

# Antenne

ISSN 0772-6627 • Afgiftekantoor Brussel X  
Verantwoordelijke uitgever: Sonja Eggerickx  
Verschijnt driemaandelijks  
2009 - 27<sup>ste</sup> jaargang nr. 1



Pijn

**Kernredactie**

Franky Bussche  
Sonny Van de Steene  
Marina Van Haeren

**Lay-out**

C&L&J GrafiekGroep

De standpunten weergegeven in de bijdragen, vertolken enkel de mening van de auteur en zijn niet noodzakelijk de visie van UVV.

**Abonnementen**

*Antenne* wordt gratis verspreid binnen de Vrijzinnige Gemeenschap

**UNIE VRIJZINNIGE VERENIGINGEN vzw**

Federaal Secretariaat  
Brand Whitlocklaan 87

1200 Sint-Lambrechts-Woluwe

Tel. 02 / 735 81 92

Fax 02 / 735 81 66

E-mail: [cmd.federaal@uvv.be](mailto:cmd.federaal@uvv.be)

**[www.uvv.be](http://www.uvv.be)**

Aan alle geadresseerden van dit tijdschrift vragen wij of de naam en het adres, zoals afgedrukt op het etiket van de voorpagina, correct zijn.

Is dit niet zo, gelieve dan het Federaal Secretariaat schriftelijk of telefonisch te verwittigen.

Reacties op dit nummer kan u steeds doormailen naar [info@uvv.be](mailto:info@uvv.be), deze worden, na overleg en goedkeuring door de kernredactie, geplaatst op de website bij de rubriek 'Reacties' van de desbetreffende *Antenne*.



Lid van de Unie  
van de Uitgevers van  
de Periodieke Pers

CONFORM DE WET TOT BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER TEN OPZICHTE VAN DE VERWERKING VAN PERSOONSgegevens (8 DECEMBER 1992) DELEN WIJ U MEE DAT EEN AANTAL VAN UW PERSOONSgegevens ORGENOMEN WORDEN IN ONS ADRESSENBESTAND. UVV ZAL, ALS HOUDER VAN DIT BESTAND, UW GEGEVENS VERWERKEN IN HET KADER VAN VOLGEND DOELBIND: VERSPREIDEN VAN PUBLICATIES EN INTERNE COMMUNICATIE.

OP SCHRIFTELIJK VERZOEK, GERICHT AAN MEVROUW MARINA VAN HAEREN, SECRETARIS-GENERAAL, BRAND WHITLOCKLAAN 87 TE 1200 SINT-LAMBRECHTS-WOLUWE, KAN U EEN OVERZICHT KRIJGEN VAN DE DOOR UVV OVER U ORGESLAGEN PERSOONSgegevens. ONJUISTE GEGEVENS VERBETEREN WIJ OP UW VERZOEK.



**Mixed Sources**

Productgroep uit goed beheerde bossen  
en andere gecontroleerde bronnen  
[www.fsc.org](http://www.fsc.org) Cert no. SGS-COC-004433  
© 1996 Forest Stewardship Council

# van de Redactie

PIJN. Iedereen kent het, op een of andere manier krijgt iedereen er mee te maken in zijn leven. Pijn wordt meestal als negatief ervaren en daardoor staan we er liever ook niet te lang bij stil, in elk geval niet langer dan nodig. Pijn wordt daarvoor in de persoonlijke beleving alsook in de hulpverlening vaak stiefmoederlijk behandeld. Ten onrechte, zo leert de praktijk van morele bijstand ons, want pijn kan de mens in de kern van zijn bestaan raken. Pijn kan zachtjes deinend aanwezig zijn, als een achtergrondverschijnsel, maar hij kan ook destructief en ontwrichtend werken, confronterend tot op het bot.

Met deze Antenne willen we een bijdrage leveren om deze blinde vlek de aandacht te geven die ze eigenlijk verdient. We willen pijn hierbij in zijn vele gedaantes leren kennen en hebben daarom geprobeerd om de klassieke paden af en toe te verlaten en alternatieve benaderingen ook aan bod te brengen. Een wezenlijk kenmerk van het verschijnsel pijn is natuurlijk zijn diversiteit. Wij kunnen in dit themanummer enkel een selectie bieden van mogelijke gezichtspunten. Laat deze Antenne een uitnodiging zijn om de zoektocht verder te zetten, en stil te staan bij wat pijn voor jou en anderen kan betekenen.

We steken van wal met een uitgebreid oriënterend artikel over pijn door dr **Inge Moerman**. Zij zet uitgebreid en in duidelijke taal uiteen wat de geneeskundige wetenschap ons kan vertellen over pijn, pijnbestrijding en pijnmetingen.

**Het ABC van de pijn** ..... p. 4

Vervolgens gaat dr. **Charlotte Verpoort** dieper in op pijnbeleving en pijnbestrijding bij pasgeborenen en kinderen. Pijnwaarneming verschilt namelijk per leeftijdscategorie en we hadden natuurlijk net zo goed iets kunnen brengen over pijn bij senioren. Wij opteerden echter voor de beleving van kinderen omdat zij de taal nog niet machtig zijn en daarom extra overgeleverd zijn aan de inschatting van volwassenen om een accurate behandeling te krijgen. Een goed begrip van hun situatie is dan ook van het grootste belang.

**Pijnbeleving en pijnbestrijding bij pasgeborenen en kinderen** ..... p. 11

Psychiater **Nicole Ruyschaert** biedt ons een onderbouwde en wetenschappelijke blik op een non-conformistische aanpak van pijnbestrijding. Ze belicht hierbij zowel professionele hypnose als de mogelijkheden van zelfhypnose.

**Hypnose: efficiënte hulp bij pijn. Een kostbare, kostenbesparende therapie!** ..... p. 15

Moreel consulent **Anne-Flor Vanmeenen** (in samenwerking met dr. Louis Ferrant) neemt ons mee op verkenning doorheen de vele lagen van het complexe fenomeen pijn. Ze kaart stap voor stap de verschillende componenten aan die hun invloed zichtbaar of onzichtbaar op pijnbeleving -en uiting laten gelden. **Pijn, een caleidoscopisch zicht op ons veelzijdig bestaan** ..... p. 19

Professor **Walter Verraes** gaat in op enkele morele, filosofische en evolutietheoretische aspecten van pijn. Wat is het nut van pijn? Hoe gaan we om met dilemma's? Kunnen dieren pijn beleven? Enkele korte, losse, prikkelende stellingen om u aan het denken te zetten.

**Enkele reflecties over pijn** ..... p. 25

**Magali de Jonghe**  
moreel consulent PCMD Brugge

**Anne-Flor Vanmeenen**  
moreel consulent CMD Roeselare

**Katrien Vanlerberghe**  
assistent-moreel consulent CMD Roeselare

Psychiater **Bart Leroy** schenkt ons een inkijk in het ontstaan, ontwikkelen en de consequenties van een leven met chronische pijn. Hij situeert dit verschijnsel ook binnen het bredere landschap van psychische problemen, en reikt op een eerlijke, realistische en empathische manier de patiënt, zijn omgeving en de hulpverlener handvaten voor een beter wederzijds begrip aan.

**De pijn voorbij - perspectieven op chronische pijnproblemen** ..... p. 30

Verder besteden we aandacht aan pijn bij het levenseinde met een tweeluik. Psychologe **Lucy Cannie** vertelt ons iets meer over de pijn van het afscheid nemen vanuit haar eigen ervaring als rouwzorgverantwoordelijke.

**Spirituele pijn in de palliatieve zorg** ..... p. 36

Professor **Wim Distelmans** licht ons in een interview op zijn beurt wat meer toe over de bestrijding van fysieke pijn bij het levenseinde, in het bijzonder de praktijk van palliatieve sedatie en de verwarrende definitieacrobatiek daar rond.

**Palliatieve sedatie** ..... p. 40

We sluiten deze *Antenne* af met drie alternatieve benaderingen van pijn. Ten eerste legt professor **Laurence Claes** ons uit hoe pijn een levensnoodzakelijke of positieve lading kan krijgen bij mensen met zelfverwondend gedrag. Op niet-veroordelende en inzichtelijke manier verschaft ze tips en inzichten voor patiënt en hulpverlener.

**Zelfverwonding: pijn(loos)?** ..... p. 45

Ten tweede licht de **Werkgroep Voorlichting Amsterdam** een tipje van de sluier hoe pijn, in schril contrast met de dagelijkse, negatieve beleving ervan, ook een bron van prikkeling en genot kan zijn. Een bescheiden maar openhartige inleiding tot de raadselen van het sadomasochisme.

**Men neme een paar sjaltjes** ..... p. 49

Tot slot komt dankzij het werk van dr. **Marta Zarzycka** aan bod hoe pijn ook tot een bron van inspiratie en een constructief onderdeel van de identiteit kan worden getransformeerd.

**Pijnlijke ontmoetingen: de voorstelling van pijn in visuele kunsten** ..... p. 52

Omdat wij deze visie van dr. Marta Zarzycka een warm hart toedragen, hebben wij deze *Antenne* aangevuld met enkele creatieve intermezzo's die elk op hun wijze, woorden en beelden geven aan een persoonlijke interpretatie of beleving van pijn. Soms speels en charmant, maar we gingen ook de rauwe, confronterende teksten die ons een blik in de afgrond van de pijnlijder gunnen, niet uit de weg.

Wij hopen dat deze *Antenne* kan bijdragen tot een verruimde blik op en een groeiend begrip voor pijn in zijn vele facetten. *No pain no gain*. Er is nog veel werk aan de winkel maar gaandeweg kunnen we misschien samen streven naar een ontrafeling van, en tegelijk meer respect voor, het mysterie PIJN.

Wij danken ook expliciet alle auteurs en kunstenaars die deze *Antenne* belangeloos mee hebben mogelijk gemaakt. *We would like to thank all artists and authors who helped creating this magazine.*

# Het ABC van pijn

Pijn, iedereen kent het, de één heeft er al vaker en meer last van dan de ander. Eigenlijk is pijn een natuurlijk beschermingsmechanisme van ons lichaam, het is een waarschuwingssignaal dat ons er op wijst dat er iets verkeerd loopt. Alhoewel we dit meestal niet zo ervaren, heeft pijn dus een nuttige functie.

Hoewel pijn een gewaarwording is die veroorzaakt wordt door (dreigende) weefselschade, heeft het ook een individuele geestelijke betekenis. Pijn en lijden zijn in elkaar overlopende menselijke ervaringen. Pijn is een subjectieve beleving waarvan de uiting individueel en cultureel bepaald is.

Pijn is het presenterende symptoom dat veel patiënten de arts doet opzoeken. Het is bekend dat niet alleen pijnkarakteristieken (zoals intensiteit) kunnen verschillen per patiënt, maar ook de impact die de pijngebaarwording heeft op het dagelijks functioneren van de patiënt en de kwaliteit van het leven.

**dr. Inge Moerman**  
anesthesist, diensthoofd Spoedgevallen AZ Lokeren



## Geschiedenis

Zo lang als er menselijke ervaringen op schrift zijn vastgelegd, vinden we verslagen van (pijnlijke) geneeskundige ingrepen, ziektes en verwondingen. Ziekte en pijn werd vaak gezien als een goddelijke invloed, als straf bedoeld. Pijn was de goddelijke straf voor de ongehoorzaamheid van de mensen.

Hippocrates (460-377v.C.) was de eerste die geneeskundige behandeling op waarneming, empirie en verklaringen baseerde. Hierdoor werd het mogelijk om wonden te behandelen met aftreksels en verbanden, om fracturen en luxaties te zetten, etteringen te ontlasten enzovoort. Pijnbehandeling bestond uit warme omslagen en toedienen van een pijnstiller of slaapmiddel. Men gebruikte hiervoor kruidenaftreksels of mengsels van plantendelen waarvan men de pijnstillende en slaapverwekkende werking kende. Andere reeds in de oudheid beschreven methoden om tijdelijk pijn te verminderen zijn bewusteloosheid door de bloedvaten in de hals samen te drukken en alcoholintoxicatie. Bij alle middelen en technieken bestond er de moeilijkheid van de juiste dosering. In de 19<sup>de</sup> eeuw ontstond er een maatschappelijk klimaat waarin algehele en plaatselijke pijnvermindering op wetenschappelijke wijze ontwikkeld en toegepast kon worden. De invoering van de algehele anesthesie bij operaties is in de geschiedenis van ziekte en ongeluk, pijn en ellende een enorme stap geweest. Met relatief eenvoudige middelen, een zakdoek en een druppelflesje, bleek het mogelijk te zijn de pijn die met operaties gepaard ging volledig aan de patiënt voorbij te laten gaan. Halverwege de 19<sup>de</sup> eeuw kwam dan ook de algehele anesthesie in de beschaafde wereld in zwang. Men moest echter vaststellen dat verdoving gevaarlijk kon zijn; soms overleden patiënten onverwacht of ontwikkelde zich een onbegrepen ziekteverloop na de ingreep. Narcose was dus een zegening door de vermindering van pijn bij operaties, maar kon onvoorspelbaar en dodelijk zijn. De zoektocht naar alternatieven begon. In 1899 werd door Bier et al. de spinaalanesthesie (locoregionale) op punt gesteld. Het bleek prachtig te werken, maar ook al niet zonder gevaar te zijn. In latere tijden werden de technieken verfijnd, de intraveneuze vochttoediening werd op punt gesteld waardoor deze technieken wel veel mogelijkheden bieden om langdurige werkzame blokkades uit te voeren.

In de eerste helft van de twintigste eeuw begon men ernstige pijn langs chirurgische weg te behandelen. In de tweede helft van de twintigste eeuw was er de opkomst van de multidisciplinaire benadering van patiënten met complexe pijn.

## Wat is pijn - hoe ontstaat pijn

De IASP (International Association for the Study of Pain) definieert pijn als *“een onaangename sensorische en emotionele ervaring die in verband gebracht wordt met bestaande of dreigende weefselbeschadiging of wordt beschreven in termen van weefselbeschadiging.”* Deze definitie impliceert dat men pijn kan ervaren zonder (direct) aanwijsbare redenen.

### *Van prikkel naar pijngewaarwording*

Weefselbeschadiging, of die nu veroorzaakt wordt door ziekte, ontsteking, trauma of operatie, leidt tot een pijnlijke prikkeling en veroorzaakt celafbraak met het vrijkomen van intracellulaire stoffen. Deze stoffen, de pijnmediatoren, activeren functionele receptoren. Via afferente vezels worden deze nociceptieve impuls naar het centraal zenuwstelsel geleid en daar komt na diverse schakelingen, uiteindelijk de gewaarwording *pijn* tot stand. Dit model gaat op voor acute pijn, bij chronische en neuropatische pijn komen nog andere mechanismen aan te pas.

Pijnreceptoren hebben geen speciale structuur om pijn te detecteren, het zijn gewoon vrije zenuwuiteinden. Deze zijn over ons hele lichaam verdeeld, echter niet helemaal eerlijk en gelijkmatig. In ons tandvlees zitten bijvoorbeeld meer zenuwuiteinden dan in de buik. Pijnreceptoren zijn als het ware receptoren die in toenemende mate reageren op toenemende prikkelintensiteit. Ze bevinden zich in de huid, in bloedvaten, de onderhuidse weefsels, de spieren, de bindweefsels, de inwendige organen, het buikvlies, de gewrichten enzovoort. Wanneer deze pijn of nociceptoren geactiveerd worden, genereren ze net zoals andere receptoren impulsen die via perifere vezels naar het centraal zenuwstelsel geleid worden.

Informatie die door schadelijke prikkeling ontstaat, gaat in de vorm van een elektrische impuls langs de perifere zenuwen in de richting van de hersenen. Deze impulsen passeren via een van de vele zenuwbanen in het ruggenmerg, het verlengde merg en de middenhersenen. Ten slotte eindigen ze in de thalamus (een kern in de hersenen), eigenlijk een centraal pijnregelsysteem. Van hieruit vindt dan projectie op de hersenschors plaats, waardoor wij ons bewust worden van de pijn. Vooraleer de pijnprikkel de hersenschors bereikt, wordt deze zorgvuldig bekeken door de thalamus. De thalamus bepaalt of een pijnprikkel sterk genoeg



is om toegang tot de hersenschors te krijgen. De thalamus kan een pijnprikkel ook versterken of verzwakken, afhankelijk van de hoeveelheid neurotransmitters (signaalstoffen die de overdracht tussen zenuwcellen regelen). De endorfinen zijn een voorbeeld van pijnremmende neurotransmitters. De informatie gaat ook naar het limbische systeem. Het limbische systeem is een hersenstructuur die verantwoordelijk is voor emoties. Zij speelt een belangrijke rol in de pijngewaarwording.

### *Acute pijn*

Acute pijn is pijn waarbij de relatie tussen een pijnprikkel en de pijnsensatie duidelijk is. Meestal volgen deze elkaar snel op. De reacties op de pijn zijn duidelijk en onderscheidbaar. Acute pijn kan over het algemeen goed behandeld worden. Acute pijn is een uitstekend voorbeeld van het *alarmsysteem* dat pijn heeft.

### *Chronische pijn*

Mensen bij wie er sprake is van chronische pijn hebben een *falend pijnsysteem*. Dit pijnsysteem geeft waarschuwend pijnsignalen af op momenten dat dit niet nodig en relevant is. De kwaliteit van het leven van iemand met chronische pijn gaat drastisch achteruit. Chronische pijn komt in verschillende soorten en maten voor. Bij chronische pijn is de relatie tussen de oorzaak en het gevolg van pijn lastig te herkennen. Chronische pijn betekent niet dat men per se de gehele dag pijn ervaart, maar wel het grootste gedeelte van de dag. Pijn wordt chronisch genoemd wanneer deze langer dan drie maanden aanhoudt of herhaaldelijk terugkeert.

## Pijn meten

*Pijn* heeft verschillende dimensies: de pijngewaarwording, de pijnbeleving en pijngedrag zijn belangrijke delen.

### Pijngewaarwording

Aan de pijngewaarwording zijn aspecten zoals kwaliteit, duur, lokalisatie en intensiteit te onderscheiden. Al deze aspecten zijn apart meetbaar. De meeste aandacht wordt besteed aan de intensiteit.

Pijn moet gemeten en geëvalueerd worden op verschillende tijdstippen wil men een behandeling evalueren. De pijnintensiteit is een kwantitatieve inschatting van de ernst van de pijn. De meest gebruikte meetinstrumenten hiervoor zijn de *visuele analoge schaal* (VAS), de *numerieke beoordelingschaal* (NRS) en de *verbale beoordelingschaal* (VRS).

De VAS bestaat uit een horizontale lijn van 100 mm waarop de patiënt de intensiteit van de pijn kan aangeven door een verticaal streepje te zetten. Het linker uiteinde van de lijn is gedefinieerd als *geen pijn* en het rechter uiteinde als *ondraaglijke pijn* of *de ergst denkbare pijn*. De afstand in mm van het linker uiteinde tot aan het verticale streepje is de pijn intensiteitscore.

De VAS wordt gebruikt om de pijnintensiteit over verschillende tijdsperiodes te meten. Naast de pijn op het moment van de meting kan ook gevraagd worden wat de gemiddelde intensiteit is geweest gedurende de afgelopen 24 uur of de afgelopen week. Ook kan gevraagd worden naar de minste en ergste pijn gedurende een periode. Hierdoor kan men inzicht krijgen in de schommelingen in de ernst van de pijn. Het nadeel van deze schaal is dat de invulling eenvoudig lijkt, maar dat een juiste invulling niet altijd zo eenvoudig ligt.

De NRS is een soortgelijk meetinstrument, alleen wordt hier niet gevraagd een streepje te zetten, maar om een getal toe te kennen tussen 0 en 10 of 0 en 100 aan de pijn. De beide uiteinden zijn op dezelfde wijze als de VAS gedefinieerd. De numerieke beoordelingschaal is eenvoudiger te begrijpen voor patiënten.



Bij de VRS moet de patiënt aangeven binnen welke voorgeschreven categorie de pijn valt. De categorieën kunnen bestaan uit omschrijvingen van de intensiteit van pijn (geen, licht, matig, hevig, ernstig). Er bestaan diverse omschrijvingen zowel in soort als in aantal. Het nadeel van deze eenvoudige methode is dat de gebruikte omschrijving niet overeenkomt met de omschrijving die de patiënt zelf gebruikt. De antwoorden geven dan niet precies weer wat de patiënt bedoelt.

Bij kinderen wordt eerder gebruik gemaakt van tekeningen; bijvoorbeeld gelaatsuitdrukkingen, smileys, ook bekend als de *Wong-Baker Pain rating scale*.

Verder bestaan er ook pictogrammen om de aard van de pijn te beschrijven:



### Pijngedrag

Pijngedrag heeft betrekking op uitingen van pijn waaraan een buitenstaander kan merken dat iemand pijn heeft. Pijngedrag omvat een groot scala van directe verbale en non-verbale gedragingen (kreunen, steunen) en indirecte gedragingen, zoals het innemen van pijnstillers en het vermijden van activiteiten. Het pijngedrag is in eerste instantie gericht op het bevorderen van het herstelproces en daarmee samenhangend pijnvermindering. Maar metertijd kunnen omgevingsfactoren het pijngedrag in stand helpen te houden. Bij het meten van pijngedrag is het daarom belangrijk om de omgeving te betrekken bij de beoordeling.

Pijngedrag kan grofweg op drie manieren gemeten worden. Op de eerste plaats zijn er de gelaatsuitdrukkingen. Acute pijn gaat gepaard met een aantal typische uitdrukkingen, zoals het vernauwen van de oogspleet, het optrekken van de wangen en het fronsen van de wenkbrauwen. Pijn uit zich ook in afwijkende houdings- en gedragspatronen. De tweede manier is de *Checklist Interpersoonlijk Pijngedrag*. Deze beoordeelt 22 motorische gedragingen en gedrag ten aanzien van depressiviteit en nervositeit. De gedragingen worden door geschoold personeel gescoord op een vijf-puntenschaal. De derde manier om pijngedrag te beoordelen is via het actuele niveau van dagelijkse activiteiten.

