

DOOR NATHANIEL FRANK:

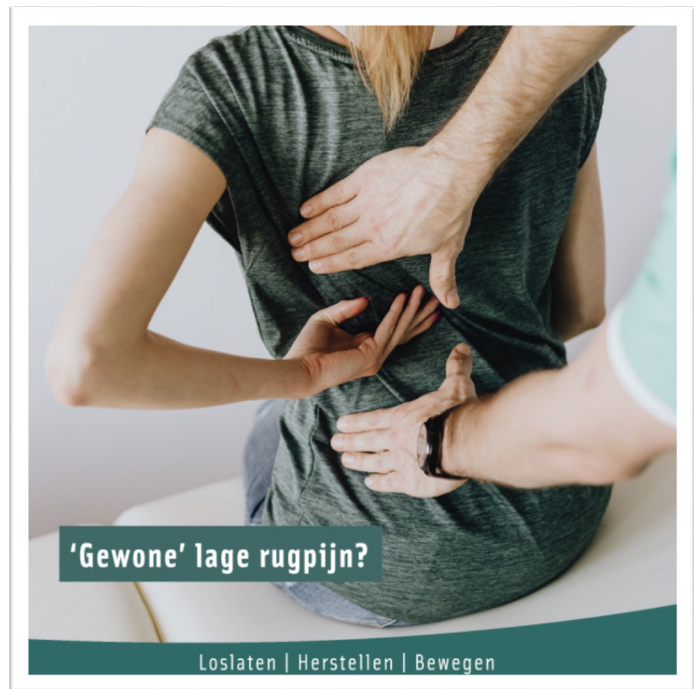
Als chronische pijnlijder verras ik mensen soms door te vertellen dat mijn pijn geen lichamelijke oorzaak heeft. Het is een kwestie van lichaam en geest, zeg ik, gerelateerd aan stress en emoties. Voor velen klinkt dit als toegeven dat ze een beetje gek zijn. En als ik de lat nog hoger leg door te suggereren dat zij waarschijnlijk ook dit soort pijn hebben gehad, worden sommigen ronduit boos en interpreteren ze mijn woorden als de betekenis van hun pijn 'die zit allemaal in hun hoofd'.

Dit alles maakt een nieuwe studie gepubliceerd in de Journal of Pain tot een groot probleem. Het biedt robuust bewijs dat de overgrote meerderheid van de gevallen van chronische rug- en nekpijn – een van de meest voorkomende chronische pijnklachten – voortkomt uit de geest, ondanks het feit dat de meeste diagnoses een fysieke oorzaak noemen, zoals uitpuilende tussenwervelschijven of sporen van botten.

[In het nieuwe onderzoek](#)
beoordeelden artsen 222

opeenvolgende pijnpatiënten in een orthopedische zorgkliniek in Louisiana – iedereen die kwam opdagen, zolang ze maar een vragenlijst konden invullen. Slechts 12% vertoonde aanwijzingen dat een structureel probleem de oorzaak van hun pijn was. Aan de andere kant had 88 procent wat de onderzoekers 'primaire pijn' noemen, wat verwijst naar symptomen die worden gegenereerd door neurale circuits in de hersenen in plaats van door 'structurele' schade aan het lichaam.

Op basis van dit onderzoek en eerder onderzoek zijn de auteurs van mening dat een proces in de hersenen de niet-structurele pijn initieert. De sensaties kunnen de resterende pijn zijn van een lichaamswond die genas maar de hersenen niet op de hoogte bracht. Of de hersenen kunnen pijn hebben veroorzaakt zonder enig letsel, misschien in een poging de patiënten te beschermen tegen emotionele wonden door hun aandacht in plaats daarvan met fysieke sensaties bezig te houden.



De rol van de hersenen en emoties bij het veroorzaken van pijn is al lang bekend en is gevalideerd door neuroimaging die aantoonde dat de hersenen fysieke pijn en emotioneel leed in dezelfde regio's verwerken. Observatiestudies geven aan dat mensen meer pijn voelen wanneer ze worden geprikkeld met negatieve emotionele stimuli. En aanvullend onderzoek heeft aangetoond dat therapeutische interventies die patiënten helpen hun pijn te begrijpen en te herinterpreteren, de symptomen aanzienlijk kunnen verminderen. De theorie is dat pijn een gevaarsignaal is. Naarmate we ons veiliger en minder bedreigd gaan voelen, schakelen onze zenuwstelsels uit de vecht-of-vluchtmodus en stoppen ze met het afgeven van de pijnsignalen.

