrekende werk dat hij heeft verricht op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en pijnbehandeling. Internationaal wordt zelfs gesproken over het 'Ben Crul-effect'. Aan pijnbestrijding bij kanker heeft hij een belangrijke bijdrage geleverd, de palliatieve sedatie is daar uit voortgekomen. De kennis over pijn en de bestrijding ervan heeft de afgelopen vijftientig jaar een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Zo'n twintig jaar geleden werd er slechts aandacht aan de signaalfunctie van pijn besteed, met name bij het stellen van de diagnose. Als de pijn niet meer kon worden toegeschreven aan een ziekte of aandoening werd het afgedaan als subjectieve ervaring en daardoor werd de chronische pijnpatiënt vaak bij de huisarts weggestuurd met de mededeling dat hij er maar mee moest leren leven, en het advies om een pijnstillertje te nemen.

De titel van de afscheidsrede raakte mij op een heel speciale manier in mijn hypnotherapeutenhart, en liet mij niet meer los. Mijn persoonlijke geschiedenis met pijn speelde daarbij ook zeker een rol. Ik ben op zoek gegaan naar definities van pijn, en naar de beschrijving, ervaring en behandeling van pijn, met als onderliggende vraag hoe het mogelijk is dat hypnotherapie amper een rol speelt bij de multidimensionale behandeling.

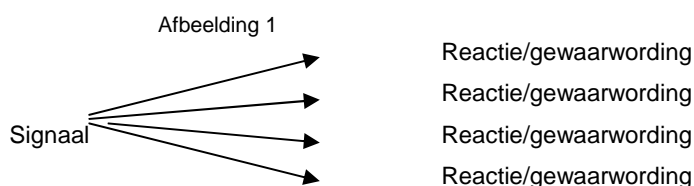
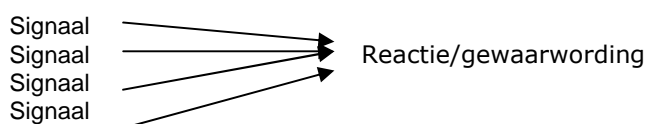
Van alle patiënten die zich bij de huisarts melden benoemt ongeveer 20% pijnklachten. Deze hebben vaak betrekking op het bewegingsapparaat, of houden verband met hoofd- en aangezichtspijn. Pijn die chronisch wordt gaat een centrale plaats in het leven innemen, waarbij het activiteitsniveau afneemt en de persoon geïsoleerd kan raken. In zo'n situatie kan de pijnervaring steeds toenemen. Pijn kan ook psychologisch ontstaan zonder dat er sprake is van weefselschade. Oude religieuze leringen stelden pijn gelijk met het leven zelf, de geciteerde hindoeïstische tekst uit de Bhagavad Gita noemt het leven: 'plaats van pijn. Het woord van de eerste heilige waarheid van de Boeddha stelt dat leven en pijn onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn: 'Geboorte is lijden; verval is lijden; sterven is lijden'. In het oude Egypte en India werd gedacht dat pijn zich in het hart bevond; in Griekenland werd voor het eerst gedacht dat pijngevoelens in de hersenen plaatsvindt. In 200 na Christus bevestigde Galenus deze theorie, door het zenuwstelsel als drager van de zintuiglijke waarneming te benoemen, met als centrum de hersenen. (Dingemans et al, 1999) Over pijnmechanismen bestaan verschillende theorieën, waarbij pijn diverse dimensies kent.

Pijn als verschijnsel

In de hedendaagse literatuur wordt pijn beschreven als multidimensionaal verschijnsel, dat wil zeggen dat er verschillende aspecten en invalshoeken een rol spelen.

De relatie tussen trauma en de ervaren pijn loopt niet parallel. Je zou verwachten: hoe meer signalen/prikkels, hoe meer pijn. Dat is echter niet zo, er is geen één op één relatie. De relatie tussen prikkel en pijn is veel complexer, er blijken tussenstations te bestaan tussen prikkel (stimulus) en reactie (respons) die als een soort volumeknop werken. De volgende voorbeelden kunnen dat illustreren:

- Een danser die tijdens een voorstelling een enkel breekt of kneust merkt dit pas na afloop. Door de afleiding van de aandacht geven veel signalen op dat moment weinig of geen reactie. (afb. 1)



Afbeelding 2

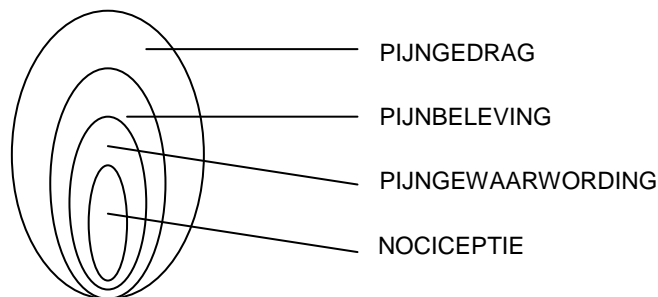
- Een kleine verwonding kan enorm veel pijn geven, zoals een splinter, sneetje in vinger of een likdoorn. (afb. 2)
- Bij een verstuiking kan de pijnervaring over de dag heen veranderen, de weefselbeschadiging blijft hetzelfde.
- Eenzelfde operatie wordt door iedereen heel verschillend ervaren.