### Pijnbeleving

De manier waarop pijn wordt ervaren en in welke mate pijn wordt verdragen, wordt mede bepaald door de emotionele en de psychische gesteldheid van de mens, de herinneringen aan eerdere ervaringen met pijn, de opvoeding en de eigen houding ten opzichte van pijn.

Eerdere pijnervaringen spelen een grote rol bij pijnbeleving. Dit kan invloed hebben op de pijndrempel, de mate van gevoeligheid voor pijn. Ten gevolge van eerdere pijnervaringen kan een persoon een hogere pijndrempel ontwikkeld hebben door gewenning aan pijnprikkels. Veel pijn kan ook een tegengesteld effect hebben, waarbij de pijndrempel juist lager wordt en de persoon dus gevoeliger wordt voor pijn.

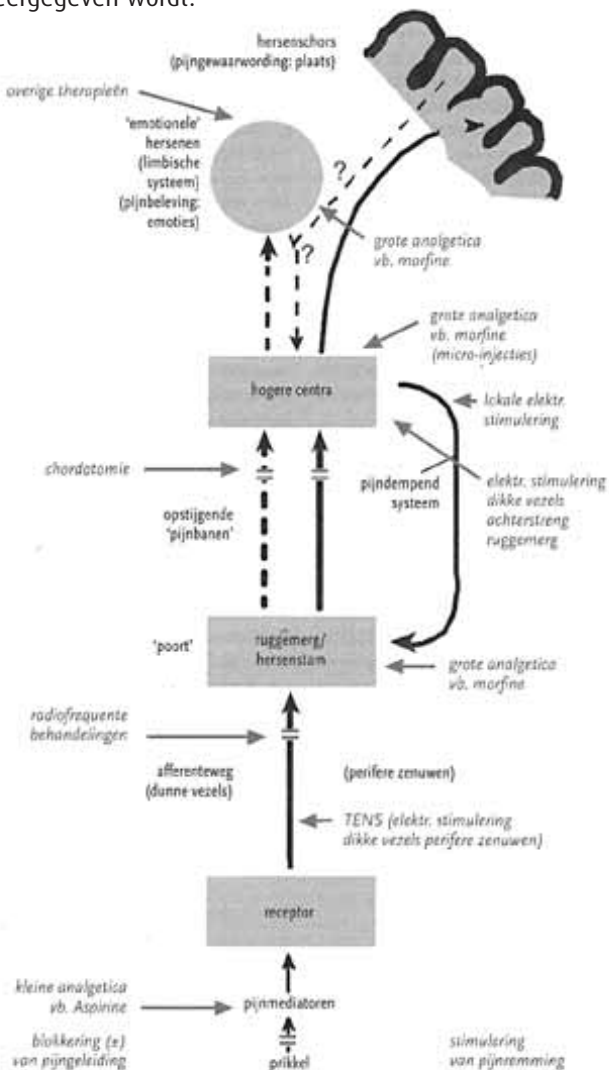
Ook angst speelt een rol bij pijnbeleving. Een pijnlijke behandeling moeten ondergaan in een vreemde omgeving, zonder de aanwezigheid van een vertrouwd persoon, kan ervoor zorgen dat deze behandeling als pijnlijker ervaren wordt. Dit kan gevoelens van angst en onrust alleen maar versterken. Verder speelt bovendien de culturele en familiale achtergrond een belangrijke rol in de pijnbeleving.

## Pijnbestrijding

Zoals te zien op de figuur kan men op verschillende niveaus tussenkomen bij de pijnbestrijding. Hieronder worden enkele kort besproken.

### Medicamenteus

Er bestaan verschillende soorten pijnstillers, onder andere Paracetamol, de NSAID's (*Non Steroidal Anti-Inflammatory Drug*) en de opiaten. Het gebruik van deze medicatie wordt naargelang de aard en de intensiteit van de pijn aangepast. Hiervoor kennen we drie onderverdelingen, zoals op figuur weergegeven wordt.



Figuur met aanduiding van de plaatsen in het neurale systeem waar het mogelijk is om de nociceptie te beïnvloeden door medicamenten, onderbrekingstechnieken en neuromodulatie.

### Niet-opioïede analgetica

Paracetamol (bijvoorbeeld Dafalgan) en salicylaten (bijvoorbeeld Aspirine) behoren tot de groep van de eenvoudige niet-opioïede pijnstillers. Salicylaten worden bijna niet meer gebruikt omwille van de ongewenste nevenwerking op het maagslijmvlies (maagzweer en bloedingen). Paracetamol is het belangrijkste en vrijwel nog enige bruikbare middel uit deze groep en derhalve een van de meest gebruikte pijnstillers. Het is een betrekkelijk veilig en goedkoop middel. Het heeft behalve een pijnstillende ook een koortswerende werking. Het heeft (niet zoals de NSAID's) geen ontstekingsremmende werking.

### NSAID's

Ontstekingsremmende niet-opioïede analgetica of NSAID (*Non Steroid Anti-Inflammatory Drug*) worden ook gebruikt bij pijn en vooral bij pijn waarbij ontstekingsmechanismen zijn betrokken. Het werkingsmechanisme van de NSAID's grijpt aan op de prostaglandine stofwisseling en op andere stoffen die bij de pijnmodulatie in de achterhoorn van het ruggenmerg een rol spelen. Er zijn veel NSAID's in de handel. Het voert te ver om hier alle NSAID's op te noemen. Wel belangrijk is om te melden dat ze ernstige bijwerkingen kunnen hebben. De bekendste is natuurlijk maagpijn en de kans op een maagzweer. De kans hierop neemt toe met de leeftijd. Ook als men veel alcohol drinkt of middelen als prednison slikt, heeft men een grotere kans op een maagzweer bij het gebruik van NSAID's. Andere bijwerkingen zijn de vertraagde bloedstolling (sneller blauwe plekken, wondjes blijven langer bloeden). Patiënten die antistollingsmiddelen nemen kunnen beter geen NSAID's slikken. Ook kunnen NSAID's de nierfunctie remmen waardoor men vocht vasthoudt. Oudere mensen met een verminderde hart- of nierfunctie moeten dan ook voorzichtig zijn met het slikken van NSAID's. Hoewel NSAID's dus ernstige bijwerkingen hebben, zijn zij bij verstandig gebruik effectieve pijnstillers. Waar mogelijk, moet men langdurig gebruik vermijden.

### Opiaten

Deze geneesmiddelen zijn afgeleid van morfine. Morfine werd vroeger uit papaverbollen gemaakt (opium). Bekende middelen zijn codeïne, tramadol, morfine, methadon, fentanyl (de pleister). Codeïne en tramadol zijn zwakke opiaten. Dat wil zeggen dat het pijnstillend effect wat minder is dan van *echte* morfine. Vooral van codeïne is het pijnstillend effect gering; het wordt eigenlijk vooral gebruikt als antihooftmiddel.

- Morfine en de daarvan afgeleide geneesmiddelen zijn sterke opiaten die op de endorfine receptoren aangrijpen. Het zijn zeer sterke pijnstillers. In tegenstelling tot de bovengenoemde NSAID's en paracetamol is er geen echte maximumdosis. In theorie kan men altijd meer pijnstilling verkrijgen door de dosis te verhogen. In de praktijk lukt dit natuurlijk niet altijd, omdat men last kan krijgen van de bijwerkingen. Er kunnen vele bijwerkingen optreden. De meest voorkomende is verstopping (obstipatie). De meeste artsen

schrijven bij een opiaat dan ook meteen een laxeermiddel erbij voor. Een andere bijwerking die bijna altijd na enkele dagen over is, is misselijkheid. Suffheid komt voor, maar kan ook een teken zijn dat de dosering te hoog is.

- Enige uitleg over verslaving is hier op zijn plaats. Verslaving aan morfine komt voor, maar lang niet zo veel als men denkt. Het is niet zo dat men bij gebruik van morfine altijd verslaafd wordt. Bij het overgrote deel van de patiënten blijkt het altijd mogelijk de morfine weer af te bouwen. Wel



is het zo dat er gewenning optreedt. Dit betekent dat men na een periode van morfinegebruik de tabletten niet zo maar mag stoppen. Om ontwenningverschijnselen te voorkomen, moet men het langzaam afbouwen. Angst voor verslaving is dan ook niet terecht en mag nooit een reden zijn om geen of te weinig morfine te nemen.

- Tot nu toe is het gebruik van opiaten beperkt tot tijdens en na operaties en tot het behandelen van pijn bij kanker. De laatste jaren worden opiaten ook voorgeschreven aan patiënten met pijn die niet het gevolg is van kanker. Zo wordt morfine wel gegeven aan patiënten met reuma, artrose of pijn na een beschadiging van het zenuwstelsel (bijvoorbeeld een dwarslaesie).

Er bestaan vele verschillende preparaten. De meest gebruikte zijn morfine retard en de fentanyl-pleister. Morfine retard (merknamen zijn MS Contin, Noceptin) is een zogenaamd depot-preparaat. Dit betekent dat de tablet, na inname, het medicament langzaam afgeeft. Het grote voordeel is dat men maar twee keer per dag een pil hoeft te slikken. Nadeel is dat een verhoging van de dosis maar langzaam effect geeft. Bij zogenaamd *doorbraakpijn* moet men een sneller werkend middel nemen, bijvoorbeeld morfinedrank. De fentanyl-pleister (Durogesic-pleister) is een pleister die op de huid geplakt wordt. In de pleister zit fentanyl, een sterk opiaat. Deze stof gaat door de huid de bloedbaan in en geeft dan een sterk pijnstillende werking. Het effect merkt men na ongeveer 12 uur; het effect duurt ongeveer drie dagen.

### **Principes van medicamenteuze behandeling**

De beslissing om de patiënt met pijnstillers te behandelen, wordt genomen op basis van de klachten van de patiënt. Het is aangewezen om bij de keuze van pijnstiller eerst met paracetamol te beginnen. Hevige pijn betekent niet dat paracetamol niet zal helpen. Als dit niet voldoende blijkt dan wordt gewerkt via het ladderprincipe of piramideprincipe (cfr. figuur boven). De volgende stap is dus een combinatie met een NSAID, vervolgens een zwak opioïede, om te eindigen met een sterk opioïed indien nodig.

### **Behandeling van zenuwpijn**

Na beschadigingen van zenuwweefsel (zoals een hersenberoerte, dwarslaesie, zenuwontsteking bij suikerziekte) kan zenuwpijn ontstaan. Deze pijn is het gevolg van afwijkende geleiding van pijnprikkels in zenuwen. Men kan dit vergelijken met een verkeerd aangesloten telefoondraad, waardoor de telefoon constant blijft rinkelen. Het zenuwstelsel wordt dan constant in actie gebracht omdat het denkt dat er ergens een weefselbeschadiging is. Dit soort pijn is vaak niet goed te verminderen met de *gewone* pijnstillers zoals hierboven beschreven. Bij zenuwpijn geeft men vaak geneesmiddelen die de prikkelgeleiding in zenuwen vertragen. Hiervoor gebruiken we vaak antidepressiva en anti-epileptica. Het is goed om zich te realiseren dat deze tabletten niet worden voorgeschreven omdat de dokter denkt dat *het wel tussen de oren zit*. Deze middelen worden speciaal tegen de pijn voorgeschreven. Veelgebruikte tabletten zijn amitriptyline (Tryptizol, Sarotex) en carbamazepine (Tegretol).

### **Zenuwblokkades**

Pijn is een ingewikkeld verschijnsel. In het algemeen ontstaat pijn doordat zenuwen in een gebied van weefselbeschadiging signalen naar de hersenen (kleine elektrische stroompjes) vervoeren, alwaar men zich van pijn bewust kan worden. Een manier om dit soort pijn te bestrijden is dus om de zenuw die deze prikkels vervoert, te onderbreken. Dit wordt zenuwblokkade genoemd. Een zenuwblokkade is het uitschakelen van een zenuw die een *pijnprinkel* doorgeeft aan de hersenen. Een wortelblokkade is het uitschakelen van een bundel zenuwen. Hierdoor kan de pijnprinkel niet worden doorgegeven aan de hersenen. Hoewel dit op het eerste gezicht logisch lijkt, kan helaas niet alle pijn door zenuwblokkades behandeld worden. Zo kan men niet zomaar elke zenuw in het lichaam blokkeren zonder ernstige bijwerkingen. Anderzijds zijn er soorten pijn die worden veroorzaakt door afwijkingen in hersenen en ruggenmerg. Hierbij spelen de verder naar buiten gelegen zenuwen geen rol; het heeft dan dus ook geen zin om deze te onderbreken. Voordat tot een zenuwblokkade wordt overgegaan, wordt dan ook zo zorgvuldig mogelijk nagegaan waar de pijn vandaan komt. Meestal worden eerst proefblokkades met een tijdelijk verdovende vloeistof (zoals ook de tandarts gebruikt) uitgevoerd. Heeft zo'n blokkade een goed effect, dan kan tot een meer definitieve



ve verdoving overgegaan worden. Een *definitieve zenuwblokkade* kan langere tijd pijnvermindering geven en kan worden herhaald als de pijn toch terugkeert. Een wortelblokkade gaat hetzelfde in zijn werk als een zenuwblokkade. Dit gebeurt meestal door de betreffende zenuw te verwarmen (*radiofrequentie*).

Typische soorten pijn die in aanmerking komen zijn: pijn in het aangezicht, clusterhoofdpijn, trigeminusneuralgie, en soms ook pijn in nek en rug en pijn bij kanker.



### **Epidurale infiltraties**

Een epidurale infiltratie is een inspuiting die *tussen de wervels* wordt toegediend. Hierbij wordt met een lange, fijne naald medicatie toegediend net buiten het ruggenmerg (epiduraal). Indicatie voor een epidurale infiltratie is rugpijn door discushernia. Bij irritatie van een zenuwwortel van de rug, ten gevolge van bijvoorbeeld een discushernia, ontstaat een conflict met ontstekingsreactie als gevolg. Hierbij kan een epidurale infiltratie de ontstekingsreactie bestrijden, waardoor de klachten verbeteren of verdwijnen.

### **Neuromodulatie – TENS**

TENS is een afkorting voor *Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie*. Het betekent dat het TENS-apparaatje een elektrisch stroompje afgeeft via elektroden op de huid, waarmee bepaal-

de zenuwen in de huid geprikkeld kunnen worden. In het lichaam zijn zowel dikke als dunne zenuwvezels te vinden. De hele dunne zenuwen zijn de pijnzenuwen. Als deze pijnzenuwen door wat voor een oorzaak dan ook geprikkeld worden, geven deze pijnsignalen door aan de hersenen (u voelt pijn). Door gelijktijdig dikke zenuwen te stimuleren met TENS kan het doorgeven van de pijnsignalen geblokkeerd worden. De dikke zenuwen zijn sterker dan de pijnzenuwen. TENS is dus een soort pijnstillertje, maar neemt de oorzaak van de pijnklachten niet weg. Langdurig gebruik van TENS is niet schadelijk. Wel kan er op de plaats van stimuleren huidirritatie ontstaan.

### **Postoperatieve pijnbehandeling**

Postoperatief beschikken we over verschillende methodes om de pijn te behandelen. Eerst en vooral kan er medicamenteus behandeld worden, zijnde de drie trappen van analgetica zoals hierboven beschreven, met dit verschil dat die intraveneus toegediend kunnen worden.

Een uitbreiding hiervan is *Patient Controlled Analgesia (PCA)*. Dit is een methode waarbij de patiënten zichzelf naar eigen behoefte een analgeticum toedient. In de meeste gevallen betreft het een morfinepreparaat via intraveneuze route. De dosering van het analgeticum (bolusdosis) en het interval tussen de doseringen worden vooraf in een PCA pomp ingesteld binnen voor de patiënt veilige grenzen. Voor iedere PCA geldt: een oplaaddosis (een eerste dosis vooraleer de pomp gestart wordt), een bolusdosis (de dosis welke de patiënt zichzelf per keer kan toedienen), een lockout-periode (het interval tussen twee doseringen waarin een extra toediening niet mogelijk is) en een maximale dosis.

Verder kan bij bepaalde ingrepen (zoals onder andere grote orthopedische ingrepen en abdominale ingrepen) een continue epidurale verdoving gebruikt worden. Hiervoor wordt voor de aanvang van de ingreep een epidurale katheter geplaatst en wordt daar postoperatief, na een oplaaddosis een continue pomp op aangesloten met lokale anesthetica en eventueel morfineanalogen.

Pijn en de hierboven beschreven technieken voor pijnbehandeling zijn geschreven vanuit het oogpunt van mijn eigen specialisme, zijnde de anesthesie. Voor chronische pijn is meestal een multidisciplinaire aanpak aangewezen, omdat de problemen, zeker ook op psychosociaal vlak, nog complexer zijn. Deze aanpak is hier niet besproken, enerzijds omdat dit mijn terrein niet is en anderzijds omdat dit eigenlijk een verhaal op zich is dat in een ander artikel aan bod komt.



'Heb jij ook wel eens zo'n pijn in je angel, wesp?' vroeg de bij op een keer aan de wesp. 'Nee,' zei de wesp. 'Maar pijn in mijn middel heb ik helaas wel. Heb jij die niet?'

'Nee,' zei de bij. 'Pijn in mijn middel heb ik nooit.'

'O,' zei de wesp.

De dieren zaten bij elkaar aan de rand van het bos, naast de rivier, onder de wilg.

'Ik heb wel eens pijn in mijn snor,' zei de walrus. 'Een soort doffe pijn. Alsof mijn snor bonst. Zo'n soort pijn.'

'En ik heb soms schildpijn,' zei de schildpad. 'Vooral als ik op reis moet, 's ochtends vroeg.' Hij zweeg even. 'Het beste is om dan maar niet te gaan,' zei hij toen.

Het hert vertelde over pijn in zijn gewei: 'Mijn hele gewei lijkt wel in brand te staan als ik dat heb.'

De slak zei dat hij nogal eens kramp in zijn steeltjes had en de kameel vertelde over onaangename tintelingen in zijn bulten.

Het nijlpaard zei: 'Ik heb hier pijn,' hij deed zijn mond wijd open en wees naar binnen. Iedereen boog zich voorover om die pijn te zien, maar het was te schemerig en te ver om iets te kunnen onderscheiden.

'Dat is jammer,' zei het nijlpaard. 'Want het is wel een interessante pijn.'

'Ik heb nooit pijn,' zei de mier plotseling. Het werd stil. Iedereen keek de mier met grote ogen aan.

'Pijn is onzin,' zei de mier.

De eekhoorn dacht aan de pijn die hij soms binnen in zich voelde – hij wist nooit precies waar. Het was een verdrietige pijn, vond hij. Zou die pijn ook onzin zijn? dacht hij.

Het was een warme dag. De rivier glinsterde en iedereen zweeg en dacht aan zijn pijn en vroeg zich af of die pijn wel echt was en geen onzin.

De zon daalde en de wind stak op. De rivier begon te kabbelen.

'Scheuten,' zei de mier na een tijdje zachtjes, 'die heb ik wel eens. Als jullie dat pijn willen noemen dan vind ik het goed.'

TOON TELLEGEN

Uit: *Misschien wisten zij wel alles*. Amsterdam. Querido. 2005.

# Pijn bij pasgeborenen en kinderen



**Charlotte Verpoort**  
pediatrisch verpleegkundige in AZ Sint-Jan Brugge,  
verpleegkundig coördinator van het project Acute pijn bij kinderen

Met dank aan: dr. Luc Cornette, dr. Patrick Degomme en Eveline Depreter



Charlotte Verpoort

## Geen kleine pijn

Nog niet zo lang geleden ging men ervan uit dat pasgeborenen baby's slechts reflexmatig konden reageren en geen pijn konden ervaren. Vanaf het eind van de jaren tachtig bleek uit wetenschappelijk onderzoek dat foetussen en pasgeborenen juist gevoeliger zijn voor pijn en een lagere pijndrempel hebben dan oudere kinderen en volwassenen (Fitzgerald M., 2000).

De onrijpheid van het zenuwstelsel heeft namelijk gevolgen voor de pijngewaarwording bij jonge kinderen. Zo kunnen voor de leeftijd van één jaar pijnprikkels moeilijk geïnhibeerd worden door andere prikkels. Met andere woorden, het mechanisme van de *gate control* (Melzack & Wall, 1965), waarbij een korte scherpe pijn geblokkeerd kan worden door een langere en zachte prikkel zoals wrijven, is nog niet werkzaam. Pijn heeft voor baby's ook een meer algemeen karakter. Een pijnprikkel op een specifieke plaats wordt niet louter lokaal waargenomen, maar wordt verspreid over het ganse lichaam ervaren. Gezien het totale aantal zenuwcellen of neuronen na de geboorte weinig verandert, beschikt een baby of een jong kind over relatief meer neuronen op een kleiner lichaamsoppervlak dan oudere kinderen of volwassenen. Een letsel van een bepaalde grootte zal bijgevolg meer pijnprikkels uitlokken bij kleine kinderen. Bovendien kunnen baby's en jonge kinderen pijn niet emotioneel en cognitief reguleren. Deze capaciteiten komen geleidelijk aan tot ontwikkeling tijdens de eerste vijf tot tien jaar van het leven (Govaerts, M. 2008).