Als gevolg hiervan geloven wetenschappers nu dat alle pijn in wezen hersenpijn is. Het idee is dat net zoals de hersenen zintuiglijke ervaringen zoals zien en horen genereren, het ook pijn genereert door onze herinneringen, verwachtingen en emoties te raadplegen, evenals welke fysieke input onze zenuwen ook waarnemen, en pijn te creëren wanneer het bepaalt dat we onder druk staan. bedreiging. Terwijl onze zenuwen sensaties detecteren, zijn het de hersenen die beslissen of we ze als pijn ervaren.

De gevolgen voor de gezondheidszorg zijn ingrijpend. Chronische pijn is een van de belangrijkste redenen waarom mensen medische hulp zoeken. Wereldwijd lijden ruim 1,5 miljard mensen aan chronische pijn, waaronder 50 miljoen tot 100 miljoen Amerikanen. Voor het grootste deel geven deze patiënten miljarden dollars uit aan fysieke behandelingen. Als de oorzaak niet-fysiek is, wordt het geld verspild en neemt het lijden alleen maar toe.

En niet alleen slagen we er niet in de pijn te verlichten, we creëren ook gevaarlijke bijwerkingen, waaronder de opioïden crisis en operaties die misschien niet nodig zijn en patiënten slechter af kunnen maken.

Natuurlijk heeft chronische pijn soms een fysieke oorzaak, en het is van cruciaal belang om onderscheid te maken tussen wanneer dit wel en niet het geval is. Om deze belangrijke uitdaging aan te pakken, hebben de onderzoekers van de Louisiana-kliniek een 'rule-out/rule-in'-diagnosemethode bedacht die breed en nauw zou moeten worden toegepast.

Het proces begint met een grondig patiëntonderzoek en beoordeling van scans om fysieke oorzaken van de pijn uit te sluiten. Er is een nuance: alleen omdat een afwijking – bijvoorbeeld een platgedrukte schijf in uw rug – op een scan verschijnt, is dit niet noodzakelijkerwijs de oorzaak van pijn. Zoals de studie uitlegt, blijkt uit onderzoek herhaaldelijk dat de meerderheid van de mensen zonder pijn soortgelijke afwijkingen vertoont. Met andere woorden: artsen die de

oorzaak van chronische pijn diagnosticeren, moeten zich bewust zijn van de slechte correlatie tussen enge scans en pijn.

Het rule-in-proces maakt verder duidelijk of een patiënt structurele pijn of pijn in het lichaam heeft. Het bestaat uit het nemen van een gedetailleerde geschiedenis van de pijn en het leven van de patiënt. Artsen moeten weten of eerdere behandelingen die structurele oorzaken hadden moeten oplossen, hebben gefaald; of behandelingen die verband hielden met een placebo-respons verlichting brachten; als de geschiedenis van een patiënt aanzienlijke stress of tegenslag bevat; als ze andere aandoeningen hebben die verband houden met oorzaken van het lichaam (hoofdpijn, darm- en blaasaandoeningen, fibromyalgie, chronische vermoeidheid, peesontsteking en meer kunnen dergelijke associaties hebben). En ze moeten weten of de pijn inconsistent is: beweegt deze zich door het lichaam of komt en gaat; wordt het veroorzaakt door biologisch irrelevante stimuli zoals het weer, geuren of geluiden? Deze variabelen komen niet goed overeen met structurele oorzaken.

Het proces klinkt misschien een beetje subjectief, en dat is het ook. Maar niet méér dan welke andere diagnostische benadering dan ook. Geneeskunde is geen exacte wetenschap en artsen moeten handelen op basis van onvolmaakte informatie. "Wij handelen in waarschijnlijkheden", zegt dr. Howard Schubiner, hoofdonderzoeker van de Louisiana-studie en klinisch professor aan het Michigan State University College of Human Medicine. Het gebruik van de zorgvuldige criteria die voor het onderzoek zijn ontwikkeld, biedt een even goed gefundeerde basis voor actie als wat dan ook: "Als er sterk bewijs is dat deze criteria worden gebruikt, kan een arts erop vertrouwen dat wat hij ziet een probleem is tussen lichaam en geest."

Het bestaande medische paradigma gaat uit van een fysieke oorzaak voor de meeste chronische pijn. De bevindingen in het Louisiana-onderzoek suggereren dat dit vaak verkeerd is.

Gelukkig is mijn pijn veel verbeterd na jaren van pijneducatie en goede therapie heeft mijn hersenen geholpen mijn zenuwstelsel te verlagen. Iedereen verdient toegang tot dit nieuwe pijnparadigma. En dat vereist dat er een einde komt aan het stigma dat nog steeds geassocieerd wordt met symptomen van lichaam en geest, en dat we deze moeten begrijpen als een universele menselijke aandoening, en niet als de vele mensen die een beetje gek zijn.

Nathaniel Frank is directeur van het What We Know Project aan het Centre for the Study of Inequality van Cornell University. Hij schrijft een boek over pijn in lichaam en geest, dat zal worden uitgegeven door Mayo Clinic Press.