Pijn is dus in ieder geval een signaal met als doel een lichaamsdeel te ontzien of lichamelijke beschadiging te voorkomen, zoals bijvoorbeeld de reflex bij het aanraken van een heet strijkijzer. De pijnsignalen worden in het zenuwstelsel doorgegeven naar de hersenen volgens een zogenaamde 'ketenstrategie', de nociceptieve keten. De medisch-technische term voor pijngewaarwording is *nociceptie* (afgeleid van de Latijnse werkwoorden *nocere* = beschadigen, en *capere* = nemen).

Die keten kun je vergelijken met de manier waarop vroeger brand werd geblust door een lange keten van mensen die emmers water doorgaven vanaf de dichtstbijzijnde put of sloot naar het brandende pand, waar de laatste in de rij

het water in de vlammen gooide. Elke gewaarwording – pijn, temperatuur, druk, aanraking, gehoor, gezicht, reuk, evenwicht – maakt gebruik van een keten van zenuwcellen of neuronen, die met elkaar zijn verbonden om informatie over te brengen van het zintuiglijk orgaan naar de bewuste hersenen.

Pijn kan acuut of chronisch zijn. De acute pijn heeft een duidelijke prikkel-pijn relatie. De chronische pijn ontstaat vaak vanuit acute pijn en wordt algemeen aangeduid als pijn die langer dan zes maanden aanhoudt. Fantoempijn ontstaat door een communicatieprobleem in de keten. Door verdraaide signalen door te geven worden schijnsignalen doorgegeven aan de pijncentra in de hersenen. Nadat veel valse informatie is doorgegeven ervaart de bewuste geest alleen nog maar constante pijn, bijvoorbeeld in een lichaamsdeel dat geen zintuiglijke signalen meer kan doorgeven of er zelfs helemaal niet meer is. Iemand kan een brandende pijn voelen in een voet die jaren eerder is geamputeerd; vandaar de naam fantoempijn, een pijnlijk spook. (*De medische benaming is desafferentatiepijn.*)



Afbeelding 3 -: Model van Loeser

Er zijn verschillende modellen voor de uitleg en benadering van pijn. Het *medische* model stelt dat pijn ontstaat door een beschadiging. Het *psychologisch* model stelt dat pijn een vorm van gedrag is; zonder dit gedrag is het niet duidelijk dat iemand pijn ervaart. Samen geven deze modellen een breed inzicht, aspecten die niet volgens het medisch model verklaard kunnen worden kunnen dat wel volgens het psychologisch model en andersom. Het model van Loeser (zie afbeelding 3) bestaat uit vier cirkels die samen de pijn voorstellen, dat wil zeggen: alles wat plaatsvindt waaruit je kunt afleiden dat er sprake is van pijn. (Dingemans, 1999)

Omschrijvingen van pijn

Pijn is een onderwerp met een geschiedenis zo oud als de mensheid en een grote bekendheid. Iedereen kan ermee te maken krijgen, pijn discrimineert niet. Toch valt het niet mee om pijn te beschrijven en na enig rondvragen kan ik concluderen dat iedereen er een andere beschrijving van geeft. De pijnervaring is dus subjectief.

De gehanteerde definitie is: *'Pijn is een onplezierige, sensorische en/of emotionele ervaring, die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging, of die beschreven wordt in termen van dergelijke beschadiging'*. (Intern. Ass. for the Study of Pain)

Het 'onplezierige' eist aandacht op en kost energie, het heeft invloed op gedachten en gedrag; 'sensorisch' wil zeggen dat je het in je lichaam merkt, het is een fysiologisch proces; 'emotioneel' betekent dat pijn tevens een emotie is; 'feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging' geeft aan dat de weefselbeschadiging via medische technieken soms vastgesteld kan worden en soms niet, terwijl het wel voelbaar is. Daarom is de volgende definitie minstens zo belangrijk: *'Pijn is wat de patiënt zegt dat het is; het treedt op wanneer hij/zij het zegt; pijn is gelokaliseerd daar waar de patiënt het aanwijst en is zo intens als hij/zij het aangeeft'*. (McCaffery) (Bron: www.pijn.com)

Een illustratie van het subjectieve van de ervaring komt uit een van de fabels van Toon Tellegen (2000).