## Gevolgen van pijn

De herhaaldelijke blootstelling aan acute pijn op jonge leeftijd kan blijvende sporen nalaten in de pijngevoeligheid van het kind. Zo is er meer kans op het ontstaan van chronische pijnklachten en op overmatige gevoeligheid voor pijn. De kans op het ontstaan hiervan is groter naarmate de kinderen op het ogenblik van de acute pijn jonger zijn en hun zenuwstelsel in volle ontwikkeling is. Naast de gevolgen voor de pijngevoeligheid kunnen er ook psychologische functiestoornissen optreden. De meest gekende zijn angst, slaapproblemen, verminderde eetlust en gedragswijzigingen. Bovendien verhoogt pijn het zuurstofverbruik, vertraagt pijn het genezingsproces en de wondheling (Govaerts, 2007). Pijn is dus niet onschadelijk.

Nochtans worden kinderen in een ziekenhuissituatie frequent geconfronteerd met pijn omwille van verpleegkundige of medische handelingen die erop gericht zijn de

gezondheid van het kind te bevorderen. Zo blijkt dat premature baby's die op een neonatale intensieve zorgeneenheid liggen in de eerste twee levensweken gemiddeld 23 verpleegkundige handelingen per dag te ondergaan. Driekwart van die handelingen is pijnlijk voor het kind. Voorbeelden zijn het inbrengen van een infuus, het plaatsen van een voedingssonde, het verwijderen van kleefpleisters, het aspireren van de luchtweg enzovoort (Cignacco, 2007).



## Metten is weten

Gezien kinderen in ziekenhuisverband onvermijdelijk blootgesteld worden aan pijn en pijnlijke handelingen, ligt een fundamentele uitdaging in een goede preventie en behandeling van pijn. Om tot een goede pijnbehandeling te komen, moet pijn erkend en herkend worden. Het gebruik van gevalideerde pijnmeetinstrumenten om pijn zo objectief mogelijk in kaart te brengen aan de hand van een pijnscore, is hierbij essentieel. De keuze voor de geschikte pijnschaal is afhankelijk van de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind en de zorgcontext waarin het kind zich bevindt.

### *Baby's en kinderen tot 4 jaar*

Baby's, jonge kinderen en kinderen die niet in staat zijn om te communiceren, kunnen niet verwoorden hoeveel pijn ze hebben. Fysiologische wijzigingen in het lichaam van het kind, zoals een versneld hartritme, een verhoging van de bloeddruk en een wijziging in de ademhalingsfrequentie, kunnen indicatoren zijn voor pijn. Deze fysiologische parameters zijn evenwel niet specifiek genoeg omdat ze ook op stress en angst kunnen duiden. Bovendien zijn er duidelijke individuele verschillen in de fysiologische respons op pijnstimulatie en vertonen de parameters de neiging om zich met-tertijd te normaliseren (Huizinga et al. 1998). Vandaar het belang van een specifieke meetschaal voor pijn. Er bestaan meer dan 20 gevalideerde meetschalen voor deze groep van kinderen. De schalen steunen op de observatie van het gedrag van het kind al of niet in combinatie met één of meerdere fysiologische parameters. De meeste schalen bevatten volgende elementen: slaappatroon, huilpatroon, troostbaarheid, spiertonus, gelaatsuitdrukking, kleur van de huid, mobiliteit, lichaamshouding.

Wanneer een baby ongelukkig lijkt, betekent dit niet steeds dat hij pijn heeft. Een goede pijnmeetschaal helpt het onderscheid te maken tussen een gebrek aan comfort en het hebben van pijn. Een baby die pijn heeft, gedraagt zich doorgaans onrustiger en ongelukkiger dan wanneer hij zich oncomfortabel voelt. Hij slaapt onrustig en oppervlakkig, wordt gemakkelijk wakker, ligt in een krampachtige houding en de huidskleur is vaak niet mooi roze maar bleek en wisselend. Een oncomfortabel kind is doorgaans ook relatief makkelijk te troosten door de oorzaak van het discomfort weg te nemen. Dat kan een natte luier zijn, honger, nood aan een geborgenheid of rust en dergelijke meer. Een kind dat pijn heeft, vindt pas zijn comfort terug wanneer er afdoende pijnstilling gegeven wordt (De Jonge A. & Tison D., 2006). Wanneer een kind geconfronteerd wordt met intense en aanhoudende pijn, kan het terecht komen in een staat van psychomotorische inertie: het kind sluit zich af, ligt overdreven stil en lijkt uiterlijk niet meer te reageren op de pijn. Het risico op het onderschatten van pijn is dan ook groter bij deze groep kinderen.

**VOORBEELD VAN EEN MOGELIJKE PIJNSCHAAL VOOR ZUIGELINGEN: EDIN = ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU-NÉ (DEBILLON ET AL., 2001). DE SCORE GAAT VAN 0 TOT 15. DE BEHANDELINGSDREMPEL WERD BEPAALD OP 5/15.**

#### ITEM 1: Aangezicht

- 0: Ontspannen gelaat
- 1: Voorbijgaande grimassen: gefronste wenkbrauwen, op elkaar geklemde lippen, gefronste of trillende kin
- 2: Veelvuldige, uitgesproken of aanhoudende grimassen
- 3: Permanent getrokken of terneergeslagen, stijf of cyanotisch gezicht

#### ITEM 2: Lichaam

- 0: Ontspannen
- 1: Tijdelijke agitatie, meestal kalm
- 2: Frequente agitatie, met ook kalme periodes
- 3: Permanente agitatie: armen en benen zijn gespannen en stijf of zeer povere en beperkte motoriek, met verstijfd lichaam

#### ITEM 3: Slaap

- 0: Slaapt makkelijk in, met lange, kalme slaap
- 1: Slaapt moeilijk in
- 2: Wordt buiten de verzorgingsperiodes spontaan en vaak wakker, onrustige slaap
- 3: Slaapt niet

#### ITEM 4: Contacten

- 0: Zalige glimlach, ook als antwoord, luisterbereidheid
- 1: Tijdelijke vrees bij contact
- 2: Moeilijk contact, huilt bij de minste stimulatie
- 3: Weigert elk contact, onmogelijk contact. Huilt of kreunt buiten elke stimulatie

#### ITEM 5: Troost

- 0: Heeft geen troost nodig
- 1: Wordt snel getroost met aaien, stemgeluid of zuigen
- 2: Is moeilijk te troosten
- 3: Ontroostbaar. Zuigen is hopeloos

**VOORBEELD VAN EEN PIJNSCHAAL VOOR KINDEREN VAN 1 TOT 4 JAAR: POKIS = PIJN OBSERVATIE KIND SCHAAL (BOELEN VAN DER LOO ET AL, 1999).** DE TOTAALSCORE GAAT VAN 0 TOT 7. DE BEHANDELINGSDREMPEL IS 3/7.

<b>Gezicht</b>	neutraal, rustig	0
	neus gerimpeld, wenkbrauwen gefronst, grimas	1
<b>Huilen</b>	niet huilen, geen geluiden	0
	kreunen, jammeren, krijsen	1
<b>Ademhaling</b>	regelmatig, oppervlakkig	0
	onregelmatig, hijgend, ingehouden	1
<b>Rug/lijf</b>	rustig, neutraal, ontspannen	0
	verkrampd, kronkelend, trillend	1
<b>Armen/vingers</b>	rustig neutraal bewegend	0
	verkrampd, vuist gebald, wild	1
<b>Benen/tenen</b>	rustig neutraal bewegend	0
	verkrampd, opgetrokken, schoppend	1
<b>Agitatie</b>	rustig, slapend, rustig spelend	0
	onrustig, prikkelbaar, fuzzy	1

#### **Kinderen tussen 4 en 6 jaar**

Vanaf 4 jaar kunnen kinderen zelf aangeven hoeveel pijn ze hebben. Toch is het voor hen niet zo eenvoudig omdat ze bijvoorbeeld nog onvoldoende kunnen praten of omdat het moeilijk is om zo'n abstract begrip als pijn te beschrijven. Bij deze kinderen kan de pijn gemeten worden aan de hand van een gezichtjesschaal. Het eerste gezichtje kijkt vrolijk en heeft geen pijn. Het laatste gezichtje kijkt niet vrolijk en heeft heel erge pijn. Aan het kind wordt gevraagd om het gezichtje aan te duiden dat evenveel pijn heeft als hij- of zijzelf.

Niet alle kinderen zijn in staat om dit instrument te gebruiken. Veel hangt af van hun bereikte ontwikkelingsniveau. Als de aangegeven score niet overeenkomt met het pijngedrag van het kind, moet de hulpverlener hier alert voor zijn. Een kind dat hevige pijn heeft, kan ook weigeren om een meetinstrument te gebruiken. In deze gevallen gebruikt men toch beter een gedragsobservatieschaal, zoals hierboven werd beschreven.

#### **VOORBEELD VAN EEN GEZICHTJESSCHAAL:**

**FPS-R = FACES PAIN SCALE-REVISED (SPAGRUD ET AL, 2003)**

VAN LINKS NAAR RECHTS KOMEN DE GEZICHTEN MET VOLGENDE SCORES OVEREEN: 0, 2, 4, 6, 8 EN 10. DE BEHANDELINGSDREMPEL WERD BEPAALD OP 4/10.



#### **Kinderen vanaf 7 jaar**

Voor kinderen vanaf zes à zeven jaar geldt de Visueel Analoge Schaal of VAS-schaal als de referentieschaal voor het meten van pijn. Aan de hand van een verstelbaar schuifje moet het kind op het latje aangeven hoeveel pijn hij of zij heeft. Helemaal onderaan het latje betekent *geen pijn*, helemaal bovenaan betekent *heel veel pijn*. Aan de achter-

kant van het latje kan de verpleegkundige een getal aflezen van 0 tot 10 dat overeenkomt met de pijn die het kind voelt.

### **Behandeling van pijn**

Aan de hand van de pijnmeting wordt voor een aangepaste pijnbehandeling gekozen. Na het inwerken van de behandeling dient de pijn opnieuw geëvalueerd te worden om na te gaan of de behandeling effectief was. De keuze voor het type analgeticum en de dosage ervan hangt af van de leeftijd, het gewicht en de gezondheidstoestand van het kind. Wat de toedieningswijze betreft, zijn er verschillende mogelijkheden, zoals orale, intraveneuze of intrarectale medicatie. De eerste twee zijn te verkiezen boven de rectale toedieningswijze, omdat die sneller en effectiever de pijn verlichten. Intramusculaire inspuitingen zijn te vermijden bij kinderen. Het is immers tegenstrijdig om de pijn van een kind te verlichten door een pijnlijke handeling te stellen.

Naast het gebruik van pijnstillers bestaan er ook aan aantal andere niet-medicamenteuze maatregelen ter preventie of behandeling van pijn. Beide methoden dienen elkaar aan te vullen en sluiten elkaar niet uit. Niet-medicamenteuze methoden hebben heel wat voordelen. Zo zijn ze makkelijk toe te passen, hebben ze zelden bijwerkingen en zijn ze vaak goedkoop of zelfs kosteloos. De houding van de hulpverlener op zich kan al een belangrijk verschil maken. Zo kan pijn vermeden worden door vooraf de nood aan een pijnlijke procedure te evalueren en in vraag te stellen, door pijnlijke procedures te groeperen en door waakzaam te zijn dat deze pijnlijke procedures in optimale omstandigheden verlopen.

Bij baby's tot en met drie maanden is het geven van een kleine hoeveelheid suikeroplossing -meer bepaald glucose 30%- net voor een pijnlijke procedure een effectieve manier om de acute pijn te dempen. Het suikerwater zorgt ervoor dat het lichaam een kleine hoeveelheid eigen morfines aanmaakt. Het geven van borstvoeding aan pasgeboren tijdens een korte pijnlijke procedure is even effectief. Maar hier stelt zich de vraag of het gunstig is een pijnlijke ervaring te combineren met iets wat aangenaam en rustgevend zou moeten zijn. Vooral indien meerdere pijnlijke interventies noodzakelijk zijn, bestaat het gevaar dat door conditionering het geven van borstvoeding negatief beladen wordt.

Maatregelen die het comfort van de baby bevorderen, kunnen eveneens bijdragen aan de pijnpreventie. Comfort bevorderende maatregelen zijn onder andere: de baby in een goede houding leggen, een nestje creëren, ervoor zorgen dat hand-mondcontact mogelijk is, kangoeroeën (huid-op-huidcontact tussen baby en ouder), strelen, massage, wiegen, op de schoot nemen, het respecteren van het dag- en nachtritme, de slaap van de baby respecteren, het vermijden van overprikkeling door lawaai of licht enzovoort.

Bij een pijnlijke procedure kunnen een goede voorbereiding en de aanwezigheid van de ouders een belangrijk verschil maken in de pijnbeleving, door de stress en angst bij het kind te verminderen. Om de kortdurende scherpe pijn van een prik te verminderen, kan er een verdovende crème

gebruikt worden. Dit kan niet toegepast worden voor *dringende prikken*, omdat de crème een uur op voorhand op de prikplaats moet aangebracht worden.

Het spelen van een spel, een boek lezen, verhalen vertellen, muziek beluisteren, televisie kijken... kunnen pijnstillend werken door de aandacht van de pijn af te leiden. Afleiding tijdens een pijnlijke handeling kan als het kind dit wenst. Het blazen van bellen tijdens een pijnlijke verzorging is een goede methode die berust op een combinatie van afleiding



'untitled' door Arjan Vanmeenen - www.myspace.com/dreamcamera

enerzijds en rustiger worden anderzijds door het controleren en focussen op de ademhaling. Men dient er wel over te waken dat afleiden niet overgaat in misleiden.

Ook warmte- en koudeapplicatie zijn eenvoudige middelen die pijnstillend werken. Verder kan men door aandacht te schenken aan kleine dingen het kind heel wat pijn besparen. Denk maar aan het pijnloos verwijderen van kleefpleisters door ze vooraf nat te maken of te ontvetten.

Er bestaan dus tal van mogelijkheden om de pijn bij kinderen te verlichten. Het komt erop aan zo creatief mogelijk te zijn en rekening te houden met de leeftijd en de eigenheid van het kind.

### Nationaal project *Acute pijn bij kinderen*

Samen met 12 andere Belgische ziekenhuizen participeert het AZ Sint-Jan AV te Brugge aan het nationaal project *Acute pijn bij kinderen*. Het betreft een samenwerking tussen de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde en het verzekeringscomité van het RIZIV, en loopt van september 2007 tot eind 2009. Het doel van dit project is de acute pijn bij kinderen te verminderen.

Hiertoe is binnen het AZ Sint-Jan AV een kinderpijnteam opgericht. Het team bestaat uit een medisch en verpleegkundig coördinator, een multidisciplinaire werkgroep en pijnreferentieverpleegkundigen. De coördinatoren sturen het project aan binnen het ziekenhuis. De multidisciplinaire werkgroep komt

op geregelde basis samen en omvat diverse specialismen. Elke afdeling binnen het ziekenhuis waar kinderen terecht komen, beschikt over een pijnreferentieverpleegkundige.

Het kinderpijnteam streeft volgende doelstellingen na:

- pijn wordt systematisch gemeten aan de hand van een pijnschaal, aangepast aan de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind;
- pijnstilling voor kinderen wordt niet intramusculair gegeven;
- preventieve middelen ter voorkoming van pijn worden optimaal benut;
- pijn wordt stapsgewijze en volgens protocols behandeld;
- niet-medicamenteuze pijnstillende technieken worden toegepast.

Een nauwe samenwerking met alle betrokken actoren alsook sensibilisatie en scholing vormen belangrijke componenten in de verwezenlijking van de vooropgestelde doelstellingen. De finale doelstelling van het project bestaat erin de aanpak van acute pijn bij kinderen in de Belgische ziekenhuizen te verbeteren en op elkaar af te stemmen. Een bijkomende doelstelling is om bepaalde pijnbehandelingen, na aanbevelingen aan het RIZIV, voor terugbetaling in aanmerking te laten komen. Aldus beoogt men de beleving van het kind in het ziekenhuis zo veel mogelijk pijnvrij te maken.

### Besluit

Pasgeborenen en kinderen worden in een ziekenhuiscontext vaak met pijn geconfronteerd. Pijn kan voor het kind nefaste gevolgen hebben zowel op korte als op lange termijn. Hulpverleners die voor kinderen zorgen, staan dus voor de belangrijke opdracht om pijn zo goed mogelijk preventief en curatief aan te pakken. Een adequate pijnbehandeling hangt vaak volledig af van de pijnbeoordeling van de omringende hulpverleners. Zorgverleners dragen bijgevolg een bijzonder grote verantwoordelijkheid in de zorg voor deze kwetsbare patiëntengroep.

### Literatuur

- Boelen Van der Loo W.J.C., Scheffer F., Haan R.J., Groot C.J. Clinimetric evaluation of the pain observation scale for young children in children's nose and throat surgery. *Dev. Behav. Pediatr.* 1999, 20: 222-227.
- Cignacco E., Hamers JP, Stoffel L, et al. The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic review of the literature. *Eur J Pain* 2007; 11:139-152
- Debillon T., Zupan V., Ravault FN., Magny J.F., Dehan M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. *Arch Dis Child Neonatal* 2001, 85 : F36-F41
- De Jonge A. & Tison D. Pasgeboren pijn score. *Leuvense neonatale pijnschaal. Nursing*; april 2006: 28-30.
- Fitzgerald M. - Development of the peripheral and spinal pain system. In: Anand K.J.S., Stevens B.J. and McGrath PJ (Eds.). *Pain in neonates*, 2nd revised and enlarged edition, Vol. 10, Elsevier Science, Amsterdam, 2000, p 9-21.
- Govaerts M. Handboek aanpak van acute pijn bij kinderen. Onuitgegeven publicatie in het kader van het Belgisch project 'Acute pijn bij kinderen' en de 'opleiding pediatrie pijn', 2008, Hoofdstuk 2, p1-4.
- Govaerts M. Pijn bij kinderen. *Percentiel 2007*; vol 12, nr5: 165-168. Huizinga G., Klok W., Molenkamp C. et al (red.). *Basisboek kinderverpleegkunde, Pijn*, 1998; 9.3: 324-336.
- Melzack R. & Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 150 (1965), p.971-979.
- Spagrud L.J., Piira T. & von Baeyer C.L. Children's self-report of pain intensity: The Faces Pain Scale - Revised. *American Journal of Nursing* 2003, 103 (12): 62-64.

# Hypnose:

## Efficiënte hulp bij pijn

### Een kostbare, kostenbesparende therapie!



'hypNOW' door Arjan Vanmeenen - [www.myspace.com/dreamcamera](http://www.myspace.com/dreamcamera)

#### dr. Nicole Ruysschaert

psychiater, president-elect European Society of Hypnosis,  
Public Relations VHYP Vlaamse Wetenschappelijke Hypnose Vereniging



Nicole Ruysschaert

#### Pijn: van prikkel tot belevenis

*Annie is druk bezig in haar keuken en terwijl ze ook kleine Jan in het oog houdt, stoot ze haar hand tegen een kokende waterketel. Ai, verdraaid, sneller dan haar denken, stroomt lauw water over de pijnlijke hand. Ze realiseert zich dat ze snel en adequaat reageerde zodat de pijn geleidelijk wegebt.*

*Ronny is een verwoed voetballer: tijdens een match vergeet hij de hele wereld. Vorige zondag kreeg hij een hevige duw, er volgde een serieuze val, een bloedende hak in zijn been. Hij speelde verder tot het einde van de match en merkte dan pas de ernst van het letsel. Een hechting was noodzakelijk.*

*Lena heeft sinds jaren last van buikpijn, darmkrampen en is ook erg depressief. Talrijke medische onderzoeken konden geen verklaring voor de pijn geven. Ze heeft als kind ernstige verwaarlozing en misbruik ondergaan. Ze vindt dat haar hele leven getekend is door pijn en lijden.*

Een pijnprikkel wordt langs zenuwbanen naar de hersenen geleid en kan bewust opgemerkt worden, zoals bij Annie. Bij Ronny is door de afleiding en focus op andere zaken de pijnprikkel niet meteen tot het bewuste waarnemen doorgesijpeld. Lena heeft als kind lichamelijke en psychische pijnlijke ervaringen meegemaakt die het pijnnetwerk in de hersenen hebben geactiveerd: ze blijft een lagere pijndrempel of een hogere gevoeligheid voor pijn ervaren.

Er is geen evenredig verband tussen de ernst van de pijnprikkel en de intensiteit van de pijnbeleving. Wanneer je angstig bent of boos, gefrustreerd en hulpeloos is de pijndrempel veel lager en ben je bijgevolg gevoeliger voor pijn. Wanneer je afleiding hebt, aandacht voor andere zaken buiten de pijn of je jezelf rustig voelt, veilig en ontspannen, is jouw pijndrempel hoger en ben je beter bestand tegen pijn. Sommige mensen lijden veel pijn zonder dat er een pijnprikkel is. Een voorbeeld hiervan is fantoompijn. Iemand bij wie een been geamputeerd werd, kan hevige pijn voelen in de tenen of in het been dat er niet meer is. Dit komt omdat er in de hersenen nog steeds bepaalde pijnbanen geactiveerd worden, die in verband stonden met dat been.

Bij de studie van pijn en pijnbeïnvloeding wordt een onderscheid gemaakt tussen de pijnintensiteit (hoe intens, sterk is jouw pijn op een schaal van 1 tot 10?) en de pijnervaring of het lijden door de pijn (hoe onaangenaam, hoe erg is jouw pijn?).

## Hypnose

*Wat is hypnose? Wat is zelfhypnose?*

De meeste wetenschappers die hypnose onderzoeken, zien hypnose als een *veranderde bewustzijnstoestand* of ASC *Altered State of Consciousness*. Deze toestand verschilt van slaap en verschilt van gewone dagdagelijkse bewustzijn.

Je kan hypnose ook als zelfhypnose bekijken, omdat uiteindelijk jijzelf actief betrokken bent. De rol van de arts of psychotherapeut die je bij hypnose begeleidt, kan je vergelijken met een gids. Wanneer je een nieuw parcours verkent, wijst de gids je de weg, maar je moet zelf ook wel stappen! Met behulp van begeleiding leer je stap na stap in hypnose gaan en ontdek je diverse hypnotische fenomenen die je kan ervaren. Een van de meest bekende en interessantste hypnotische fenomenen is de invloed op pijn: analgesia of pijnvermindering. Vele patiënten wensen meer inspraak en een actieve rol bij hun behandeling. Met hypnose kan je als patiënt actief meewerken aan jouw behandeling: je leert in hypnose gaan, de hypnose verdiepen, met suggesties werken en met beelden of metaforen. Nadat je de methode aangeleerd hebt, kan je zelf de pijn beïnvloeden met hypnose.

## Hypnose en pijnbeïnvloeding

*Voor wie?*

Sommige mensen zijn *hoog-hypnotiseerbaar*: vaak zijn dit mensen die goed kunnen focussen, creatief beelden kunnen oproepen, eventueel na bepaalde training meer van de hypnosefenomenen kunnen ervaren. Indien je hoog-hypnotiseerbaar bent, kan je met hypnose efficiënt invloed uitoefenen op de pijnintensiteit en actief het traject van de pijn moduleren.

De meeste mensen zijn middelmatig hypnotiseerbaar. Ook dan is hypnose zeer efficiënt. Je kan met hypnose een sterke invloed uitoefenen op de onaangename aspecten van de pijnervaring, de psychologische aspecten en de emotionele aspecten die met pijn verband houden. Daarmee kan je eveneens ernstige pijn beïnvloeden door onder andere aandacht van de pijn af te leiden, pijn in een andere context te plaatsen en meer toegang krijgen tot positieve emoties. Je bent niet langer slachtoffer, maar je ervaart controle.

*Voor welke pijn?*

- Acute of plotse pijn.

*Betty rijdt naar huis. Kleine Bram zit achteraan te brabbelen, nog snel naar de supermarkt, dan even langs oma, dat lukt nog wel. Plots wordt ze verrast, ze staat abrupt tegen een paal, voelt een scheurende pijn in de borstkas, een pijn in de heup. Ze zit klem. Ze voelt angst, paniek. Er is drukte rondom haar. Een luide schreeuw van Bram.*

Wat kan haar nu helpen? Bij ongevallen, slecht nieuws, overweldigende gebeurtenissen riskeer je spontaan in een negatieve hypnotische trance te gaan. In deze toestand ben je bijzonder gevoelig voor ongewilde negatieve suggesties: een bezorgd gezicht van de arts, woorden als *verbrijzeld*, *ernstig* of *dat ziet er slecht uit*.

Geluk heb je indien jouw zorgverlener deze toestand herkent en een positieve communicatie met je opbouwt. De negatieve trance wordt in een positieve, helpende trance omgezet. Je krijgt suggesties over relaxatie, een aangename ervaring die je laat wegdrijven van de pijn, je focust op comfortzones in je lichaam, je kan andere ervaringen zoals warmte of frisheid of zachtheid merken die de pijnervaring overheersen, je voelt een connectie die veiligheid en vertrouwen creëert.



Bij de acute pijn horen ook onaangename en pijnlijke medische onderzoeken of procedures, zoals tandbehandeling, colonscopie, catheterisatie. Werken met hypnose verhoogt het comfort voor de patiënt omdat er minder angst en pijn is. Het werk van de tandarts en de arts die met patiënten onder hypnose werkt verloopt makkelijker. De patiënt, volwassene en kind, laten zich beter behandelen. Er is een tijdswinst en een reductie van pijn en kosten. (Lang et al., 2000)

- Chronische of regelmatige pijn

Bij chronische pijn worden pijncircuits frequent geactiveerd. De pijn en het lijden nemen toe, door de herinnering aan pijn en de angst dat de pijn en het lijden blijven duren. Uiteindelijk leidt dit tot een hulpeloos, hopeloos gevoel, eventueel een depressie. Wanneer je hypnose leert en de invloed op pijn ontdekt, groeit er hoop en ontdek je hoe je controle op de pijn verwerft.

In een aantal wetenschappelijk opgestelde onderzoeken werd aangetoond hoe hypnose significante pijnvermindering gaf en dat het effect maandenlang bleef. Voor bepaalde pijnklachten gaf hypnose zelfs meer effect dan andere behandelingen (Elkins, G. et al., 2008). De levenskwaliteit van de patiënten verbetert door hypnosebehandeling: ze hebben een beter slaappatroon en zijn minder angstig (Jensen, M. et al., 2006).

*Hoe beïnvloedt hypnose pijn?*

Hypnose is een actief gebeuren. Na inductie van hypnose of zelfhypnose kan je de toestand van hypnose verdiepen en in jouw imaginatie een aangename omgeving of ervaring beleven. Je kan ook allerlei hypnotische fenomenen ervaren. Voor de pijnbeïnvloeding worden suggesties gegeven. Ze zijn op maat aangepast aan de persoon en het doel van de hypnose: suggesties kunnen gericht zijn op de pijnintensiteit of op de pijnervaring of het onaangename gevoel bij pijn, het pijnlijden. Naargelang deze suggesties worden andere zones in de hersenen geprikkeld.



Met hypnose is er onrechtstreeks pijnvermindering door de algemene ontspanning, spierontspanning en het aangenaam gevoel dat je kan oproepen of ervaren in hypnose. Invloed op de pijnintensiteit wordt bereikt met specifieke suggesties voor pijnvermindering of omzetten van pijn in een andere ervaring zoals warmte, frisheid, tinteling. De pijn kan verplaatst worden en in een minder storende plaats van het lichaam waargenomen worden. Prettige herinneringen of ervaringen kunnen overheersen, zodat de pijn op de achtergrond verdwijnt.

Invloed op de pijnervaring is het gevolg van suggesties voor angstreductie en afstand tegenover de pijn. Met metafore verhalen of beelden verandert de pijnbeleving.

Een gangbare theorie om het effect te verklaren, is dat je in hypnose een dissociatie tegenover de pijn ervaart en deze buiten jouw aandachtsveld parkeert (Hilgard, 1979). Ergens zijn dezelfde registratiemechanismen actief, maar je bent je niet bewust van de pijn of de pijn dringt niet door tot het bewustzijn.

Het klinisch werk vertaalt zich ook in veranderingen in hersenactiviteit. Onderzoek kon aantonen hoe hypnotische suggesties van analgesia of pijnverdooving de pijn op verschillende niveaus binnen het centrale zenuwstelsel beïnvloedt. Ter hoogte van het ruggenmerg worden vezels die pijnprikkels registreren, geblokkeerd. Dalende banen vanuit de hersenen naar het ruggenmerg dimmen de doorgang van pijnprikkels naar de hersenen (Marchand, 2002).

Recent onderzoek door Rainville (1999) heeft aangetoond dat volgens de formulering van de hypnotische suggesties meer invloed op de pijnintensiteit of meer invloed op pijnbeleving wordt uitgeoefend. Op de hersenscan (fMRI) konden ze aantonen dat met hypnotische suggesties voor pijnmodulatie de activiteit van de linker frontale zone in de hersenen toeneemt. Deze zone is ook actiever wanneer mensen positieve emoties ervaren. Dit heeft een invloed op de ACC-zone (anterior cingulate cortex) of het kruispunt van diverse banen die met pijn en emotieverwerking verband houden. Onder hypnose kan de patiënt invloed uitoefenen op zijn pijnervaring en eveneens de emotionele beleving of betekenis van pijn positief veranderen. De fysiologische prikkel kan even sterk zijn, maar de beleving van de patiënt is grondig gewijzigd en hij voelt minder pijn of de pijn dringt minder door tot het bewustzijn.

Professor Faymonville (2003) onderzocht met een hersenscan welke hersenzones actief zijn bij pijn: er was activiteitstoename in thalamuskernen en ACC zone. Wanneer hypnose de pijn reduceert, is er een duidelijke activiteitstoename in de *mid-cingulate cortex* een deel van de ACC-zone, het kruispunt van informatie-uitwisseling, waar pijnregistratie gemoduleerd wordt zodat de onaangename aspecten van pijn verminderen.

## Enkele toepassingen

Uitgebreide onderzoeken tonen dat hypnose nuttig is voor alle mogelijke pijn: pijn bij tandbehandeling, bevalling, pijn na operatie, chronische pijn, lage rugpijn, hoofdpijn. Hypnose is een effectief analgeticum en zou een integraal onderdeel

van elk behandelingsprogramma's voor pijncontrole moeten zijn (Barabasz, A. 2005). Professor M.E. Faymonville in het CHU, Universitair Hospitaal in Luik biedt patiënten hypnose aan als *hypno-sedatie*, een waardevol alternatief voor traditionele anesthesie. Meer dan 5.000 patiënten konden in de voorbije 10 jaar genieten van de voordelen hiervan: kortere hospitalisatie, sneller herstel en wondgenezing, minder infecties. Er zijn dus ook economische voordelen!

### Bevallingen

Een zwangerschap en bevalling is een natuurlijk fenomeen. Veel toekomstige ouders opteren voor natuurlijke middelen bij de geboorte van de baby.

Rita is voor de eerste maal zwanger en de onbekende wereld van zwangerschap, bevalling, lichamelijke veranderingen, verontrusten haar sterk. Tijdens de zwangerschap leert ze zelfhypnose. Zij oefent regelmatig en kan snel een diepe ontspanning bereiken, wat tijdens de arbeid makkelijk toepasbaar is. Tijdens zelfhypnose ontdekt ze een meer intense verbondenheid met haar eigen lichaam en voelt hoe de baby meer ruimte krijgt en vrolijk beweegt. Zij leert hoe ze pijnen kan beïnvloeden met hypnose en een voosheid of verdoofd gevoel oproepen. Kort voor de bevalling wordt in hypnotische trance de bevalling imaginair doorlopen. Contracties krijgen een positieve connotatie, omdat ze het moment van de geboorte dichterbij brengen. Met een gevoel van vertrouwen is ze optimaal voorbereid en kan ze op een actieve prettige manier de bevalling ervaren.

### Brandwonden

Met lichamelijke pijn, emotionele pijn, traumatische pijn, langzaam herstel, regelmatige pijnlijke verzorgingen, isolement op de brandwondenafdeling van het ziekenhuis kan het lijden groot zijn. Hypnose is bij uitstek geïndiceerd voor brandwondenpatiënten. Ze zijn meer receptief voor een behandeling met hypnose dan de gemiddelde populatie, door motivatie, hypnotiseerbaarheid en dissociatie (Patterson, 1997).

Een studie in het brandwondencentrum te Brussel onderzocht het effect van psychologische bijstand bij patiënten met brandwonden: er is een gunstige invloed op de pijn en een toename van de tevredenheid. Met hypnose was er een nog significanter pijnvermindering en nam de algemene tevredenheid van de patiënten meer toe (Frenay, M.C. & al.; 2001). Hypnosebehandeling geeft bovendien een vermindering van traumaherbelevingen en helpt dus bij het verwerken van emotionele gevolgen van het trauma (Shakibaei, F et al. 2006).

### Prikkelbare darm

De meest voorkomende problematiek in de praktijk van de maag-darmspecialist is prikkelbare darmsyndroom: een aandoening die zowel kinderen als volwassenen treft. De efficiëntie van specifieke darm-gerichte hypnotherapie op deze klachten werd bewezen bij volwassenen. De Nederlandse kinderarts Arine Vlieger (2007) kon aantonen dat kinderen met PBS door een hypnosebehandeling een significante vermindering van pijn bekomen.

### Pijn bij kanker

Christine heeft sinds jaren een cyste in de eierstokken. Bij de jaarlijkse controle leek deze vergroot en werd er preventief een ingreep gepland. Bij nader onderzoek waren er toch kwaadaardige cellen en kreeg ze onverwacht de diagnose kwaadaardig, kanker, verhoogde tumormarker. Ondanks sterke evolutie in de behandeling van kanker en hoge kans op genezing brengt de diagnose heel wat angst en onrust teweeg.

Hypnose is nuttig om patiënten positief voor te bereiden op een operatie met suggesties voor snelle wondgenezing, minder bloedverlies tijdens de ingreep, algemene ontspanning voor en na de ingreep. Hypnose is zinvol om de eventuele chemotherapie goed te verdragen en misselijkheid of nausea te voorkomen. Tannis Laidlaw (2002) deed een onderzoek waarbij ze kankerpatiënten een audiotape voor zelfhypnose gaf. Dagelijks beluisteren, gaf een verbetering van de stemming en een afname van angst. David Spiegel (1983) werkte met patiënten met uitgezaaide borstkanker. Ze volgden een groepstherapieprogramma met zelfhypnose en pijnmanagementmethoden. Ze werkten met suggesties om de pijn weg te filteren en andere gewaarwordingen in de pijnzones op te roepen. De patiënten genoten van een verbetering van stemming en significante pijnvermindering. Hun levensverwachting nam significant toe.

### Besluit

Er is voldoende wetenschappelijke evidentie om de werking van hypnose op pijn te verklaren. Bij invasieve medische procedures helpt hypnose bij pijncontrole en verhoogt het comfort zowel van de patiënt als van de arts en tandarts. Een aantal chirurgische ingrepen kan onder lokale anesthesie verlopen met hypno-anesthesie: ook bepaalde risicopatiënten bij wie een algemene narcose zou tegenaangewezen zijn, kunnen zo in aanmerking komen voor de noodzakelijke ingreep. Door sneller herstel verkort de periode van opname in het ziekenhuis: dit betekent ook een economisch rendement. Voor meer chronische pijn krijgen patiënten zelf meer controle: hun pijnklachten verminderen, medicatie inname vermindert en ze genieten een betere levenskwaliteit. Het nut van hypnose bij pijnbehandeling is voldoende bewezen met wetenschappelijk onderzoek dat de werking en de effecten verklaart. Hypnose kan terecht aanspraak maken op een volwaardige plaats in elke pijnkliniek of setting voor pijnbehandeling. De vraag van patiënten naar hypnose is groot. Naarmate meer hulpverleners een opleiding in hypnose volgen, kunnen ook meer patiënten van deze behandelvorm genieten.

### Literatuur

- Barabasz, A & Watkins, J. (2005) Hypnotherapeutic Techniques 2 E Brunner Routledge. New York. (p. 232)
- Elkins, G., Jensen, M.P., & Patterson, D.R. (2007) Hypnotherapy for the management of chronic pain. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 55 (3): 275-287
- Faymonville, M.E., Roediger, L., Del Fiore, G., Delgueldre, C., Lamy, M., Luxen, A., Maquet, P. & Laureys, S. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. Brain Res Cogn Brain Res. Jul; 17 (2):255-62

- Frenay, M.C.; Faymonville, M.E.; Devlieger, S.; Albert, A. & Vanderkelen, A. (2001) Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. Burns. Dec; 27 (8): 793-9.
- Hilgard, E.R. (1979) Divided consciousness in hypnosis: The implications of the hidden observer. In E.Fromm & R.Shor (Eds) Hypnosis: Developments in research and new perspectives (2nd ed.) New York: Aldine.
- Jensen, M.P., McArthur, K.D., Barber, J.B., Hanley, M.A., Engle, J.M., Romano, J.M., et al (2006). Satisfaction with, and beneficial side effects of hypnosis analgesia. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.54 (4): 432-447
- Laidlaw, T. (2002) Self-Hypnosis tapes for anxious cancer patients: an evaluation using personalised emotional index (PEI) diary data. Contemporary Hypnosis, issue 19.1
- Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., Berbaum, K.S., et al (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. Lancet, 355, 1486-1490.
- Marchand S, Sluka K, Le Bars D, Rainville P. (2002) Symposium: Endogenous Pain Modulation Systems: From Fundamental Research to Clinical Application. Program and Abstracts of the 21st Annual Scientific Meeting of the American Pain Society; March 14-17, Baltimore, Maryland. Abstract 310.
- Patterson, D., Adcock, R.J., Charles H. (1997). Factors predicting hypnotic analgesia in clinical burn pain. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 45 (4), 377-395.
- Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, et al. (1999) Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. Pain. 82:159-171.
- Shakibaei, F.; Harandi, A.; Gholamrezaei, A. Samoei, R. & Salehi, P. (2008) Hypnotherapy in Management of Pain and Reexperiencing of Trauma in Burn Patients. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 56 (2):183-197
- Spiegel, D., & Bloom, J.R. (1983) Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. Psychosomatic Medicine. 45, 333-339.
- Vlieger, A., Menko-Frankenhuys, C., Wolfkamp, S., Tromp, E. & Benninga, M. (2007)
- Hypnotherapy for Children With Functional Abdominal Pain or Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial (Gastroenterology)



Neverland door Katerina Fisenko - www.katrim-a.com

*Pijn- heeft in zich een Blinde Vlek-  
Zij weet niet meer wanneer  
Zij is begonnen- Of er ooit  
Een tijd was zonder haar-*

*Zij heeft geen Toekomst- dan zichzelf-  
In haar Oneindigheid  
Rust haar Verleden- dat van Pijn  
De nieuwe Tijd -al weet.*

EMILY DICKINSON

Uit: *Gedichten vol. 1.* Amsterdam: G.A. van Oorschot. 2005.

# Pijn, een caleidoscopisch zicht op ons veelzijdige bestaan



**Anne-Flor Vanmeenen**  
moreel consultant CMD Roeselare

Met bijzondere dank aan dr. Louis Ferrant,  
huisarts in Brussel,  
medewerker Centrum voor Huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen



Anne-Flor Vanmeenen

Pijn is als filosofisch begrip wellicht even stekelig als de reële ervaring ervan kan zijn. Je krijgt er geen werkelijk vat op, hoe en met welk instrumentarium je er ook naar grijpt. De onmiddellijkheid en de verpletterende massiviteit van de beleving zorgt ervoor dat we stom staan voor de feiten. Pijn scheurt je af van de wereld en werpt je terug op de grootst mogelijke eenzaamheid, de fundamentele *condition humaine*. Je wordt gekneveld, opgesloten in een prelinguïstisch stadium, alleen kreten en woordstompjes kunnen nog vorm geven aan de intensiteit van de ervaring -of misschien zelfs dat niet meer. De ondeelbaarheid en onmededeelbaarheid van een pijnervaring verdubbelt haar gewicht. Dat gedeelde smart, halve smart is, gaat dus maar in beperkte mate op.

Maar als er nauwelijks van *vanuit* pijn te praten valt, kunnen we er dan wel *over* praten? Rijkelijk, zo illustreert deze hele *Antenne* en dat hoeft geen tweederangsdiscours te zijn. Verschillende antropologen, psychologen, wetenschappers en filosofen hebben hun licht al over deze materie laten schijnen en elk dragen ze bij tot het voltooien van de puzzel. Deze puzzel heeft echter een meerdimensionaal karakter en iedere invalshoek is dus noodzakelijk om het beeld te vervolledigen. Daarom besteedden we graag ook een artikel aan de fusie van al deze diverse bevindingen en bedenkingen over pijn. Een poging om eens een en ander op een rijtje te zetten en recht te doen aan de onvatbare complexiteit van pijn, om de mens te reconstrueren aan de hand van zijn ergste vijand, zijn lijden.

## Voorzichtig op weg: het kluwen

Pijn is als geneeskundig, biologisch en wetenschappelijk verschijnsel een interessante zaak. Er gebeurt steeds meer onderzoek naar, onder andere omdat we steeds meer van mening zijn dat pijn geen zinvolle (zie later) of onontkoombare zaak meer is en anderzijds omdat de chronische en onverklaarbare pijnproblemen zich steeds hoger beginnen op te stapelen. Aansluitend stimuleren ook maatschappelijke tendensen, zoals de vergrijzing en dus steeds grote groepen mensen met een precare gezondheidssituatie, de zoektocht naar betere pijnbestrijding. Maar pijn is in meerdere of mindere mate altijd een *totaalpijn*. Pijn kan niet herleid worden tot een sensorische ervaring; emotionele en cognitieve ver- en

bewerkingen van de binnenkomende zintuiglijke informatie vinden in een parallelgeschakeld proces plaats. Pijngewaarwording is dus geen formele registratie van pijnlijke prikkels, maar een geïntegreerde perceptuele ervaring. En perceptie is per definitie persoonlijk, wisselend en onderhevig aan sociale, culturele, tijdruimtelijke en andere invloeden. Laten we stap voor stap deze intrigerende kluwenervaring proberen uiteen te rafelen in haar constituerende draden.



'Fortuna' door Arjan & Anne-Flor Vanmeenen

### Eerste draad: het individuele aspect

Het zal niemand verbazen dat de beleving en interpretatie van pijn sterk gekleurd zijn door persoonlijke aspecten. Om te beginnen is er al de rauwe biologische basis. De één heeft een hogere pijndrempel dan de ander, de genetische aanleg en de neuronale structuur zorgen ervoor dat exact dezelfde pijn in exact dezelfde omstandigheden toch nog anders kan worden beleefd.

Ook de leeftijd speelt een rol: baby's, kinderen, volwassenen en senioren voelen pijn allemaal, op een subtiel tot grondig verschillende wijze, anders aan. Het is een detail dat niet zo overdreven veel aandacht krijgt, maar niettemin zeer grote gevolgen kan hebben. Een pijnbestrijding die tekort schiet, heeft namelijk mogelijke repercussies op het gehele verdere leven. Uit onderzoek bleek dat jongentjes die zonder verdoving besneden werden merkbaar pijngevoeliger bleven dan hun collega's die wel (geheel) verdoofd werden. We kunnen alleen maar gissen wat het effect is van al die vroegere ingrepen op baby's zonder adequate verdoving, omdat men ervan uitging dat ze *toch niet echt pijn konden beleven*. Misplaatste en ontoereikende pijnbehandeling kan dus leiden tot -eventueel definitieve- veranderingen in het zenuwstelsel, pijnperceptie en pijngedrag.