De dieren in het bos zitten aan de rivier en wisselen gevoelens van pijn uit. De bij heeft soms pijn in zijn angel en de wesp in zijn middel. De walrus verzucht over zijn af en toe bonzende snor, en de schildpad heeft pijn aan zijn schild, vooral als hij 's ochtends vroeg op reis moet. Het hert voelt wel eens een brandende pijn in zijn gewei en de slak kent kramp in zijn steeltjes, terwijl het nijlpaard vertelt over kiespijn. De dieren voelen met elkaar mee.

Dan zegt de mier ineens: "Ik heb nooit pijn". Het wordt heel stil, iedereen kijkt de mier met grote ogen aan. "Pijn is onzin", zegt de mier. Iedereen zwijgt en denkt aan zijn pijn en vraagt zich af of die pijn wel echt was en geen onzin. "Scheuten," zegt de mier na een tijd zachtjes, "die heb ik wel eens. Als jullie dat pijn willen noemen, dan vind ik het goed."

De mens kan onderscheid maken tussen de vijf zintuiglijke waarnemingen en pijn. De mens kan ook de intensiteit, plaats, kwaliteit en het patroon van de pijn bepalen. Vanuit de medische dimensie wordt de representatie van de patiënt uitgebreid op verschillende schalen in kaart gebracht en daarvoor bestaan verschillende (o.a. diagnostische) modellen die voornamelijk gericht zijn op fysiologische processen. De psychologische dimensie houdt zich voornamelijk bezig met de gedachten en gevoelens die een rol spelen in de pijnsituatie. De pijn roept ook emoties op, deze kunnen leiden tot verdriet, angst, woede en depressiviteit. Coping gaat een grote rol spelen bij het leven met aanhoudende pijn en beperkingen.

De psychologische aspecten van pijn

Naast lichamelijke processen spelen gevoelens, gedachten en gedrag een grote rol bij pijn. Deze aspecten worden in kaart gebracht aan de hand van het SORC-schema:

Stimulus → **O**rganisme → **R**espons ← **C**onsequenties

Het lichaam (O) wordt geprikkeld door een stimulus (S) en geeft een Respons: pijn. Het gewaarworden en beleven van de pijn (zie ook model van Loeser) geeft reacties in contact met de omgeving (C).

Deze sociale factor speelt een grote rol in het hele verhaal van de persoon met pijn. De sociale contacten, gezinsrelaties, werksituatie, alles wat samenhangt met de sociale omgeving van de pijnpatiënt wordt erdoor beïnvloed. De persoon is vaak bezorgd en angstig en praat ook over de pijn en die bezorgdheid. Vanwege de subjectieve aard van pijn is het niet eenvoudig voor de omgeving om empathisch te (blijven) reageren.

Chronische pijn is een invaliderend symptoom dat de levenskwaliteit sterk vermindert. Dagelijkse handelingen worden een probleem en mensen raken vaak geïsoleerd. Meer dan de helft van de patiënten voelt zich voortdurend vermoeid, zo blijkt uit een Vlaams onderzoek. Een even hoog percentage ervaart door de pijn concentratieproblemen.

Pijnpatiënten verliezen gemiddeld zo'n zestien werkdagen omdat de pijn hen belemmert in hun handelen en denken. Eén op zes verliest echter vroeg of laat zijn baan. Dat maakt pijn ook tot een maatschappelijk probleem. Eén op vijf is depressief en 40 % voelt zich ouder dan de werkelijke leeftijd en verklaart niet langer in staat te zijn om voor zichzelf en voor anderen te zorgen. Eén op de drie patiënten herinnert zich niet meer hoe het leven was zonder voortdurende pijn en één op de zes geeft aan ondraaglijk te lijden en liever te sterven. Soms wordt het gepieker over de pijn een grotere kwelling dan de pijn zelf. In tegenstelling tot acute pijn die spontaan herstelt na rusten of het nemen van een gewone pijnstillers helpen deze middelen niet altijd meer bij chronische pijnpatiënten.

Er zijn verschillende psychologische theorieën over chronische pijn.

Cognitieve benadering: stoornissen in het cognitief functioneren zijn de oorzaak.

Leertheorieën: deze twee theorieën, de operante- en sociale-, gaan uit van een vorm van aangeleerd gedrag.

Trektheorie: deze laatste theorie gaat ervan uit dat mensen met chronische pijnklachten andere persoonlijkheidseigenschappen of –trekken (Traits) hebben dan mensen met acute- of geen pijn.