Dit brengt ons dan weer een stap dichterbij het effect van 'leerervaringen'. Fysiologie beïnvloedt psychologie, maar ook omgekeerd. Elk lijden wordt binnen een biografische

context ingeschreven. Hoe werd pijn vroeger gekoppeld aan andere gebeurtenissen? Was pijn meestal langdurig, gecompliceerd, ingrijpend en/of vernietigend? Ging ze gepaard met misbruik, trauma's of hevige onmacht?

Verder spelen ook de psychologische structuren van de pijnlijder een rol. Bestaan er stoornissen als borderlinepersoonlijkheid, obsessief-compulsiviteit, afhankelijkheidsstoornis, aanleg tot depressie, angstproblemen, falend agressie-management? Zij creëren weliswaar de pijn niet, maar ze kunnen er wel sterk invloed op hebben. In het artikel van dr. Leroy worden deze samenhangen nader bekeken.

Los van elke mogelijke stoornis spelen ook onze opvattingen en verwachtingen een grote rol. Is pijn een teken van zwakte? Betekent de erkenning van psychische invloeden dat je een manipulatieve of aandachtsbehoevende fnuiker bent? Heb je in een verkeerde houding geslapen of heb je -ja, je bent het haast zeker- een tumor? Is de wetenschap zo onfeilbaar dat voor elke pijn een fysiologische oorzaak kan aangewezen worden? Heeft een ervaring alleen maar bestaansrecht als er een tastbaar substraat aan ten grondslag ligt? Welke catastroferende gedachten of invaliderende pijnmythes spelen jou parten? Ze dienen zich doorgaans niet aan op een dienblaadje, maar reken maar dat we allemaal een portie op zak hebben. Het magere rationeel-emotieve denken binnen het therapeutisch landschap heeft wel deze verdienste dat ze dit pijnlijk bloot heeft gelegd.

Pijn is dus een verwevenheid van individuele psychische en fysieke factoren. Het is helemaal geen minimalisatie van de klacht of een stigmatisering om te zeggen dat het ook *tussen je oren* zit. Het is de onverdunde realiteit, en het heersend dualistisch denken (lichaam vs. geest) vertroebelt heel wat zelfinzicht en (hulpverlenings)relaties. Het is echter van primordiaal belang dat dit op een respectvolle wijze aangebracht wordt. Maar al te vaak grijpt men terug naar psychische invloeden, omdat men *uitgedokterd* is op de lichamelijke knelpunten. Dan heeft men de patiënt niet alleen de hele tijd bevestigd in zijn dualistisch en dus beperkt denken, maar men levert hem nog eens over aan de wanhoop door naar het andere uiterste te verwijzen op zodanige wijze dat de patiënt nog liever crepeert dan hierop in te gaan. Zo ontdekt hij zichzelf niet in zijn verborgen volledigheid, hij voelt zich gewoon aan de dijk gezet en miskend.

De persoonlijkheid bepaalt dus de pijn en de pijn ook de persoonlijkheid. Een vreemde stelling, omdat we ook het omgekeerde moeten erkennen. Pijn kan een totale deconstructie van de identiteit met zich meebrengen. Hij drijft een wig tussen de vanzelfsprekende eenheid van lichaam en geest, tussen subjectief en objectief niveau. Hij maakt je een vreemde voor jezelf en de anderen. De pijn wordt gezien als een indringer, een vreemde externe kracht die moet bestreden worden. Tegelijk is de pijn wel deel van jou, aardt hij in jouw lichaam en jouw geest, je kunt er niet los

van komen want hij zit diep geworteld *in* jou. Je wordt je eigen ergste vijand, de pijn legt een bom onder alles wat je dacht te zijn, te kunnen, te begrijpen en te denken. Om vanuit deze verbijzelande deconstructie weer vorm te geven aan jezelf, is een loodzware opdracht. Marta Zarzycka licht in haar artikel over kunst een beetje toe hoe sommigen creatieve, taaie geesten erin slagen.

## Tweede draad: het sociale

Een mens leeft zijn leven natuurlijk doorgaans niet in z'n eentje. Als we het hebben over 'leerervaringen' bijvoorbeeld kunnen we daar ook anderen bij betrekken. Misschien reageerde je omgeving buitengewoon hevig als je pijn opgelopen had en heb je dit dramatische reactiepatroon ook geadopteerd? Misschien kreeg je net alleen aandacht als je pijn had en werd pijn zo onbewust een welkome gast? Misschien is jouw pijn de enige manier die je zijn kan vinden om spanningen of frustraties te evacueren? We denken dan aan het kind met chronische klachten dat een gezamenlijk zorgproject vormt voor de ouders die eigenlijk met behoorlijk wat relatieproblemen kampen maar daar dan niet hoeven bij stil te staan. Of de partner met aanslepende hoofdpijn, wiens vrouw meent 'Onze relatie is niet goed, ik had hem al lang verlaten, maar iemand met zulke pijnen laat je toch niet in de steek?'. Of mensen met alexithymie, die wel gevoelens hebben, maar amper kunnen detecteren en benoemen, en daardoor vaak terugvallen op lichamelijke uitingen.

Er zijn heel veel situaties en variaties op dit thema mogelijk. De systeemtheorie van Minuchin bijt zich onder andere vast in dergelijke visies. Het is een levensgroot en dieptragisch misverstand dat ook hier de pijnlijder voor simulant versleten wordt omdat de oorzaak van zijn klacht in een samenspel van sociale factoren wordt gezocht. De mens valt niet uiteen in allerhande onderdeeljes: lichaam, geest, gezin... Die opdelingen zijn puur artificieel, een handigheidje om de terreinen wat af te bakenen. Om het plastisch en plomp te zeggen: de mens is gewoon één pot nat en pijn is daar een duidelijke indicatie van. Pijnklachten zijn een mogelijke uitdrukkingwijze van wat binnen in borrelt en bruist, en bijlange niet altijd het uitsluitend gevolg van een letsel of aandoening. Waarom aan deze eenvoudige stellingname zo'n vies luchtje kleeft, is onduidelijk. Zouden psychische of sociale problemen dan minder ernstig te nemen zijn dan fysiologische? In elk geval is het heilzaam deze morele verstrikkingen onder ogen te zien. Medisch ingrijpen op een klassieke manier is hier niet zinnig. Dit heft de desintegratie niet op, maar stabiliseert het leven gewoon op een lager niveau. Alsof je iemand met leerproblemen gewoon een richting 'lager' stuurt in plaats van eerst na te gaan waar het schoentje wringt.

Er is natuurlijk nog meer sociale context dan het gezin. Ook de sociale klasse, voor zover dat begrip niet te gevoelsgeladen is, speelt een zekere rol. Arbeiders die op lichamelijke

arbeid als bron van inkomen vertrouwen, hebben een andere relatie tot hun lichaam dan langer geschoolden. Arbeiders verdragen doorgaans meer en langer pijn voor medische hulp wordt ingeschakeld. Het morele systeem wordt daaraan aangepast, van de nood wordt letterlijk een deugd gemaakt en een hoge pijntolerantiedrempel wekt waardering op. Daarmee is ook duidelijk dat de werkplek zelf ook haar invloed uitoefent op de ervaring en beleving van pijn. Omstandigheden van werkplek schijnen overigens betere voorspellers van werkhervatting te zijn dan biomedische gegevens, vooral bij arbeidsgerelateerde pijnklachten<sup>(1)</sup>.

## Derde draad: de cultuur

Een nog ruimere inbedding van de mens en zijn pijn is uiteraard de cultuur. Zij bepaalt mee welke uitdrukkingvormen getolereerd zijn, wat een gepast hulpzoekend gedrag is, welke zorgsystemen voor handen zijn...

De culturele, talige aanduidingen van pijn bepalen wat de categorieën van pijn zijn. De Sakhalin Ainu in Japan spreken bijvoorbeeld over berenhoofdpijn, spechtenhoofdpijn en inktvishoofdpijn al naar gelang de pijn dof dreunt, onophoudelijk tikt of een zuigend effect lijkt te hebben. Latino's in Noord-Amerika onderscheiden dan weer hoofdpijn van hersenpijn. De leefwereld en de culturele innesteling tekenen dus mee de contouren af van de soorten pijn.

Ook de uitingen worden cultureel gereguleerd. In een nogal eenzijdig, maar suf geciteerd onderzoek van Zborowski kwam bijvoorbeeld duidelijk naar voor dat Italianen behoorlijk wat meer uitdrukking gaven aan hun klachten dan pakweg Ieren, ook al ging het om hetzelfde soort klacht. Het gevaar schuilt er dan ook in dat hulpverleners met een ontoereikende multiculturele ingesteldheid zich laten misleiden door dit soort taferelen. Het is ook nogal wies dat het numeriek aanduiden van pijnintensiteiten dezelfde culturele breuklijnen volgt als de verbale uitingen. Het kan ook tot ernstige misverstanden leiden. Bekijken we bijvoorbeeld de casus van een Algerijnse vrouw in barensnood. *Zij geeft luid en levendig uiting aan haar pijn, zoals dat in haar cultuur ook gepast is. Het personeel begrijpt echter niet voldoende haar taal en gaat uit medeleven over tot het toepassen van een epidurale verdoving. De dame in kwestie begint echter nog veel heviger en paniekeriger te roepen. Na tussenkomst van een tolk blijkt ze ongerust geworden te zijn omdat ze haar benen niet meer voelt*<sup>(2)</sup>. Of hoe misverstanden en misinterpretaties elkaar kunnen in het leven roepen en houden.

Men ziet al bij baby's uit verschillende culturen vanaf twee maanden een verschillende manier van reageren op pijn<sup>(3)</sup>. Wellicht heeft wat in de literatuur wordt omschreven als het *tuningproces* tussen moeder en kind dan reeds voldoende invloed gehad om subtiele verschillen te installeren. Dat het verschil niet genetisch geworteld is, illustreert dat allochtone kinderen van goed ingeburgerde ouders, net zoals hun ouders, meer reageren volgens de huidige cultuur dan volgens hun cultuur van herkomst.

Het spreekt voor zich dat stereotypes niemand vooruit helpen, maar het erkennen van deze culturele verschillen is toch een noodzaak die sterk wordt onderschat, zeker ook bij ons. Omdat dit culturele aspect, in tegenstelling tot het psychosociale elders in dit tijdschrift niet verder uitgediept wordt, laten we graag dr. Louis Ferrant, huisarts in Brussel en medewerker Centrum voor Huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen even aan het woord om te dagelijkse realiteit te concretiseren. Volgens hem is "de aanwezigheid van migranten in onze samenleving zo opvallend geworden dat het niet alleen de politieke agenda bepaalt, maar dat het ook voor artsen en andere hulpverleners een uitdaging is geworden in hun dagelijkse praktijk." Ook de verschillen in omschrijving van klachten zijn hem niet vreemd. Hij geeft het voorbeeld van *Ahmed, een 43-jarige Marokkaan, die hem sinds enkele weken raadpleegt wegens een pijn die vertrekt vanuit de linker lies en eindigt op zijn kruin. Hij vertelt dat hij zeker weet dat zijn nieren dor zijn geworden. Wanneer u deze laatste zin hoort, wordt u duidelijk dat hij ervaart dat zijn levenskracht aan het afnemen is en dat hij misschien depressief is.* Hij vult daarbij aan: "In deze zin wordt een depressie vaak miskend door artsen omdat ze verpakt zit in een somatisch discours. Het is inderdaad belangrijk te beseffen dat in de Marokkaanse en Turkse cultuur het welzijn eerder geuit wordt in termen van fysieke gezondheid dan van een psychologisch evenwicht. Psychische pijnen worden als fysieke pijnen geuit. Deze neiging tot somatiseren is een gelegitimeerde manier om onvermogen, mislukking, frustratie, malaise en dergelijke kenbaar te maken."

Of neem nu *Najib, een 56-jarige Marokkaan die sinds enkele maanden klaagt van pijnlijke knieën. Er wordt in de anamnese geen enkel organisch aanknopingspunt gevonden en er wordt niet ingegaan op zijn vraag naar een radiografie en een bloedonderzoek. Hij komt toch terug op raadpleging omdat de huisarts zijn opgroeiende kinderen vroeger goed verzorgd heeft en nadat zijn oudste zoon ter sprake komt, vertelt hij dat hij continu met deze laatste in ruzie ligt. Er wordt over zijn rol als vader gesproken en de klachten verdwijnen tijdens de daaropvolgende gesprekken.* "De persoon wordt er eerder gekarakteriseerd door zijn fysieke aanwezigheid en functioneren in de groep dan door zijn 'persoonlijkheid'. Spanningen zouden in deze groepen niet de kans krijgen zich psychologisch te uiten omdat het 'ik' zich niet als zodanig mag legitimeren. En van de gevolgen van zulke culturele opvatting is dat een ziekte als de depressie op een andere manier ervaren wordt maar ook geuit."

Dezelfde pijnen, dezelfde klachten en toch een wereld van verschil. De communicatieproblemen in de zorgverlening gaan dan ook veel verder dan de klassieke taalproblemen. De multicultureel geïnspireerde arts, die broodnodig is, wordt sterk in zijn competenties aangesproken. Kan hij zijn latente vooronderstellingen opzij schuiven en zich open stellen voor hele andere visies?

Daarnaast zijn er natuurlijk binnen elke cultuur nog de tijdsgebonden ziekte-trends. Tuberculose is bij ons heden ten dage een ziekte die meer afkeer en gefrons opwekt, dan medeleven of interesse. Tijdens het *fin de siècle* fenomeen slaagde 'La dame aux Camélias'<sup>(4)</sup> er echter wonderwel in om gracieus en op literair beschrijvingswaardige wijze weg te kwijnen aan deze ziekte. Rond 1900 werd een verwoestende ziekte als syfilis, die wild om zich heen greep, ook in kunstenaarsmilieus, dan weer geacht om originele en inspirerende gedachten op te leveren. Geen een die dààr nu nog om zou juichen! En waarin zijn de bijna epidemische *flatneuroses* en *huisvrouwsyndromen* van de voorbije decennia opgelost? Het menselijk lijden is van alle tijden, maar kan toch andere vormen aannemen of een andere naam krijgen, anders door tijd en cultuur gewaardeerd en geïnterpreteerd worden.

#### Vierde draad: religie en zingeving

De cultuur gaat natuurlijk hand in hand met de zingevende kaders. De religie bijvoorbeeld legt een bepaald mens- en wereldbeeld op en daaruit spruiten allerhande consequenties voort, ook voor de pijnbeleving. Zo maakt het een groot verschil in beleving als je pijn als straf, als loutering of als noodwendigheid van het lot wordt gezien<sup>(5)</sup>. Het bepaalt hoe je jezelf ziet (zondaar, uitverkorene of pechvogel), hoe anderen jou zien en hoe je omgaat met je pijn (nederig, opstandig). Het stipuleert of je mag klagen (de joodse Job kreeg nog die vrijheid), moet cultiveren (want zo kom je dicht bij God) of beschaamd moet zwijgen (want je hebt het verdiend). De religieuze context biedt een beheersingsstrategie, vragen als waarom ik en waarom nu, kunnen enigszins bezworen worden. Met het afbrokkelen van de religieuze kaders echter, brokkelt ook de zingeving af en moet van voren af aan worden gezocht naar nieuwe antwoorden. In de gesecculariseerde wereld zijn we in dezelfde naaktheid overgeleverd aan de brute kracht van pijn. Er is geen *hogere rechtvaardigheid* die kan onderbouwen waarom jij net dit moet ondergaan; als God al bestaat, houdt hij zich meestal niet meer bezig met dat soort dingen. Wat zondige Adam en Eva mispeuterden, of nieuwsgierige Pandora uitgevreten heeft, doet er al helemaal niet meer toe, die zijn al lang verwezen naar het rijk der metaforische verhalen. Gepaard gaand daarmee rukt de *algofobie* (pijnvrees) en de intolerantie voor pijn en ongemak zienderogen op. Tegelijkertijd breken de verdovende en pijnbestrijdende middelen door als een bestaansgerechtigd onderdeel van de geneeskunde. Pijn heeft geen zin en moet dus niet meer... of pijn moet niet meer en dus verliest hij zijn zin. We zitten dus met een stel kippen en eieren opgezadeld, maar wat er ook eerst was, de omelet ziet er hetzelfde uit: pijn is een wreed anachronisme dat dringend de wereld uit geholpen moet worden. Dat is niet alleen onze kans, maar zelfs een morele plicht. Dit nobele streefdoel kan veel moois inspireren, maar tegelijk werpt het ook een invaliderende waas van mist over de hele zaak. Pijn wordt gedegradeerd of gereduceerd van metafysische of morele kwestie tot louter technische aangelegenheid. Het belang van algemene

levenskunst wordt hierbij schromelijk veronachtzaamd. Wie niet kan geholpen worden met pijnbestrijding, die is een gedoemde sukkelaar. De pijnlijder levert zijn automaatlichaam over aan de arts en als hij het later onverrichter zake terug krijgt, staat hij machteloos. Constructieve manieren van omgaan met en herkaderen van pijn worden in zo'n perspectief eerder als een doekje voor het bloeden, dan een volwaardige levenshouding gezien. Dat legt de mens, die zoveel competenties in zich heeft, volledig lam.



Anderzijds moeten we beseffen dat de secularisatie van onze samenleving, of in elk geval van de wetenschappen, niet universeel is. Om het opnieuw even dicht bij huis en concreet te houden: voor de meeste migranten uit de islamitische wereld valt alles wat wij onder 'psychologie' klasseren nog steeds onder religie. Vooral op dit vlak is er veel aandacht voor de religieuze genezers. Deze zijn talrijk, goed georganiseerd en hebben subspecialisaties. Dr. Ferrant noemt onder andere fqé's die Koranverzen neerschrijven, imams die amuletten meegeven om bovenhuids te dragen, imams die djinns (geesten) kunnen uitdrijven door middel van rituelen, maraboets die een zegenende kracht bezitten die onder meer bescherming biedt tegen het boze oog. De dames beschikken op hun beurt over sahara's, vrome vrouwen met goed psychologisch inzicht en de chaouafa's, eerder negatief ingestelde vrouwen, die met behulp van bijvoorbeeld een kledingsstuk, de bezitter ervan trachten te manipuleren.

Voor mensen die tussen twee culturen in laveren en hun zingeving als een patchwork moeten proberen samen te stellen, staan de zaken er lastig voor. Kenmerkend is de gespletenheid in hun opvattingen en gedrag, die duidelijk naar voor komt in het voorbeeld van volgende allochtone vrouw. Ze *consulteert haar arts omwille van aanhoudende hoofdpijn. Wanneer de arts polst naar haar psychosociale welzijn wil ze zich verweren. Vanuit het klassieke westerse idee ziekte-heeft-een-oorzaak, roept ze uit dat ze toch gewoon aan 'émigraines' lijdt. Door deze lapsus komt een ander verhaal aan het licht. De arts verwijst haar uiteindelijk door naar een maraboet, waar zij opgelucht om is. Gevangen tussen twee discours, moest ze eigenlijk van haar klassieke arts de 'toestemming' krijgen om een religieus genezer op te zoeken*<sup>(6)</sup>.

### Strik rond het geheel: de context

Voor we afzwaaien mogen we de eeuwige invloed van de context niet over het hoofd zien bij de analyse. Het maakt een wereld van verschil in welke omstandigheden je pijn oploopt en ervaart. De fakir wendt zijn aandacht af van de pijn; de bokser gaat op in de kamp en incasseert meer slagen dan een gewone sterveling ooit aankan; de atleet, voortgedreven door competitiedrang en joelende toeschouwers, voleindigt de wedstrijd met een letsel dat ons weken aan bed of zetel zou kluisteren; de soldaat in het heetst van de strijd merkt pas minuten later dat zijn been gruwelijk opengereten is. Het zijn stuk voor stuk situaties die deel uitmaken van het algemene leven, maar toch weer een ander accent toevoegen aan het beeld. Aandacht is van groot gewicht bij de verwerking van pijn. Soms willen we hem niet voelen, soms kunnen we hem niet voelen, soms voelen we hem meer dan voor de hand ligt.

De mate van begrip van de situatie speelt even goed een rol. Patiënten die goed ingelicht zijn over de komende operatie en de oorzaak van hun postoperatieve pijnen, genezen sneller en met minder nood aan pijnbestrijding, dan collega's die in het duister gehouden worden. Het effect is zelfs merkbaar bij baby's die aanzienlijk rustiger zijn en beter recupereren als de moeders een uitgebreide uiteenzetting kregen over de situatie van hun kleine spruit.

Ten derde doet de mate van controle die we hebben over de pijn ook een grote deuk in het zakje van relevante invloeden. Pijn die we kunnen controleren, wordt doorgaans als minder hevig ervaren en weergegeven dan pijn die ons overkomt. Om deze reden is pijn dan ook een lastig studieterrain binnen de laboratoria en vooropgezette experimenten. Nog om deze reden is de folterpijn misschien wel de ergst denkbare. De structurele oorzaken die je pijn bezorgen en die in hun anonimiteit misschien nog hoop laten op beterschap (wat als ik morgen opsta en de pijn is even mysterieus verdwenen als hij gekomen is?), krijgen hier plots een concreet aangezicht. *Jij* wordt persoonlijk gevisieerd, iemand wil je doelbewust kwetsen en is niet van plan om daar snel mee

op te houden. Het enige vluchtplan dat daar nog bestaat, is het mentaal ontsnappen aan de situatie. Deze controle behouden we namelijk altijd in meerdere of mindere mate: hoe en waaraan we denken.

De fantasie is dan ook een van de krachtigste pijnbestrijdingsmiddelen denkbaar. De effecten daarvan zijn bijvoorbeeld zichtbaar in het placebo-effect en in hypnose (zie artikel Nicole Ruyschaert). Ook de manieren waarop je pijn verwoordt en bekijkt, zijn daaraan gelinkt. *Pijn hebben* laat meer ruimte voor controle en initiatief over dan *pijn lijden*, de invloed van taal en metaforen is niet te onderschatten. De controle moet dus niet noodzakelijk in de feitelijkheid liggen om effect te hebben. Waarom zou dat ook, als de geest mee het ontstaan bepaalt, dan kan hij wellicht ook het verloop of uitdoven mee bepalen.

Tot slot laten ook kleine randvoorwaarden zich opmerken als contextuele invloeden. 's Nachts wordt pijn meestal als erger ervaren dan overdag. In een groene omgeving wordt minder pijnbestrijding gevraagd dan in een *stad van beton*. Details die ziekenhuizen zeker zouden moeten in acht nemen.

## Ontknoping

Pijn en pijn is dus twee. Is dus eigenlijk wel honderd of duizend, zoveel als er mensen, tijden, plaatsen, culturen en omstandigheden zijn. De sociosomatische processen die geschiedenis en sociale relaties op het lichaam inschrijven, kunnen niet gereduceerd worden tot biologische terminologie. Pijn wordt nooit beleefd in een fysiologisch vacuüm en kan dus niet enkel vanuit de fysiologie benaderd worden. Ik zou het biopsychosociale model dat dr. Leroy zo meesterlijk verdedigd in zijn stuk over chronische pijn dus graag nog verder uitrekken en er nog meer elementen aan toevoegen. Dat wil dan ook zeggen dat elke pijnlijder vanuit een op het randje af uitputtend omvangrijke diversiteit aan inzichten moet benaderd worden. Multidisciplinariteit is geen luxe, het is een noodzaak als we de lijdende mens in al zijn verstrengelde dimensies recht willen doen.

Hiermee pleit ik uiteraard niet voor het afbouwen van effectieve pijnbestrijding. In tegendeel, de schizofrene houding van hedendaagse geneeskunde is verbijsterend. Enerzijds is er steeds meer aandacht voor pijn, maar anderzijds blijft het aspect *cure* sterk doorwegen op het aspect *care*, met al zijn gevolgen voor patiënten die met hun pijn grotendeels in de kou blijven staan. De geneeskunde en de wetenschap in het algemeen hebben zeker een sleutelrol te vervullen in het streven naar een beter bestaan. Toch zijn ze niet alleen deel van de oplossing, maar ook deel van het probleem. De valse dichotomieën die ze ons oplegt of bevestigt, dwarsbomen een diepgaand begrip van wat pijn is. Ook haar kleurende vooronderstellingen kunnen ons een rad voor ogen draaien. Voor een stuk speelt de roes van de maakbaarheidmythe ons hierbij collectief parten. Pijn hoort als weerbarstig, lastig te klasseren verschijnsel niet thuis in dit plaatje of het beeld moet netjes getrimd en bijgeschaafd worden tot een soort

*biologische salonpijn*. De brute, rauwe ervaring van een vijandigheid inherent aan het leven, is een doorn in het oog. Pijn toont het kwetsbare, het vluchtige, het onmachtige van de mens. Het leven en de wereld *zijn* niet perfect, ze zijn ook niet *ontworpen om goed te zijn*. Ze bestaan gewoon en als een organisch, evolutionair bepaald gegeven barsten ze van de fouten. De strijd aanbinden tegen deze gebreken is een nobele zaak, die veel ellende effectief de wereld uit kan helpen. Maar laten we nuchter blijven, we kunnen de wereld



ook niet perfect *maken*. Pijn zal dus altijd een zinsvraag oproepen, zal ons altijd tarten en grenzen stellen aan wat we zinvol kunnen vinden. Hij betekent een scheur in het weefsel van ons onbevraagd en/of dapper strijdend bestaan. Deze scheur kan ook betekenis brengen, kwelling geeft toegang tot een andere hoedanigheid, de psychisch veilige wereld wordt aan flarden gereten en dit levert nieuwe inspiratie op. Picasso kwam bijvoorbeeld tot zijn kubisme mede onder impuls van zijn geselende migraines.

Maar niet iedereen slaagt erin zijn lijden (deels) om te buigen tot iets positiefs en net daarom verdient pijn onze aandacht. We moeten ons zelf mee in de strijd inschakelen om pijn van zijn moreel belastende lading, zijn eenzijdige, culpabiliserende of belemmerende keurslijf te ontdoen en de lijdende mens zo ademruimte schenken. Stigmatiserende psychosomatiek zouden we moeten open trekken tot een bredere *psychosemantiek*, zonder daarmee daadkrachtige pijnbestrijding opzij te zetten. De pijnlijder, acuut of chronisch geplaagd, verdient zijn autonomie terug die de pijn hem ontfutselt.

### Voetnoten

- 1) Onderzoek geciteerd in: Kleinman, Brodwin, e.a. (eds.) *Pain as human experience*. University of California Press. 1992.
- 2) Casus afkomstig uit: David Le Breton. *Anthropologie de la douleur*. Editions Métaillié: Parijs. 1995.
- 3) Onderzoek geciteerd in: Kleinman, Brodwin, e.a. (eds.) *Pain as human experience*. University of California Press. 1992.
- 4) Roman van Alexandre Dumas jr. die later ook bewerkt werd tot toneelstuk en opera.
- 5) Pijn komt trouwens van 'poena', hetgeen 'straf' betekent. Ook formuleringen als *avoir mal* appelleren nog aan het moreel negatieve karakter van pijn. Zelfs in een geseclariseerde wereld, kunnen wij deze lading niet helemaal van de term losweken. Heel vaak roept ook de doorgedreven atheïstische pijnlijder uit *waar hij dat toch aan verdient heeft*.
- 6) Casus afkomstig uit: David Le Breton. *Anthropologie de la douleur*. Editions Métaillié: Parijs. 1995.



# Enkele reflecties over pijn



**prof. dr. Walter Verraes**  
erehoogleraar UGent, vakgroep Biologie,  
gewezen voorzitter H.V.V. en H.V. Gent



Walter Verraes

## Inleiding - organisatie van het leven

In tegenstelling tot relatief eenvoudige atomen, anorganische moleculen en al wat meer gecompliceerde organische moleculen, tot macromoleculen toe, betekent het evolutief verschijnen van (prokaryotische en eukaryotische) celorganisaties die tot reproductie in staat zijn een enorme stap in de evolutie van de materie sinds de big bang, zo'n 12,7 miljard jaar terug. Alleen die materieorganisaties die kunnen omgaan met destructiegevaaren maken statistisch meer kans om zich te vermenigvuldigen. Als dat vermogen erfelijk is, dan is het duidelijk dat letselvermijdend gedrag in de enorm lange keten van organismen ingebakken zit. Op schade aangedaan aan celorganellen en aan het goed functioneren van de cellen in kwestie, kan in een aantal gevallen adequaat worden gereageerd zonder dat er van bewustzijn sprake hoeft te zijn. Bewustzijn is nodig om pijnervaringen te kunnen hebben, met andere woorden er kan zeker een hele periode in de biologische evolutie geweest zijn<sup>(1)</sup> waar fysiocochemisch op destructieve factoren gereageerd werd zonder dat hiermee pijnervaring gemoeid was. Om bewustzijn en pijn te kunnen hebben, dienen zenuwcellen tot complex gestructureerde breinen te zijn geëvolueerd die in staat zijn tot een ik-constructie. Er zijn ook vandaag heel wat organismen die geen zenuwstelsel hebben (bacteriën, zwammen, planten en eencellige dierlijke (= heterotrofe) organismen of meercellige diersoorten die een eenvoudig zenuwstelsel hebben (sponzen, zeeanemonen, kwallen) dat niet tot een breinstructuur is geëvolueerd. In welke mate ongewervelde diersoorten met zenuwstelsels en hersenen die nog zeer sterk afwijken van deze van zoogdieren tot bewustzijn en tot pijnervaring in staat zijn, is een onbeantwoorde vraag.

Ethisch gezien genereert bewustzijn van pijn lijden en vormt het omgaan met pijn en lijden bij zichzelf en in het sociaal verkeer allicht nog meer bij andere medemensen een fundamenteel element in elke moraal.

De mens wordt dusdanig door pijn en lijden beroerd dat hij op veel wijzen zeer ingrijpend helpend, pijn lenigend in de bres kan springen en er ook zodanig door geraakt wordt dat er aangrijpende kunstwerken in alle disciplines van gemaakt worden door de eeuwen heen, waarin we onszelf herkennen en die onze lotsverbondenheid onderstreept en consolideert.

## Wat is pijn en wat betekent het?

In regel onderscheidt men lichamelijke en mentale -of psychische- pijn<sup>(2)</sup>. In beide gevallen gaat het ten volle om een

biologische fysico-chemische waarschuwingssystemen die de betrokkene verwittigen dat er gevaar is of dreigt met betrekking tot de survival. Het gaat hierbij om onaangename ervaringen (ik heb, beleef, voel pijn) die iemand (meestal) ongewenst overvallen, en niet primair om gemoedstoestanden (gevoelens van blijheid, angst, woede, verdriet, afkeer, respectievelijk in allerlei gradaties), waarin men zich meer ten volle persoonlijk-existentieel bevindt.

Pijnbelevingen vormen signalen die ook secundair emotionele gevoelens (= emotionele responsen) oproepen bij de betrokkene.

Pijnbeleving vindt primair, door de buitenwereld niet gezien, en dus innerlijk plaats, terwijl de emotionele respons erop door de pijnlijder vaak wel uiterlijk objectief te zien is<sup>(3)</sup> en vaak nog eens begeleid door verbale uitingen naar andere mensen toe eveneens een signaalwaarde krijgt die twee effecten kan hebben. Hij kan op zijn beurt een hulp biedende respons oproepen bij de buitenstaander en daarnaast kan zo'n uitwendig zichtbare pijnrespons ook een waarschuwingswaarde hebben voor soortgenoten (cfr. ook een alarmkreet), waardoor soortgenoten zullen opletten zich niet zo te gedragen als de pijnlijder.

Er zijn twee tegengestelde soorten ervaringen die een versterking in het geheugen opwekken. Een eerste geval is wanneer we iets erg prettigs meemaken, dan worden in de hersenen stoffen (onder andere dopamine) vrijgemaakt die dit gevoel opwekken en de bron van blijheid zo mogelijk nog doen opzoeken. Ze bevorderen de evenwichtstoestand (homeostase) van de persoon, wanneer uiteraard bepaalde grenzen in de obsessionele richting niet overschreden worden. De domeinen waarin dit gebeurt, zijn zeer verscheiden en persoonsgebonden.

Ten tweede waarschuwen pijnervaringen diegene die ze beleeft ervoor dat er voor hem/haar een survivalbedreiging is. Kort gezegd worden fysiologisch nociceptoren op zenuwceluiteinden geprikkeld door stoffen die door beschadigde lichaamscellen worden vrijgemaakt (ontstekingsmediatoren zoals prostaglandines, bradykinine, serotonine en histamine). De pijnprikkelgeleiding gebeurt snel via dikke gemyeliniseerde A-delta-zenuwvezels en traag via dunne niet-gemyeliniseerde C-zenuwvezels. Er zijn ook zenuwbanen die langs het sympatisch zenuwstelsel verlopen. De snelle prikkels worden verder langs het ruggenmerg naar de hersenen geleid alwaar ze door het bewustwordingsproces als een korte hevige pijscheut worden beleefd. De trage prikkels genereren in de hersenen een langer durende, knagende, doffere pijn. Een dergelijke waarschuwing is erg nuttig en nodig. Wie een lichamelijke beschadiging heeft opgelopen en daarbij geen pijnervaring opdoet, zal met die beschadiging vaak geen rekening houden en gedrag vertonen dat die beschadiging vergroot. In feite zouden we een beetje blij moeten zijn dat we pijnervaringen genereren in plaats van helemaal niet, ware het niet dat de pijnbeleving onprettig is en allerlei pijngraden, tot het onuithoudbare toe, kan bereiken, wat diverse niveaus van lijden genereert en het focus-

sen op andere bewustzijnsinhouden hypothekeert. Wanneer een orgaan erg in gevaar is, kan er van dat orgaan een signaal via zenuwbanen naar het ruggenmerg lopen en een afweerreactie van het ruggenmerg terug naar dat orgaan, vooraleer we ons daarvan bewust zijn. Dit komt omdat de zonet beschreven weg korter is en daarom sneller wordt doorlopen dan de pijnprikkelweg die van het beschadigd orgaan naar het ruggenmerg en van het ruggenmerg nog eens helemaal naar de hersenen loopt, om van daar uit nog eens tot een motorische respons ver in het lichaam te leiden. Als voorbeeld wordt altijd het aanraken van een hete plaat met de hand aangehaald: de hand wordt goed meetbaar reeds teruggetrokken vooraleer een signaal naar de hersenen onze ik-constructie over de pijnbron heeft ingelicht.

Behalve het feit dat een sterke pijnervaring ook zeer snel in het bewustzijn waarschuwt dat lichaamscellen beschadigd worden, heeft een pijnprikkel ook een sterk memoriserend effect. Men denkt immers wegens de bewuste pijnervaring nog geregeld aan de pijn en de oorzaak ervan, waardoor het LTM (*long term memory*) geactiveerd wordt. Daardoor is de betrokkene vaak in staat zelfs na één enkel erg pijnlijk voorval zich levenslang te hoeden voor het opnieuw lopen van hetzelfde soort pijngevaar genererend risico.

Niet alleen het voorwerp van pijnbeleving, maar ook de graad van pijngevoeligheid<sup>(4)</sup> is persoonsgebonden. Dat mannen statistisch kleinzeriger zijn dan vrouwen, is bij mijn weten wetenschappelijk niet bewezen. Er bestaan ook natuurlijke endogene morfineachtige pijninhiberende mechanismen. In het stressvolle *heetste van de strijd* (bijvoorbeeld bij het voetballen) kan door middel van endorfines (die het best op C-vezels werken) pijnervaring tot op zekere hoogte onderdrukt worden<sup>(5)</sup>, zodat de aandacht naar andere nog meer acute survivalzaken kan gaan. Pas nadat de strijd en de stress voorbij zijn, treedt de pijnervaring meer op de voorgrond.

Heel het arsenaal aan pijngenererende en endogeen pijninhiberende mechanismen is uiteraard genetisch bepaald en heeft ongetwijfeld een aanzienlijke evolutieve voorgeschiedenis, maar in allerlei culturen kunnen de beleving of/en de hieraan gekoppelde gevoelens door opvoeding en training aangescherpt of onderdrukt worden. Voorbeelden van onderdrukking door mentale fixatie op andere zaken vindt men bijvoorbeeld bij fakirs die op puntige voorwerpen gaan liggen en bij mensen die op blote voeten over een bed gloeiende kolen lopen. In deze gevallen traint men zodanig dat het bewustzijn heel sterk op iets totaal anders (bijvoorbeeld iets heel prettigs) geconcentreerd is. Wanneer een aldus op zijn act voorbereide fakir zich onverwacht in de keuken in een vinger snijdt, dan ervaart hij die pijn gewoon evenzeer zoals iedereen.

### Op de grens

Pijnervaringen worden ook in bepaalde gevallen opgezocht en aanvaard, zoals bij masochisme, waarbij de bevrediging naar ik vermoed allicht gelegen is in het aangename gevoel dat ontstaat na het ophouden van de pijnprikkels. Ik denk dat we

dat zelfs allemaal een beetje kennen, wanneer we een CO<sub>2</sub>-houdend drankje opdrinken en eerst een lichtpijnlijke prikkel als een tinteling van een gevormd zuur (H<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>) op de tong (eigenlijk finaal in de hersenen ervaren in de projectiezone van de tong), die zodra die pijnprikkel ophoudt, een welzijnscompensatie oplevert. Een onaangename, pijnlijke ervaring kan trouwens ook in een niet-masochistische context aanvaard worden wanneer men hoopt of weet dat ze beterschap zal opleveren. Zo kan men de korte pijn van een verdovingspuit

niet echt zeker is dat deze diersoorten pijn bewust ervaren. Zo trekken indianen zonder enige wroeging pluimen uit levende kolibries, waarbij ze denken dat deze juweelvogeltjes geen pijn ervaren. *Are they wrong or not?* Natuurlijk zal een levende vogel tegenspartelen en piepen wanneer zijn pluimen worden uitgetrokken, maar dit bewijst niet dat zij bewust pijn beleven zoals wij, evenmin als het noodzakelijk is dat een in twee geknipte regenworm kronkelt van de pijn, ook al wekt dit bij ons zo'n indruk op.



'Kraak' door Arjan Vanmeenen - [www.myspace.com/dreamcamera](http://www.myspace.com/dreamcamera)

bij de tandarts trotseren (proximate-doelstelling) om later van een langdurige, vaak erge tandpijn verlost te worden (ultimate-doelstelling). Idem bij het slikken van een slecht smakend medicament of het ondergaan van een pijnlijke medische ingreep (bijvoorbeeld een chemo- of radiotherapie) in de hoop daardoor van een erge, levensbedreigende kwaal te worden verlost of die tenminste tijdelijk te doen indijken.

### De betekenis van de pijnervaring

Een belangrijke functie met betrekking tot de ervaring van pijn is dat het in vele gevallen medeleven opwekt en andere mensen aanzet tot pijnverminderend gedrag (van ouderlijke tot heel de precieze medische en verplegende op wetenschappelijke kennis gestoelde zorgketen van geboorte tot dood in ontwikkelde samenlevingen). Wanneer een medemens zelf al eens eerder een bepaalde soort pijn heeft beleefd, dan zal hij doorgaans geneigd zijn uw pijnuitingen, die hij natuurlijk nooit op dat moment zelf kan beleven, behoorlijk in te schatten (mits de juiste signalen gegeven worden)<sup>(6)</sup> en is hij geneigd indien mogelijk adequaat helpend in te springen. Dit empathievermogen wordt door mensen vaak uitgebreid naar andere diersoorten, terwijl

### Wortels van een ethisch appel en dilemma's

Doe niet aan een ander wat je zelf niet graag ondergaat, en doe aan anderen wat je zelf ook graag hebt dat bij jou gebeurt, behoort tot de kern van de humanistische ethische voorschriften. In die context vormen het vermijden van de oorzaken van pijn hebben en pijn aandoen, en het daaraan gekoppeld lijden, een fundamenteel element in de opbouw van een levensbeschouwing. Aan deze gedragsregel zit een reflexieve win-winstrategie en een puur biologische factor, die als de extensie van de broedzorg kan beschouwd worden, gaande van zorg voor soortgenoten die geen eigen nakomelingen zijn, in concentrische cirkels uitgebreid naar zorg voor vele andere diersoorten.

Nogal wat mensen blijken evenwel bereid te zijn in fake wetenschappelijke experimenten pijnprikkels toe te dienen aan een proefpersoon die vooraf verzekert helemaal akkoord te zijn zich aan de pijnproef te onderwerpen, bijvoorbeeld zagezegd om een medische kennisdoeleinde. En er zijn ook ethisch behoorlijk moeilijke dilemma's denkbaar. Denken we aan volgende situatieschetsen:

Slechts door één persoon te doden, kan men het leven van tien andere mensen redden. Wanneer die ene persoon een

vijand is en die tien andere medestanders, dan is het ethisch probleem allicht meestal snel opgelost. Wanneer die ene persoon een medestander is en die tien andere vijanden, dan zal men allicht geneigd zijn de medestander te laten leven en de tien vijanden daardoor te laten omkomen. Wanneer het niet om vijanden en medestanders gaat, maar om allemaal neutrale personen, dan ligt het probleem veel moeilijker. Sommigen zullen geneigd zijn daadwerkelijk één persoon te doden en er zo tien andere redden, maar één persoon actief doden wekt veel weerstand op, dit in tegenstelling tot niets te doen en zo het leven van één persoon te redden en dat van tien andere op te offeren. Wanneer die ene persoon een familielid of een vriend is en die tien andere niet, dan ligt het probleem ethisch kennelijk veel moeilijker. De biologische uitleg hiervoor heeft met het *kinship-altruïsme*<sup>(7)</sup> te maken in vorig geval en met de mogelijkheid van reciprociteit van altruïsme ingeval van niet directe genetische verwantschap: *if you scratch my back I'll scratch yours en: if I scratch your back you'll scratch mine (I hope so)*. We kunnen de ethische problematiek nog uitbreiden door het ene individu respectievelijk een mensaap, een aap, een zoogdier (huisdier of niet), een vogel, een reptiel enzovoort te laten zijn en de tien andere individuen mensen, of laat die tien andere mensen eens bevordering van wetenschappelijke kennis zijn voor medische doeleinden. De lezer kan de ethische dilemma'schetsen zelf nog verder aanzienlijk uitputten en eens bedenken wat ethisch in elke situatie te doen. Allemaal erg moeilijk, denk ik.

Bij folteringen brengt men zonder toestemming van de gefolterde pijn toe teneinde van hem/haar iets te weten te komen dat de opdrachtgevers interessant vinden of nog wordt er gepijnigd als een vorm van straf, in naam van een ideologie of religie.

Iemand gevangen zetten voor een vergrijp wordt vaak niet alleen als een gerechtvaardigde straf beschouwd, maar ook als een middel om de gevangene tot inkeer te brengen, zodanig dat hij later geen misdaad meer zal plegen.

In heel wat culturen werden/worden pijnervaringen als rechtstreeks ingrijpende goddelijke sancties beschouwd. Ook als adept van ideologieën of religies kan men zijn trouw hieraan door pijnnaanvaarding bewijzen<sup>(8)</sup>, en zelfs denken door pijn en zelfopoffering *zijn hemel* te verdienen.