De factoren in het SORC-systeem hebben onderling grote invloed op elkaar. Het blijkt belangrijk te zijn de verschillende aspecten uit elkaar te halen om de eventuele negatieve spiraal te ontcrachten waarbij bijvoorbeeld pijn en depressiviteit elkaar in balans kunnen houden. Iedereen reageert anders op stress of schadelijke prikkels, als de reactie met pijn geassocieerd wordt kan het inderdaad pijn opleveren.

Het blijkt niet zo eenvoudig te zijn om het verschil tussen *pijn* en *lijden* te benoemen, deze begrippen worden vaak door elkaar gebruikt.

In zijn boek *The Problem of Pain* onderzoekt C.S. Lewis (*vriend van Tolkien en schrijver van Narnia*) de samenhang tussen religie en pijn. Lewis is theoloog en hij veronderstelt dat, als de almachtige schepper een wereld zou hebben geschapen zonder pijn, de mensen zo in beslag genomen zouden worden door plezier en vermaak, dat we geen moment stil zouden staan bij onze schepper, en geen enkele reden zouden hebben hem te loven. 'Pijn is de hemelse megafoon waardoor God tot ons spreekt en ons oproept aandacht aan hem te besteden'. Pijn is een biologisch gegeven, maar lijden komt voort uit cognitief bewustzijn. Dit ligt ook ten grondslag aan het concept van de hel, een situatie van eeuwig lijden. Dat lijkt overigens wel op de angst van chronisch pijnpatiënten, dat de pijn nooit zal ophouden. (Vertosick, 2000)

Het gebruiken van pijniging als straf en machtsmiddel hangt nauw met deze opvattingen samen, en het morele aspect – vaak gebaseerd op religieuze gebruiken en voorschriften, vroeger de wet – speelt daarbij een grote rol.

In verband daarmee verzetten verschillende religieuze groeperingen zich in de negentiende eeuw tegen de toepassing van anesthesie vanuit de gedachte dat het Gods wil was dat de mens zou lijden.

Geschiedenis van de medische pijnbestrijding

Hoewel het gaat om vreselijke zaken is het gemakkelijk om te lezen hoe de geschiedenis van de anesthesie is verlopen. Vertosick (2000) beschrijft dat in *Pijn, de wetenschap van het lijden*. In de tijd dat een chirurg barbier, marskramer of slager was had hij geen deskundigheid en ervaring nodig, slechts een paar sterke assistenten om de patiënt vast te houden en een sterke maag om het geschreeuw te kunnen verdragen. Er werden ingrepen gedaan die snel konden worden verricht; opereren in de borstkas, het hoofd of de buik was onmogelijk. De eerste pogingen tot algehele verdoving bestonden uit het dichtknijpen van de keel, waarbij de patiënt het bewustzijn, maar soms ook het leven verloor (Assyriërs). Sommige beschavingen gaven de patiënt een slag tegen het hoofd, een praktijk die vandaag de dag alleen nog in strips en tekenfilms wordt toegepast. Men gebruikte bedwelming met hennep of hasjiesj, opium of wijn. In de Middeleeuwen werd ook een spons, in medicinale kruiden gedrenkt, op het gezicht van de patiënt gehouden. Een Franse chirurg had de methode om een vrouw zó te beledigen totdat ze flauwviel om haar daarna snel te opereren.

De moderne geschiedenis van de anesthesie begint met de apotheker Priestly. Hij vervaardigt het eerste verdovingsgas (di-stikstofdioxide), hoewel hij het niet voor medische doeleinden gebruikte. Het werd een modieus roesmiddel voor de rijken, die het al snel lachgas noemden. Rond 1840 werd naast lachgas ook ether gebruikt (ook eerst genotsmiddel), en later chloroform. Vluchtige stoffen zijn brandbaar en kunnen ontploffen, zodat de operatiekamer een gevaarlijke omgeving werd. Toen de elektriciteit in de operatiepraktijk doordrong moest plaats worden gemaakt voor veiliger gassen; deze zijn bijna een eeuw lang gebruikt en hebben veel lijden verlicht. De volgende stappen bij de algehele anesthesie was controle over de ademhaling, meten van de bloeddruk en registratie van het hele verloop. Dit protocol, uitgedacht door Cushing, wordt heden nog grotendeels gevolgd. In 1860 werd voor het eerst cocaïne vrijgemaakt uit de cocaplant, zo'n dertig jaar later werd dit toegepast als verdovingsmiddel.

Hoe de pijn wordt verlicht door een verdovingsmiddel is niet helemaal bekend. Bij plaatselijke verdoving is dat wel duidelijk, maar de middelen voor algehele anesthesie beïnvloeden de hersenen, en de werking blijkt moeilijk te verklaren. Stoffen als barbituraten leggen alle zenuwcellen van de hersenen tegelijk stil. Stoffen als ether maken de slaaptoestand los van de wekmechanismen. De dissociatieve middelen, zoals ketamine, maken de patiënt los van zijn pijn en zijn het meest mysterieus, ze kunnen de pijn zelfs geheel doen vergeten.

Het Schaduwland van de pijn, sociale aspecten

Er bestaan gruwelijke pijnklachten, waarbij mensen krimpnd, hinkend en brakend van de pijn door het leven moeten gaan. Het moeilijkst te behandelen daarbij zijn zij die ogenschijnlijk geen aandoening hebben. De literatuur beschrijft het leven van deze mensen als hel, of schaduwland. Soms zijn er (kleine) ongelukjes of traumatische gebeurtenissen als verondersteld begin aan te wijzen, soms is er geen enkele aanwijzing. Uit de publicaties van Crul blijkt dat er pas de laatste dertig jaar serieus werk gemaakt wordt van pijnbestrijding waarbij de pijn als een op zichzelf staand fenomeen wordt benaderd. Het is opvallend dat verschillende onderzoeken over pijn zijn beschreven door ervaringsdeskundigen, (de neurologen Oliver Sachs en Frank Vertosick, beiden, net als ik, levend met migraine) het kan dus ook een motivatie zijn. Hoofdpijn is een van de meest voorkomende klachten van de gezondheid en volgens Ferrari (1999) een echte 'volksziekte', hoewel hoofdpijn wordt beschouwd als symptoom. Dat kost veel geld, niet alleen aan medicatie maar ook in werkverzuim. Onbegrip en miskenning van de omgeving, gebaseerd op vooroordelen, spelen een belangrijke rol. Tenslotte kunnen we de pijn van een ander niet zien, voelen, ruiken of aanraken, we zien alleen de schaduw die een chronisch pijnsyndroom over het leven kan werpen.

Behandelwijzen, medisch en paramedisch

Vandaag de dag is er veel aandacht voor pijnbehandeling. Er zijn geen objectieve metingen te verrichten, wel kwantitatieve methoden (zoals de schaal van Borg van 0 -10). Er zijn vele, zeer gespecialiseerde en uiteenlopende interventies mogelijk. Het spreekt voor zich dat fysiotherapie bij pijn aan het bewegingsapparaat een grote rol speelt. Ook op farmaceutisch gebied worden de middelen steeds verfijnder en deze kunnen iemand soms het gevoel geven dat hij zijn leven heeft teruggekregen. Ik, en vele hoofdpijnpatiënten met mij, heb dat ervaren in 1991 met de komst van de triptanen. Op de specifiek medische pijnbehandeling zal ik in dit bestek verder niet ingaan.

Multidisciplinaire behandeling

Tegenwoordig zijn er veel plaatsen waar de chronische pijnpatiënt terecht kan. Alle academische ziekenhuizen hebben wel een pijnkliniek, en er zijn daarnaast meerdere pijnkenniscentra door het hele land. Een goed overzicht is te zien op www.pijnplatform.nl. Er zijn patiëntenverenigingen en internationale links. De specialistische zorg komt van psychologen, anesthesiologen, neurologen en fysiotherapeuten. Er zijn verschillende studiecentra (zelfs van de Verenigde Naties) die aantonen dat er veel aandacht wordt besteed aan chronische pijn en alles er omheen. Het oude biomedische model is verbreed tot het biopsychosociaal model. In de volksmond gaat het dan alweer snel over: *tussen de oren*, maar vanuit het voortschrijdend integraal medisch denken is het een goede ontwikkeling.

Als voorbeeld van de benadering van een pijnteam belicht ik het multimodaal reconditio-neringsprogramma van het Pijn Kennis Centrum De behandeling richt zich op herkaderen van de pijnervaringen, door de cliënt inzicht te geven in alle factoren die een rol spelen. Er worden mentale, fysieke en sociale vaardigheden aangeleerd waardoor beter is om te gaan met de pijnklachten. Het verbeteren van de zelfredzaamheid staat voorop en het doel daarbij is het vergroten van controle op de eigen klachten en daarmee het eigen leven.