Psychopaten blijken ook pijn te kunnen toebrengen zonder daarbij zelf emotioneel geraakt te (kunnen) worden. Medeleven blijkt bij mensen met autismespectrumstoornissen beperkt te zijn.

### Mentale pijn

Naast de pijn die desgevallend ontstaat bij beschadiging van lichaamscellen<sup>(9)</sup> komt zoals in het begin van dit artikel gezegd ook *mentale* pijn en lijden voor, waarbij geen lichaamscellen beschadigd zijn. Het gemis van wie of wat iemand erg dierbaar is, leidt tot lijden, omdat bepaalde gewaardeerde, een goed gevoel opwekkende relatiepatronen min of meer abrupt worden afgebroken. We kunnen

bedenken dat alle vriendschappen die wij sluiten eindigen met het overlijden van één der partijen<sup>(10)</sup> en dus leiden tot mentale pijn. Dat weten is nu eenmaal onvermijdelijk *la condition humaine*, die heel de mensheid als wetende lotgenoten broederlijk zou kunnen verbinden, en ons zijn en onze relaties een bijzondere dimensie zou kunnen geven. Dit inzicht impliceert een mentale maturiteit die kinderen en een aantal lichamelijk volwassen mensen niet hebben, bij gebrek aan een reflexieve algemeen humane opvoeding.



Dit soort lijden kan slechts vermeden worden door geen vriendschappen aan te gaan, maar dan is het leven van sociale dieren zoals wij nagenoeg onleefbaar. In wijsgerige stromingen zoals het oud-hellenistische stoïcisme en het Chinese boeddhisme wordt getracht aan het lijden te ontsnappen: in de eerste stroming door het zich richten op algemene rationele zaken, in ascese en alleen onder goede vrienden te leven, ver van het dagelijks gewoel, in de tweede filosofie door vormen van onthechting na te streven, zonder evenwel vriendelijkheid en mededogen uit te sluiten, maar deze wel gelijkmoedig toe te passen. Het zich bevrijden van het lijden door onthechting wordt in het boeddhisme als *de wijsheid van de leegte* (dat wil zeggen het niet hebben van verlangens) beschouwd. Deze stromingen hebben met het ontwijken van mentale pijn te maken en leiden tot een tempering van het engagement, dit in vergelijking met de overgave aan het genieten en de onvermijdelijke koppeling aan het eens pijnlijk verliezen van de bron ervan.

### Beleven niet-menselijke dieren pijn?

Beleven niet-mensen ook pijn? Een moeilijke vraag, waarop we hogerop al zinspeelden. We kunnen niet eens de pijn van andere mensen als zodanig beleven, maar beschouwen ze als alter ego's op grond van hun uitwendig gedrag dat we herkennen als datgene wat we ook zelf tentoonspreiden wanneer we pijn beleven. We zijn geneigd deze alter ego-opstelling ook in hoge mate toe te passen wanneer we aan pijn geassocieerd gedrag zien bij diersoorten die evolutief erg dicht bij ons staan, zoals mensapen, apen en andere zoogdieren. Vissen kunnen bij het optreden van lichaamsbeschadiging wel vluchtgedrag vertonen, maar hebben zij een vorm van pijnbeleving, al dan niet vergelijkbaar met de onze? Quid bij ongewervelde diersoorten, van meercellig tot eencellig, die allemaal indien mogelijk bronnen van

lichaamsbeschadiging zullen ontvluchten. Incluseren we in deze problematiek ook een veelheid aan parasieten die we willen uitschakelen. De hersenen of zenuwstelsels van allerlei diersoorten verschillen aanzienlijk van elkaar en bij eencelligen is er geen sprake van een zenuwstelsel, hoewel ze fysicochemisch sensitief zijn.

Het toekennen aan niet-menselijke soorten van pijnbewustzijn zoals bij ons noemen we een antropomorfisme.

Het vermogen tot (b)lijkt niet tot de mens te zijn beperkt. Zo is gefilmd hoe in een dierentuin een gorilla een mensenkind dat in de kuil is gevallen waarin deze dieren vertoeven, het jongetje in zijn armen nam en er mee naar de deur stapte langs waar de oppasser normaal passeert. Een andere mensaap nam voorzichtig een vogeltje in zijn kooi op, klom er mee in een boom, spreidde de vleugeltjes van het vogeltje uit en liet het voor zich los, kennelijk in een poging het (gezond en wel) te laten vliegen.

Ook vleermuizen laten toe dat vleermuizenjongen die niet hun nakomelingen, maar wel soortgenoten zijn, gezoogd worden, een gedrag dat hongergevaar en pijnervaringen indijkt. Ook laten nogal wat moederdieren toe dat niet-soortgenoten mee gezoogd worden en zelfs bepaalde krokodillen zorgen enigszins beschermend voor babykrokodilletjes die niet hun eigen jongen zijn. Bij ons is er steeds een cognitief bewust aspect aan verbonden, maar zorgzaam gedrag bij andere diersoorten kan optreden zonder dit bewuste cognitief facet. Of er bij bepaalde diersoorten die helpend optreden echt sprake is van een of andere vorm van inlevingsvermogen (die niet zo doordacht hoeft te zijn als bij ons het geval is) blijft echt een vraag, die we bij mensapen enigszins positief menen te mogen beantwoorden. In sociale staten van bijen, wespen en mieren zien we dat allerlei gedrag waardoor de staat goed functioneert, genetisch gereguleerd is, en acties en responsen helemaal fysicochemisch bepaald worden. Ook bij eencelligen is gedrag dat tot de survival van individuen leidt en daardoor tot de survival van de soort over meerdere generaties genetisch, fysicochemisch gereguleerd. In deze gevallen hoeft hieraan geen bewustzijn en dus geen pijnbeleving gekoppeld te zijn. Ook allerlei dode stoffen gaan met elkaar wel of niet reacties aan met attracties en afstotingen. Vele diersoorten vertonen een gedrag waarbij letsel aan hun bouwplan genetisch ingebouwd vermeden wordt of de omstandigheden van opgelopen letsel (of onaangename prikkels) onthouden worden en in de toekomst vermeden worden. Bouwplanletsels gaan bij ons gepaard met pijnervaringen, maar vergelijkbaar gedrag kan ook bij een groot deel van de levende wereld evolutief ingebouwd zijn zonder pijnervaring. Vanaf welke hersencomplexiteit bewustzijn en het vermogen tot pijnervaring is ingebouwd, weten we niet. Ik hoop dat deze problematiek in de toekomst verder wetenschappelijk en ethisch verantwoord verder kan geëxploreerd worden, want dit bepaalt mede hoe we met andere diersoorten omgaan.

Op de vraag van hierboven kan ik alleen antwoorden: ik weet het niet, maar ik hanteer het voorzichtigheidsprincipe

en heb er geen behoefte noch plezier aan onnodig letsel aan andere organismen toe te brengen. Maar wanneer is iets nodig of niet nodig? *That's the question.* Over het uitschakelen van parasieten kunnen we het nog eens worden.

#### Voetnoten

- 1) De oudste sporen op onze planeet gaan terug om zo'n 3,8 miljard jaar.
- 2) Die is in feite ook lichamenlijk. Met 'mentaal' wordt bedoeld dat het proces zich fysicochemisch alleen in de hersencircuits afspeelt, terwijl met 'lichamelijk' bedoeld wordt dat er circuits zijn die buiten de hersenen beginnen maar evenwel ook naar de hersenen lopen. Het hoofd, met daarin de hersenen, hals, romp en ledematen, behoren uiteraard allemaal tot het 'lichaam' en alles wat zich in het lichaam afspeelt is lichamenlijk, fysicochemisch materieel.
- 3) Bijvoorbeeld wit worden van schrik of pijn, roepen van pijn, rood worden van woede, tranen krijgen van verdriet enzovoort.
- 4) Er bestaan pijnschalen waarmee de pijngraad enigszins kan worden ingeschat. Objectieve uitwendige pijngraadmeters zijn cardiovasculair (hypertensie, tachycardie), respiratorisch (tachyhypnoe, oppervlakkige ademhaling), stijging van de spiertonus, toename van de oogpupildiameter, het optreden van een rode of bleke huid. Ook worden de pijnervaringen in de tabellen ingecalculeerd door de pijnlijder te ondervragen.
- 5) Daardoor kunnen exogeen toegediende morfinepreparaten op dezelfde receptoren inwerken en zo ook een pijninhiberend effect hebben.
- 6) Kleine baby's huilen vaak zonder dat we precies genoeg weten waarom ze schreien en dat compliceert meer dan eens adequaat helpend gedrag, zeker bij ouders die geen medische professionals zijn, maar wel vol wensen zitten.
- 7) Voorkeur tot het eerder helpen van genetisch nauwere verwanten.
- 8) Zelfkastijding inbegrepen.
- 9) Sommige lichaamsdelen zijn ongevoelig, zoals de binnenwand van bloedvaten, de hersenen zelf en beenderen.
- 10) Behalve wanneer beide partijen besluiten simultaan hun leven te beëindigen of wanneer ze ongewenst tegelijk overlijden.

#### Concessies in de supermarkt

*Ik betaal mijn boodschappen aan de kassa.*

*'Hoe gaat het?' vraagt hij.*

*Ik kijk in zijn ogen, voel de neiging hem met de waarheid te verbijsteren.*

*Maar die wil hij echt niet weten.*

*Dus ik kies voor een aardig, neutraal minzaam woord zonder betekenis.*

*Een dik woord dat de mond vult.*

*'Goed', zeg ik tegen zijn schouder,*

*'het gaat prima met me.'*

LINDA MARTINSON

Uit: *Poëzie van de pijn*. Amsterdam: Candide. 1998.



MASK yourself door Arjan Vanmeenen - www.myspace.com/dreamcamcia

# De pijn voorbij -

## perspectieven op chronische pijnproblemen



### De naamloze vennootschap pijn

Iedereen heeft zich wel eens gestoten of gesneden. Je weet hoe het voelt, wat je wel en wat je niet moet doen, hoe lang het gewoonlijk duurt voordat de pijn weer overgaat. De meeste alledaagse pijnklachten zijn vrij goed te verhelpen. Toch ben je opgelucht als ze weer over blijken te gaan. De pijn bij een lichte kneuzing van het lichaam doet een belle-tje bij je rinkelen. Je onderbreekt even je dagelijkse bezigheden en neemt je voorzorgen om het niet erger te laten worden. Je wordt voorzichtiger. Vaak reageer je positief op een geruststelling over je toestand, zeker als die er gunstig uitziet. Je wordt minder angstig en daardoor kun je de pijn beter verdragen. Het helpt ook als je aandacht wordt afgeleid door een gesprek over iets anders.

Anders is het als de pijn maar niet weggaat, als je eerste reacties om je leed te verlichten op niets uitdraaien. Tijd dus voor een andere afspraak. Dan speelt hoe je met pijn bent opgevoed een belangrijke rol: je manier van reageren is meestal cultureel bepaald. Blijft de pijn duren, dan kom je op het einde in een sukkelstraatje terecht. De pijn wordt op den duur ook nog nutteloos. Je begint je af te vragen waaraan je hem hebt verdiend en waarom de pijnervaring een uitzichtloze weg geworden is, je weet allang niet meer wat je verkeerd hebt gedaan en je hebt er geen flauw benul van hoe het zal aflopen. De ervaring die je met acute pijn hebt opgedaan, helpt je geen zier verder.

**dr. Bart Leroy**

psychiater, psychotherapeut, docent



Bart Leroy

Maar wat is pijn nu eigenlijk? De nu internationaal geaccepteerde definitie van pijn luidt:

*Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die verbonden is met werkelijke of potentiële weefselbeschadiging of die in termen van een dergelijke beschadiging wordt beschreven.* Deze definitie appelleert aan het veelzijdige karakter van pijn. Het pijngevoel schiet wortel in de neuronale structuren en de neurofysiologische processen die betrokken zijn bij het opmerken en verwerken van een stimulus die weefsel schade berokkent. Hierbij zijn de lokalisatie, de intensiteit en de duur van de prikkel van wezenlijk belang. Daarnaast zit er ongetwijfeld een affectieve kant aan pijn. Pijn is onaangenaam, wordt soms als ondraaglijk ervaren; angst en depressie kunnen het gevolg zijn. Ook heel wat mentale gebeurtenissen bepalen mee de pijnervaring. Hoe interpreteer je de huidige situatie in vergelijking met eerdere ervaringen? Welke houding neem jij aan tegenover de pijn? En in hoeverre ben je vatbaar voor suggestie?

Het onderscheid tussen acute en chronische pijn lijkt op het eerste gezicht eenvoudig: acute pijn duurt kort, chronische pijn houdt langer aan. Acute pijn is een teken van weefselbeschadiging; chronische pijn is als het ware blijven hangen, ook al is de aanvankelijke beschadiging niet meer aantoonbaar of zelfs nooit vast komen te staan. Acute pijn is vooral een fysiologisch probleem, terwijl bij chronische pijn vooral psychologische en sociale dimensies komen kijken die het fysiologische probleem op den duur gaan domineren.

Bij nader inzien is het onderscheid tussen acute en chronische pijn echter niet altijd zo evident. Neem nu de tijdsduur: er bestaan nogal wat meningen over hoe lang de pijn moet duren vooraleer ze chronisch kan worden genoemd. In wetenschappelijk pijnonderzoek neemt men een grens van zes maanden aan: pas als de pijn langer dan een half jaar aanhoudt, spreekt men van chronische pijn. Er zijn echter ook andere opvattingen. Sommige wetenschappers gaan ervan uit dat een weefselbeschadiging na ongeveer zes weken dient geheeld te zijn, tenminste bij een gedegen medische behandeling. Blijft de klacht daarna bestaan, dan is volgens hen sprake van chronische pijn. Andere onderzoekers zijn daarin nog duidelijker: indien de behandelende arts met kennis van zaken vindt dat de pijn langer aanhoudt dan normaal mag worden verwacht, is er sprake van chronische pijn. Weer andere onderzoekers leggen de grens tussen acuut en chronisch op drie maanden.

Een ander onderscheid luidt dat bij acute pijn het somatische aspect op de voorgrond treedt. Bij chronische pijn, echter, zouden eerder psychologische en sociale agitatoren de pijn bepalen. Maar eigenlijk spelen zowel het somatische, het psychologische als het sociale vrijwel altijd samen, of de pijn nu acuut of chronisch is. Het is niet zomaar duidelijk welke van de drie factoren waar, wanneer en hoe de bovenhand krijgt. Het vastleggen van een duidelijke grens tussen acuut en chronisch is vooral van belang voor het wetenschappelijk onderzoek: zo zijn de resultaten van verschillende onderzoekingen onderling beter vergelijkbaar. In de praktijk is een duidelijke afbakening minder belangrijk. Tenslotte komen in een pijnkliniek meestal lijdens terecht die al jaren door klachten geplaagd worden.

Acute pijn is een alarmsignaal. Ze waarschuwt je dat je lichaamsweefsel averij heeft opgelopen. Je moet jezelf rust gunnen om de genezing van het letsel toe te laten. Zo

gezien heeft acute pijn een biologische beschermingsfunctie. Tegelijk is het een tastbare gebeurtenis waarvan je veel kunt leren. Daardoor kun je nieuwe gevaarlijke situaties beter inschatten. Het is duidelijk dat acute pijn uiteindelijk vanzelf overgaat, als je er maar voldoende tijd voor neemt. Het advies van de klassieke geneeskunde luidt dan ook: passief wachten op je heling. Alvast dient hier opgemerkt te worden dat zo'n passieve houding niet helpt in het geval van een pijn die steeds weer terugkomt.

Wat gebeurt er fysiologisch bij acute pijn? Hartslag en bloeddruk stijgen, ook de spierspanning verhoogt en de pupil wordt wijder; de speekselvloed vermindert; op het hormonale vlak (adrenaline en noradrenaline) gebeuren er kenmerkende veranderingen. Al deze wijzigingen zijn vergelijkbaar met wat zich afspeelt bij bedreigings-, angst- of paniekreacties. Geneesmiddelen met een angstremmende werking of psychologische tussenkomsten die de angst te lijf gaan, resulteren dan ook vaak in een afname van de pijn.

Chronische pijn is een pijn die van geen wijken weet. Het tergende pijngevoel lokt weer andere fysiologische en psychologische reacties uit. Je raakt bijvoorbeeld maar niet uitgeslapen. Geleidelijk gaan ook deze zelf opgeroepen reacties ongewild deel uitmaken van het pijnsyndroom. De pijn wordt als het ware destructief.

In tegenstelling tot acute pijn heeft chronische ogenschijnlijk geen enkel biologisch nut. De klassieke geneeskunde, die nogal geneigd is om de patiënt passief te laten wachten, weet meestal geen raad en slaat dan ook de bal soms mis. Als je aan chronische pijnen lijdt, zul je juist zeer actief moeten deelnemen aan je genezingsproces. Pas dan maak je een kans om de vicieuze cirkel waarin je verzeild bent geraakt, te doorbreken. Een verergering van chronische pijn is zelden het gevolg van een nieuw letsel of een aanwakking van je ziekte.

De mensen rondom jou weten niet goed hoe ze met je chronische probleem moeten omspringen. Dat wekt onvermijdelijk het idee op dat je onbegrepen achterblijft. Je voelt je uitgestoten. Op den duur gaan chronische pijnlijders minder en minder over hun pijn spreken. Daardoor gaat de omgeving geloven dat de pijn niet meer (of minder) aanwezig is. Het grote misverstand loert hier reeds om de hoek... We beschouwen een chronische pijnlijder hier als iemand

die lijdt door een (nog) onduidelijk lichamelijk letsel. Natuurlijk kan ook iemand met een *zichtbaar* letsel aan de rug bijvoorbeeld of een kankerpatiënt chronisch pijn hebben; maar daar is de oorzaak bekend. Laat ons nu eens nader inzoomen op het profiel van wie chronisch pijn lijdt. Hoe verschillend hun persoonlijkheid ook is, hoe verscheiden de sociaal-culturele omgeving waarin ze zich bevinden, hoe anders de oorzaak van hun ellende ook is: chronische pijnlijders hebben heel wat gemeenschappelijk. De pijn duurt al maanden en gaat maar niet over. De herinnering aan de oorspronkelijke pijn, die meestal het gevolg was van een trauma of een heelkundige ingreep, blijft levendig. Herhaalde medische tussenkomsten in de loop van de jaren kunnen dat gevoel heviger maken. De patiënten hebben meestal het gevoel dat ze nauwelijks over hun pijn spreken.

Meestal blijven chronische pijnlijders verder analgetica (pijnstillers) en/of psychotrope farmaca (kalmeer- en slaadmiddelen) innemen, hoewel ze tegelijkertijd meedelen dat deze geneesmiddelen niet of nauwelijks verlichting brengen. Het pijngevoelen staat onomstootbaar in het middelpunt van hun leven. En in dat van hun gezin! 'Alles zou veel beter gaan, als die pijn maar verdween', menen ze. Verteerd door onzekerheid zien ze de toekomst somber in, durven ze geen plannen meer te maken, geen projecten opzetten. De pijn wordt voorgesteld als indringend, niet langer te verdragen. Ze zeggen bereid te zijn alles, maar dan ook alles, te willen doen om de pijn te verlichten.

Chronische pijnlijders voelen zich niet goed in hun vel. Ze worden chronische tobbers. Ze klagen over hun verlies aan zelfstandigheid. Ze kunnen de gewone dagelijkse dingen niet meer aan zonder de hulp van anderen. Minderwaardig, nutteloos en eenzaam voelen ze zich. Ze slapen slecht, zijn hopeloos moe, mijden zoveel mogelijk lichamelijke beweging (hoewel wie de neiging tot poetsen heeft van geen ophouden weet), schuwen menselijk contact. Het is duidelijk dat een dergelijke instelling zwaar weegt op de partner of de familie, die er tegen wil en dank mee leven moet. Al spoedig ondervindt de partner dat geruststellende en relativerende boodschappen weinig effect hebben. Enkelen kiezen onbewust voor de weg van de onvoorwaardelijke steun en het eindeloze begrip.

De sociale omgeving staat -hoe kan het ook anders- met gemengde gevoelens, verbitterd soms, en vooral machteloos tegenover de chronische pijnzang die alle dagen weer de stem verheft. Chronische pijnlijders ervaren de blik van de ander als uitermate pijnlijk. Ze trekken zich steeds meer op hun zelfgeschapen eiland terug. Elk vertrouwen in de wereld raakt zoek. In hun opstandigheid tegen alles en nog wat zoeken ze hun heil in de alternatieve geneeskunde. Kost wat kost willen ze het psychiatrische circuit vermijden. Ze doen aan medische shopping, ondergaan ten einde raad een massa therapieën. Hun realiteitsbesef raakt beetje bij beetje zoek.

De eigen onrealistische hoop op genezing van chronische pijnlijders klopt al lang niet meer met de objectieve klinische evolutie. Begrijpelijk: de medische wereld, die een voorkeur heeft voor therapeutische spitstechnologie, pakt makkelijk uit met nieuwe *oplossingen*, hoewel niet noodzakelijk voor de bewuste chronische pijnlijder. Ook de media spelen het spel mee. En de familie, die vindt eigenlijk toch ook dat de pijnlijder weer verantwoordelijkheid moet gaan dragen. Opeenvolgende aanvullende onderzoeken en herhaalde hospitalisaties dringen zich op. Maar zonder echte therapeutische doelstellingen laat de werkelijkheid van de pijnlijder zich niet zomaar veranderen. Gevolg: steeds weer is er die pijnlijke desillusie. En zo wordt de chronische pijnlijder geleidelijk een chronische passieve zieke. Met alle gevolgen van dien.