Een grove indeling van de mogelijke onderdelen is:

1. **Medisch/lichamelijk** deel (arts, fysiotherapeut, ergotherapeut)
2. **Ontspanning** (psycholoog, fysiotherapeut), bestaand uit:
 - ontspanningstraining (Jacobson), autogene training e.d.
 - biofeedback
 - zelfhypnose

Maastricht. (Het hele programma is na te lezen en te downloaden via www.pijn.com)

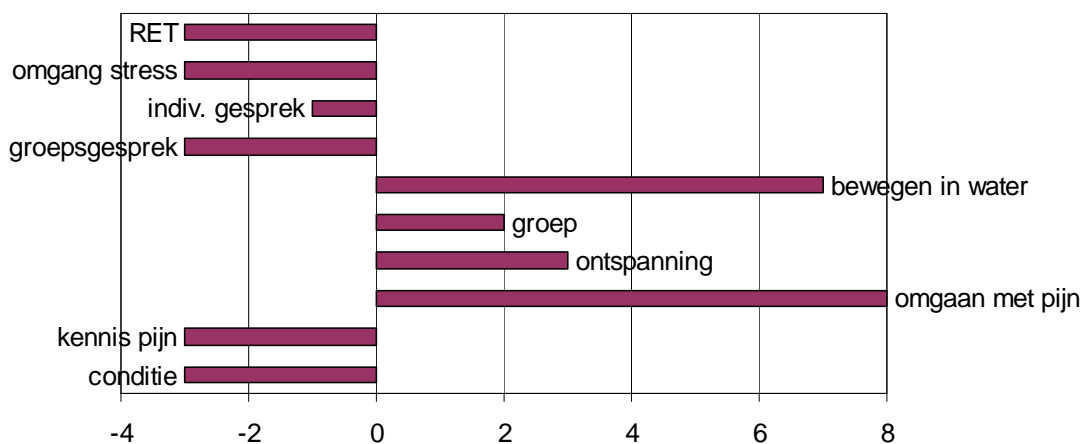
3. **Structurende therapieën** (arts, psycholoog, gedragstherapeut, psychotherapeut, psychosociaal therapeut, maatschappelijk werkende), bestaand uit:

- voorlichting
- gedragsverandering
- allerlei gedragstherapeutische trainingen, w.o. assertiviteit en RET
- rollenspel

4. **Partnerbegeleiding** (arts, psycholoog, gedragstherapeut, psychotherapeut) bestaand uit:

- gedragsverandering
- gezins- en relatietherapie (systeem).

Er is geïnventariseerd welk onderdeel van het programma als meest helpende factor is ervaren. Dat is grafisch in kaart gebracht. Een negatieve score ontstaat als meer mensen de factor als negatief beoordelen dan als positief. Duidelijk zichtbaar is dat de cliënt vooral de ontspanning en het lotgenotencontact waardeert.



Complementair behandelen

We kunnen constateren dat bij de chronische pijnpatiënt het specifiek medisch handelen geen significante rol meer speelt; de cliënt is 'uitbehandeld'. Het hoofddoel van multidimensionale behandelprogramma's is niet pijnvermindering maar kwaliteit van leven. Het ICDH-model brengt globaal de werkwijze van revalidatie in kaart.

Ziekte → Stoornis → Beperking → Handicap

Het probleem is dat er geen lineaire relatie bestaat tussen stoornissen, beperkingen en handicaps. Met name bij chronische klachten kan de cliënt zeer goed terecht in het complementair circuit, waarbij benadrukt moet worden dat regelmatig contact met de huisarts aan te bevelen is, vooral waar de chronische situatie is voortgekomen uit een acute aandoening.

Haptonomie, acupunctuur en alle verdere lichaamsgerichte therapieën kunnen een belangrijke rol spelen bij de behandeling. De

acupunctuur kan de 'ketenstructuur' van de pijn onderbreken. Goede (orthomoleculaire) voeding kan bijdragen tot het versterken van de weerstand en de veerkracht. Alle oefeningen, gebaseerd op vergroten van lichaamsbewustzijn, zijn helend en belangrijk voor het contact met het lichaam. Ook in de homeopathie krijgt de cliënt zeer veel aandacht en zorg, terwijl de therapie het contact met het eigen organisme sterk kan bevorderen. Toch kan de cliënt met het chronisch pijnsyndroom toe zijn aan een totaal andere aanpak waarbij de dialoog met de pijn en/of het lijden wordt aangegaan. Ontspanning is van groot belang, maar Jacobson (aanspannen – loslaten) is bij pijn niet altijd een goede keuze. Naar mijn mening is het van het grootste belang contact te leggen met: de cliënten binnen de cliënt'.

Hypnotherapie

Met de cliënten binnen de cliënt bedoel ik de verschillende lagen.

De bewustzijnsniveaus, persoonlijk en transpersoonlijk: het bewuste, het onbewuste en het transpersoonlijke. Vanuit deze niveaus kunnen

nog ontelbare egostates (deelpersoonlijkheden) naar voren komen. Door de eclecticische werkwijze is hypnotherapie bij uitstek geschikt om ééruzijds binnen de multidisciplinaire benadering een plek te vinden terwijl anderzijds de therapeut binnen de eigen praktijk de multimodale benadering kan hanteren.

Over methodiek bij werken met chronische pijn is veel literatuur. Daarbij kan werken met ontspanning, gedragsverandering en begripsvorming aangeboden en onderscheiden worden. Vele begaafde therapeuten/zorgverleners (psychologen, pedagogen, verpleegkundigen, tandartsen, artsen, fysiotherapeuten, natuur-geneeskundigen) hebben in de loop van de afgelopen veertig jaar eigen technieken ontwikkeld bij gebrek aan aanbod. Met de basis in de Verenigde Staten werd door de pioniers op dat gebied de eclecticische werkwijze ontwikkeld.

Erickson bedacht de 'Intersersal Technique', dat wil zeggen het hier en daar strooien met trance-inducerende opmerkingen, waarna hij langzaam begon met het verspreiden van suggesties. Hij weefde en mengde deze opmerkingen (wat wij nu hypnotisch taalgebruik noemen) tussen de meest wonderlijke verhalen door, en benoemde daarbij de coping strategieën waarover de cliënt had verteld. Overigens was Erickson ook degene die in 1932 observeerde dat patiënten tijdens een operatie een bepaalde mate van bewustzijn behielden, en de conversatie van de artsen in de operatiekamer volgden. Nadat onderzoek dat inderdaad uitwees begonnen tussen 1960 en 1970 in de USA sommige anesthesisten en chirurgen tijdens de narcose positieve posthypnotische suggesties te geven over snel herstel, vrij van pijn en complicaties.

Uit dezelfde tijd stamt de methodiek om de cliënt met hypnotherapie te ondersteunen bij de voorbereiding op een chirurgische ingreep, waardoor dus pre- en postoperatief werd gewerkt met suggesties (door artsen) op vrij grote schaal. (D.C.Hammond et al: Hypnotic Suggestions & Metaphors, hfdst. 4, Hypnoaesthesia, blz. 85 t/m 108)

In Hammond staan vele technieken voor behandeling bij pijn beschreven. Overigens geeft Hammond aan dat de hypnotherapeut niet in een vacuüm dient te werken, het multidisciplinaire team ziet hij als ideaal.

Er zijn vele beschrijvingen van imaginaties waarbij overbrenging een rol speelt. Het overbrengen van warmte van een hand op de pijnlijke buik, een koele hand op het warme pijnlijke hoofd, visualiseren dat je in de sneeuw loopt, of juist in de zon. Deze technieken zijn ons allen goed bekend, en diegenen onder ons die werken met ernstig zieke cliënten maken er veel gebruik van. Ook het werken met de prettige of veilige plek wordt geregeld benoemd.

Erickson gaf aan dat als een kind (acute) pijn heeft, het dit ervaart als een totale pijn. Uitzoeken wat precies de pijnplek is maakt het makkelijker om de pijn te beïnvloeden, omdat dan immers de rest van het lichaam geen pijn voelt. Daarna is een desensitisatie de aangewezen manier om de pijn aan te gaan pakken.

Het focussen van Gendlin is in dit verband ook een goede methode omdat het 'ervaren gevoel' vaak zeer verrassende boodschappen kan hebben voor de cliënt en het is een hele directe manier van bewustwording. De eerste stap van het focussen, het maken van ruimte, is bijzonder belangrijk en kan als een op zichzelf staande methode worden gezien bij werken met chronische pijn.

Uijtenbogaardt ontwikkelde methodiek voor werken met pijn bij kinderen, in de tijd dat zij als pedagogisch medewerker in een ziekenhuis werkte. Zij paste ontspanningsoefeningen aan zodat ze voor kinderen geschikt werden. Zij gebruikte een oefening waarbij zij kinderen vanuit de pijn iets liet visualiseren waarmee gewerkt kon worden, zoals een dier of een kleur. Dan kon met verdere metaforen en imaginaties verjaagd of veranderd worden, of de ene kleur kon de andere veranderen. Dit werkte als een pijnveranderings-techniek waarin de hoedanigheid van de pijn kan worden omgezet in een vorm; grootte; kleur; een tactiele hoedanigheid. Door in trance op te laten komen hoe deze tactiele vorm veranderd kan worden kan ook de pijn veranderen en verminderen.

Soms veroorzaken kleine neuronengroepen (bij kinderen, in dromen of hallucinaties of bij hevige emoties) een bewustzijn dat verschilt van de normale bedachtzame toestand. Wij noemen dat dissociatie. De passie van het opgaan in het moment kan dat ook teweegbrengen, zoals bij muziek, dansen en sport. Het vrij kunnen manipuleren van zulke groepen kan de mens in staat stellen om de geest te laten heersen over de materie.

De Amerikaanse circusartiest Jim Rose komt aan de kost door gewichten aan zijn tong te hangen, strijkijzers aan zijn tepels rond te zwaaien en zijn gezicht in glasscherven te duwen. Kennelijk weet hij een geestestoestand te bereiken die hem in staat stelt om pijn uit zijn bewustzijn te weren. Hij beschrijft zijn gedachteproces tijdens een stunt: 'Ik denk aan een zwembad met heerlijk warm water waar ik tot mijn nek in zit; alles heel lekker warm en ontspannen. Ik voel geen pijn, dat heb ik teruggebracht tot een klein ongemak. (...) Als ik 's nachts mijn teen stoot tegen het bed schreeuw ik net zo hard als jij, omdat ik het niet verwacht en mijzelf niet in het warme water heb ondergedompeld.'

De fysiologische verklaring hiervoor is, dat Jim van tevoren een grote dominante neuronengroep vormt, die de vorming van concurrerende groepen bemoeilijkt. (Bron: BBC/ Brain Story, 2000)

Mijn eigen ervaring met pijn is zo oud als ikzelf. De pijn is een ruimte waarin ik mij bevind, een beperking, want ik kan mij niet goed bewegen en alle zintuiglijke ervaringen worden enorm vergroot. Toch zijn daar bepaalde sensaties, kleuren, geuren en geluiden, die heel bekend en vertrouwd zijn. Als ik een tijdje in die ruimte ben, verander ik langzaam van vorm, tot ik er door een uitgang uit kan. Daarbuiten bestaat geen pijn, en vooral als

kind beleefde ik daar allerlei avonturen en zag wonderlijke dingen. Inmiddels is mij de migraineaura bekend, die tot specifieke hallucinaties kan leiden. Het verbaasde me niets toen ik er achterkwam dat het boek: *Alice in Wonderland* tot stand kwam vanuit de migraineaura van Lewis Carroll, ik herkende het als kind meteen en was verrukt over het boek.

Ik weet door het werken met pijncliënten dat voor iedereen die ruimte bestaat waarbinnen je kunt transformeren tot je in die andere dimensie kunt uitrusten en bijkomen, lichter worden (pijn is zwaar), en magische belevingen ervaren. Het lijkt op de visuele brug van de zogeheten 'prettige plek' maar is het niet; ik heb het altijd ervaren als een totaal samenvallen van alle zintuigen, een soort implosiebrug.

Werken met delen (egostates) is een goede manier om met het lijden in contact te komen. Dat kan in regressie uitmonden, of inzichten vanuit andere levens of vanuit een wetend veld. De casuïstiek is er duidelijk over, er zijn talloze voorbeelden waarbij 'de boodschap' wordt vernomen en de pijn wegblijft, zelfs bij fantoompijn. Soms lijkt het of er ergens een knopje is blijven hangen. Dr. Phil McGraw heeft soms mooie kernzinnen, zoals: 'Soms begint iets om één reden, en zet het zich voort om een andere'. Dat lijkt vaak van toepassing te zijn bij chronische aandoeningen.

Door het aanspreken van verschillende bewustzijnslagen is het mogelijk er achter te komen wat er nou eigenlijk nog gehoord moet worden en vaak kan er met succes onderhandeld worden.

Placebo-effect in het kort

Bij medisch onderzoek doet men er alles aan het placebo-effect uit te schakelen. Vanuit de psychologische invalshoek lijkt het beter ernaar te streven het placebo-effect in te schakelen. We spreken in dat geval van klassieke conditionering, van helen van het lichaam door de geest. Sinds de psychoneuro-immunologie (Ader et al) en de nieuwe integrale aanpak (in Nederland nog mondjesmaat) van de Body-mind benaderingen begint in geneeskundig onderzoek langzaam plaats te komen voor *experience-based* naast *evidence-based* resultaten.

Theo Compernelle (1999) stelt dat er altijd sprake is van een placebo-effect. "Bij welke kwaal men ook behandelt, altijd is er een grote groep mensen die evenveel baat heeft bij het placebo als bij de echte pil. Als jong arts intrigeerde me dit fenomeen; als we 50% resultaat boeken met een placebo in een situatie waarin we alles doen om dat effect uit te schakelen, wat zou er dan gebeuren als we het met maximale overtuiging en suggestie voorschrijven? Mijn hoogleraren weigerden elke discussie, men vond het niet ethisch", aldus Compernelle. (In: Prana nr. 115)

© Ingrid Mehrrens

Dit artikel werd gepubliceerd in de Teth, tijdschrift over educatieve en therapeutische hypnose, 22^e jaargang, 2006 nr. 4, en bewerkt op 20 december 2009