Bij chronische pijn reageert het lichaam eerder vegetatief: er ontstaan slaapproblemen en de eetlust neemt af. Bovendien kan de seksuele gevoeligheid aftakelen. De chronische pijnlijder raakt sneller geïrriteerd en heeft de neiging zich te isoleren. Hij of zij concentreert zich volledig op wat in zijn of haar lichaam gebeurt. Al die gedragingen doen in vele opzichten denken aan een depressie.

Heel wat pathofysiologische mechanismen kunnen aan pijn ten grondslag liggen. Bij die processen mengen zich ook psychische, sociale en gedragsfactoren. Een evaluatie van pijn is dus erg complex en de therapeutische middelen liggen niet voor de hand. Daarom is het belangrijk dat wie chronisch pijn heeft, zich een objectief op lange termijn stelt. Om dat doel te bereiken, is een interdisciplinaire benadering aangewezen. Al te gemakkelijk wordt een chronische pijnlijder van het kastje naar de muur gestuurd, van de ene arts naar de andere, wat uiteindelijk zelden zoden aan de dijk zet. Het probleem is dat elke dokter van op zijn eigen eilandje zijn eigen visie aandraagt. Maar een gezamenlijke kijk, vanuit verschillende disciplines die de geneeskunde rijk is, ontbreekt. En daar komt het tenslotte op aan: het probleem van de pijnlijder in zijn totaliteit aanpakken. Dat kan onvermoede perspectieven bieden, al zijn er beperkingen.

De aanpak van een chronisch pijnprobleem is moeilijk. Elk teamlid dient zich goed bewust te zijn van de vier basisattitudes die een hulpverlener in acht moet nemen: respect hebben voor de lijder, rekening houden met de context van het probleem, observeren en registreren van het pijngedrag, en betekenislijnen uitzetten. Het doel van de hulpverlener is om *de klager* met al zijn of haar beperkingen te begeleiden tot hij of zij een cotherapeut wordt. Er moet goed worden geluisterd naar de problematiek die een pijnlijder op tafel legt. Komt hij of zij alleen maar jammeren over zijn of haar beperkingen? Of heeft de patiënt daarnaast nog een hulpvraag, zoals: "Kunt u me van mijn pijn afhelpen?"

Als de patiënt een nuttige hulpvraag stelt, bijvoorbeeld naar een rugschool, dan is hij of zij op weg om een cotherapeut te worden. Uiteraard zal een hulpverlener niets mogen forceren.



Anders trapt hij of zij op zere tenen. Het is een werk van lange adem waarbij de moeilijke weg afgelegd wordt met vallen en opstaan. Chronische pijnproblemen worden niet van de ene dag op de andere opgelost. Elke teamlid moet alert blijven. Het is niet altijd makkelijk een juiste houding te blijven hebben tegenover een chronisch pijnprobleem dat soms ongeloflijk ingewikkeld is geworden. Bovendien moeten, zoals reeds gezegd, de teamleden op elkaar afgestemd blijven. Elke valse noot heeft pijnlijke gevolgen.



'Pain is a game you can't win' door Arjan & Anne-Flor Vanmeenen

Nog dit: een therapeut zal altijd moeten proberen om niet minder, maar meer mogelijkheden voor de pijnlijder te creëren. Een hulpverlener zal meer betekenissen van het pijnprobleem moeten aankaarten, bijvoorbeeld dat pijn je ook iets leert over een verkeerde houding. Tenslotte komt het erop aan dat de pijnlijder zelf wat aan zijn of haar omgang met pijn zal veranderen. De patiënt moet dus zijn of haar creativiteit, de bron die verandering kan opwekken, aanspreken. Wie chronische pijn heeft, weet zelf wat goed voor hem of haar is. Daar moet een therapeut van uitgaan, meer nog: daar moet hij of zij rotsvast in geloven. Therapie geven is zeker niet het overnemen van de verantwoordelijkheden van wie om *hulp* komt vragen.

Een hulpverlener die wil *redden* of vlug wil *genezen*, helpt in wezen niemand vooruit. Een therapeut moet respect hebben voor de positieve mogelijkheden van iemand die bij hem te rade komt. Hulp verlenen is verwonderd blijven over wat een pijnlijder nog allemaal kan. Een therapeutische interventie heeft als doel de mensen te stimuleren tot het maken van verschillende keuzes. Dan neemt de hoeveelheid aan betekenissen toe. Taal (via het gebruik van metaforen, hypnotische technieken) kan een uitstekend middel zijn om verschillende betekenissen te genereren, andere bronnen aan te spreken, nieuwe kansen te ontdekken. Dat is in elk geval hoe eminente psychotherapeuten als dr. Luc Isebaert en Steve de Shazer het zien. Een therapeut is meer dan alleen maar een relatietechnicus. Een hulpverlener is bezig met problemen in verband met de vervulling en de zingeving van een menselijk leven. De therapeut assisteert de pijnlijder in zijn of haar bewustwordingsproces en in zijn of haar zoektocht naar de eigen identiteit.

## In een impasse

Als je pijn chronisch is, is het al lang niet meer zo dat er alleen een oorzaak voor de pijn ontbreekt. Er schort veel meer. Je pijn is je verschrikkelijkste tegenstander geworden. Je bent uitgeput door ertegen te strijden. Op den duur weet je echt niet meer wat je moet beginnen. Je bent radeloos. En waar moet je naar toe, als je alle wegen al hebt uitgeprobeerd? 'Ze vinden niets', 'ze kunnen me niet helpen', denk je. Je zit met je handen in het haar.

Misschien kun je het ook anders bekijken: al de door jou geconsulteerde specialisten hebben nu nog niets gevonden, of als ze al iets gevonden hebben, bestaat er nu nog geen therapie voor. Misschien vinden ze binnen drie maand, drie jaar of dertig jaar wel *iets* dat jouw pijnklachten verklaart, of zelfs een therapie. De wetenschap staat niet stil. Blijf dus hopen dat de lichamelijke oorzaak van je pijn ooit eens gevonden wordt. Maar wat doe je ondertussen, terwijl je in de *wachtzaal* zit?

Het komt erop aan te kijken hoe je nog beter met je pijn kunt omgaan dan je tot nog toe deed. Misschien kun je het best nagaan wat jij eigenlijk voelt en hoe jij over pijn denkt. En hoe sta je tegenover je omgeving? Tenslotte heeft pijn ook veel te maken met hoe je met anderen omgaat. Je kunt proberen je contacten met de mensen met wie je dagelijks samenleeft, te verbeteren.

De relatie tussen lichamelijke aandoeningen en pijn is vaak raadselachtig. Je kunt dus niet zomaar een verband leggen tussen wat er in je lichaam gebeurd is en de pijn die je voelt. Meestal ligt er een hele tijdsperiode tussen, en dat vertroebelt elk begrip. En natuurlijk voelt niet iedereen op dezelfde manier pijn. Pijn verschilt van persoon tot persoon, van cultuur tot cultuur. Prikkels die bij de één een ondraaglijke pijn veroorzaken, kunnen door een ander worden verdragen zonder een krimp te geven. Er zijn zelfs masochisten die pijnlijke prikkels als zweepslagen of verbranding van de huid opzoeken en aangenaam vinden. Bovendien bestaan in sommige culturen inwijdingsplechtigheden die pijnlijke handelingen inhouden: toch lijken de deelnemers eraan weinig of geen pijn te voelen.

Wat is de invloed van vroegere ervaringen op het pijngevoel? Algemeen wordt aangenomen dat kinderen sterk worden beïnvloed door de instelling van hun ouders tegenover pijn. In sommige gezinnen wordt veel drukte gemaakt over onbeduidende wondjes en beurse plekken, terwijl in andere gezinnen zelfs aan vrij ernstige verwondingen weinig aandacht wordt geschonken. Daarom neemt men aan dat de instelling tegenover pijn die in de jeugd verkregen is, ook op volwassen leeftijd blijft bestaan. Het is gemakkelijk te begrijpen dat vroegere ervaringen met pijn bepalend zijn voor hoe je over pijn denkt. Wie met zijn hoofd ergens tegenaan botst, weet ongeveer hoe het afloopt. Pijn met een oorzaak waarmee

je vertrouwd bent, maakt je niet erg angstig en bezorgd. De manier waarop je psychologisch bent voorbereid, is van groot belang voor de beleving van pijn.

Reacties van de mensen die je omringen, bepalen mee hoe je pijn beleeft. Godsdienstige opvattingen en levensbeschouwingen doen dat ook. En de gezinscultuur (de wijze waarop binnen het gezin problemen en conflicten worden opgelost) laat zich voelen in de pijnbeleving. De omstandigheden en de situatie waarin je pijn hebt, zijn van cruciaal belang voor de intensiteit van het pijngevoel. Belangrijk daarbij is hoe erg je je erop concentreert. Hoe komt het dat een voetballer in een finale een lelijke schop tegen zijn schenen krijgt, weer opstaat en in staat is om verder te spelen alsof er niets gebeurd is? Als je daarentegen begint te piekeren over je hoofdpijn *-het kan een hersentumor zijn-* dan barst je hoofd uiteen. Je angst en spanning kunnen ook verergeren doordat je niet in staat bent iets aan de bestaande situatie te veranderen.

Als je chronische pijn hebt en je er ondanks alle verwoede pogingen maar niet in slaagt je lijden te verlichten, heb je er niets aan om jezelf een slappeling te vinden. Denken dat het allemaal je eigen schuld is, helpt je niet verder. Of wat je onderneemt al dan niet lukt, heeft effect op je pijngedrag. Chronische pijnlijders hebben meestal beloningen gekregen voor wat ze niet konden, in plaats van voor wat ze wel konden. Ze hebben meer aandacht voor de punten waarop ze falen, dan voor de zaken waarin ze wel succes hebben. Bovendien hebben ze altijd geprobeerd om pijn te vermijden.

Traditioneel zijn het concept *hysterie* en pijn altijd nauw verbonden geweest. Maar deze historische associatie doet de wenkbrauwen fronsen. Want wat wordt precies bedoeld met het begrip *hysterie*? Heel wat klinische studies hebben ondertussen aangetoond dat chronische pijnlijders niet zo vaak klassieke *hysterische* trekken vertonen, hoewel een aantal auteurs van het tegendeel overtuigd blijft. Volgens de huidige classificatie spreekt men niet meer van hysterie, maar van een theatrale persoonlijkheidsstoornis als er aan een aantal criteria voldaan is. Een chronische pijnlijder krijgt al te vlug het etiket *theatrale persoonlijkheidsstoornis* opgeplakt.

Ongetwijfeld is depressie een vaak voorkomend gevolg van chronische pijn. Sommige auteurs suggereren echter dat chronische pijn ook kan worden veroorzaakt door een onderliggende depressie. Ze spreken van een gemaskeerde depressie. Inderdaad: wie depressief is uit dat nogal eens in pijnklachten. Hoe erg het klaaggedrag is, is afhankelijk van familiale leerprocessen. Vaak krijgt een kind meer aandacht van zijn of haar ouders bij een lichamelijke klacht en vroeg geleerd is oud gedaan. Daarnaast bepalen ook sociaal-culturele factoren mee het *gebruik maken* van pijngedrag. Wie klaagt over lichamenlijk ongemak, wordt doorgaans *au sérieux* genomen.

Er zijn heel wat argumenten geopperd om de gemeenschappelijkheid van depressie en chronische pijn te staven. Zo bestaan er opvallende parallellen tussen emotionele pijn en lichamelijke pijn. Pijnlijke gevoelstoestanden brengen je op het pad van een depressie. Juist door je te concentreren op de pijn die je lichamenlijk voelt, lijkt je je te beschermen tegen de nog veel ondraaglijker emotionele pijn van een depressie. Ook genetische argumenten wijzen op een overeenkomst tussen depressie en chronische pijn. Zo vonden onderzoekers bij naaste familieleden van chronische pijnlijders frequenter depressieverschijnselen. Dat duidt op een zekere familiaal-genetische verwantschap. Een aantal wetenschappers gelooft zelfs in het bestaan van een gemeenschappelijke neurochemische basis. Ook zouden volgens hen bij depressie en chronische pijn waarschijnlijk gelijkaardige neurotransmittersystemen een rol spelen (neurotransmitters zijn chemische stoffen die een rol spelen bij de prikkeloverdracht). Toch zijn de resultaten hiervan niet eensluidend. Bovendien vormt het aantonen van gemeenschappelijke mechanismen nog geen sluitend bewijs van een oorzakelijke relatie tussen depressie en chronische pijn. Vragen blijven bestaan.

Een andere, niet minder opvallende waarneming: het begin van een chronische pijnproblematiek hangt niet zelden nauw samen met een rouwproces. 'Verliesverwerking' dient hier in zijn ruimste betekenis opgevat te worden: een rouw om het overlijden van een geliefde, maar ook een reactie op een echtscheiding of op moeilijke levensomstandigheden, op een jobverlies, een medische ingreep (een borstamputatie bijvoorbeeld). De chronische pijnlijder lijkt dat rouwproces uit de weg te zijn gegaan of heeft de rouw niet positief kunnen verwerken. De emotioneel gekleurde pijn van de rouw wordt dan beleefd als lichamelijke pijn. Soms vereenzelvigd zo iemand zijn of haar pijn met de pijn die de overledene geleden heeft: een poging om de band met de afgestorvene te bewaren.

Nog een opmerkelijke hypothese: soms zou pijn de rol van *stabilisator* van de psychische economie spelen. Dan wordt pijn beleefd als een straf. Zo kunnen ondraaglijke schuldgevoelens worden verwerkt. Dit zou verklaren waarom wie als kind erg emotioneel verwaarloosd of veel misbruikt is, of van jongsaf vaak met fysiek geweld en brutaliteit werd geconfronteerd, later een erg conflictueus gevoelsleven heeft, en een sterke *band* met de ervaring van lichamelijke pijn. Ook hier zijn er onderzoekers die deze stelling hardnekkig betwisten.

Een van de meest gangbare modellen om chronische pijn van vermoedelijk psychologische oorsprong te verklaren, is het spierspanningsmodel. Angst en spanning leiden tot spierspanning; als deze spanning chronisch blijft duren, komt er pijn van. Denk maar aan *spanningshoofdpijn*,

schouder- en nekklachten en lage rugpijn. Het is vanwege zijn eenvoud een aantrekkelijk model. Pijn krijgt hier een *reële* verklaring en wordt dus niet als inbeelding afgedaan. Artsen en psychologen hanteren het graag omdat ze er gemakkelijk behandelingen mee kunnen argumenteren: ontspanningstraining, biofeedback, hypnose, fysiotherapie. Nochtans kan de spierspanningshypothese nauwelijks op empirisch-wetenschappelijke gronden steunen. Wat de hypothese uiteraard problematisch maakt.



Een voor de hand liggende verklaring voor chronische pijnklachten is om ze te bestempelen als overdrijving of zelfs als bedrog. De mogelijke drijfveren: winstbejag, het ontvluchten van een moeilijke arbeidssituatie of subtieler, het manipuleren van familieleden. Nochtans wijst klinische ervaring erop dat zuivere simulatie relatief zelden voorkomt.

Natuurlijk wordt er wel eens komedie gespeeld, bijvoorbeeld bij geneeskundige onderzoeken die een invaliditeitsgraad moeten vaststellen. Maar ongetwijfeld is er een onderscheid tussen enerzijds bedrog en anderzijds overdrijving. Het ligt aan de expert, adviseur of deskundige om rekening te houden met deze *overdrijving*. Voor wie van pijn simuleren hun beroep hebben gemaakt, werd de naam *uitkeringsneurotici* bedacht.

Het hanteren van het begrip *psychogene pijn* wekt de valse indruk dat de wetenschap psychosociale bewijzen zou kunnen aandragen voor chronische pijnen. Dat is in werkelijkheid helemaal niet het geval. Speculaties zijn er genoeg, maar weinig zekerheden. Bovendien moet men beducht zijn voor foutieve onderzoeksresultaten: bepaalde kenmerken bij een groep zijn niet automatisch algemeen geldig. Als je van je arts te horen krijgt dat je pijn psychogeen is, klinkt dat nogal negatief. Het is bijna alsof hij zegt dat je komedie speelt. Zo kan elke hoop op beterschap in de kiem gesmoord worden. Een scherp onderscheid tussen *psychogene* en *organische* pijn verhoogt de kans op een foute diagnose. Iemand met theatraal aandoende tics, bijvoorbeeld, kan ook werkelijk een serieuze lichamelijke ziekte hebben.

Er zijn dus heel wat bezwaren tegen de validiteit van het zogenaamde psychogene model. Daar tegenover stellen heel wat onderzoekers dat het opportuener is om chronische pijn te beschouwen vanuit een breed bio-psychosociaal perspectief. Het begin van het chronische pijnprobleem kan een toevallig ongeval zijn of een fysiologische slijtage of een chronische fysieke overbelasting. Maar nadien gaat dit lichamelijke gebeuren inspelen op de psychologie van de persoonlijkheid. Ook sociale omstandigheden zijn van belang: de patiënt kan problemen hebben met de ziekteverzekering. En laat ons niet vergeten dat chronische pijn in bepaalde gevallen een nuttige functie heeft. Voor sommigen is het leven zonder pijn moeilijker te verdragen dan een leven met pijn, hoe vreemd dat ook mag klinken.

Ongetwijfeld kun je *carrière* maken in het beroep van chronische pijnlijder, als je in je leven niets beters te doen hebt dan te lijden: een carrière waar het hele gezin bij betrokken is. Sommige families lijken inderdaad pijn nodig te hebben om hun identiteit en onderlinge samenhang tegenover de buitenwereld te bevestigen. Andere, daarentegen, slagen erin om bevredigende oplossingen te vinden, zodat het pijnprobleem draaglijk blijft.

Hier moeten we tot slot dan ook even aandacht vragen voor de partner van een chronische pijnlijder. Ook hij of zij dient ondersteund te worden. Denk maar aan de zware belasting die die partner op zijn of haar schouders krijgt: het evenwicht vinden tussen overbezorgdheid en afstandelijkheid is een uiterst moeilijke klus, een veeleisende bezigheid die bergen geduld vraagt. En voor dat geduld heb je als partner van een chronische pijnlijder niet altijd tijd, overbelast als je bent met alle andere verantwoordelijkheden die op je schouders terechtkomen. Gezinstherapie is zinnig; ze is in veel gevallen een noodzakelijke meerwaarde voor het verkrijgen en behouden van gunstige resultaten op de lange termijn.

#### Meer info

Dr. Leroy schreef een overzichtelijk, kwalitatief, constructief en laagdrempelig boek *De pijn voorbij* (Lannoo 1996), waar dit artikel op gebaseerd is. Zowel pijnpatiënten, als hun omgeving en hulpverleners kunnen er heel wat antwoorden, tips en moed uit putten.

# Spirituele pijn in de palliatieve zorg



**Lucy Cannie**  
psychologe,

rouwzorgverantwoordelijke van het Netwerk Palliatieve Zorg Gent-Eeklo



Lucy Cannie

## Wat is spiritualiteit?

Als we het hebben over spirituele pijn binnen palliatieve zorg dienen we eerst duidelijk te maken wat onder spiritualiteit kan begrepen worden.

Deze term is moeilijk te vatten en te omschrijven net zoals de dood moeilijk te vatten is. Mogelijke definities ervan worden op velerlei manieren ingevuld. Het begrip 'spiritualiteit' slaat in elk geval op meer dan een religieuze overtuiging, hoewel deze erin kan vervat zitten. Het betreft veeleer een levensbeschouwing, een fundament van normen en waarden en zingevingsysteem waarop iemand zijn doen en laten gestoeld is. Het is datgene wat de drijfveer vormt en richting geeft in iemands leven. Spiritualiteit is als het ware de motor van ons bestaan. Men kan spiritualiteit ook zien als een vierde dimensie, naast de lichamelijke, psychologische en sociale (1). Palliatieve zorg is een holistische zorg, men bekijkt de mens als geheel. Van daaruit is het niet moeilijk te begrijpen dat deze 4 dimensies niet op te delen zijn, maar dat zij voortdurend op elkaar inwerken. In palliatieve zorg zien we nog steeds dat de aandacht voornamelijk gericht is op het medisch en psychosociaal aspect, en dat is ook een noodzakelijke voorwaarde wil men verder raken en tot de diepere kern komen. Het is echter betreurenswaardig als de zorg daarbij zou stoppen want eens het discomfort verholpen of gemilderd, kan er aandacht zijn voor de ruimte binnenin, de verwarring, de vragen, de vertwijfeling. Spirituele zorg is dus ruimer dan en stopt niet bij de vraag of er al dan niet een ziekenzalving of een ander ritueel gewenst wordt.

## Spiritualiteit en verliessituaties

Doorheen ons leven zijn we veelal niet zo sterk met spiritualiteit en onze noden op dat vlak bezig. Veelal draaien we verder op onze automatische piloot. Het is pas tijdens crisismomenten dat we keihard op onze binnenkant terug geworpen worden en zich vragen opdringen zoals 'waar ben ik mee bezig?', 'wat is er nu écht belangrijk in mijn leven?'. Het is een moment waarop onze zekerheden en onze *modus vivendi* krachtig door elkaar worden geschud. Het zou goed zijn en getuigen van wijsheid indien we met deze vragen ook buiten deze momenten wat bewuster zouden bezig zijn.

Spirituele pijn heeft te maken met afscheid nemen, loslaten, verliessituaties en deze zijn nu eenmaal onlosmakelijk met het leven verbonden, gaande van het loslaten van de moederschoot tot het loslaten van het leven bij de dood. Denken we maar aan het verdriet waarmee de eerste

schooldag kan gepaard gaan, zowel bij moeder als kind, en hoe het voelt als we mensen moeten achterlaten wanneer relaties verbroken worden, de pijn die kan ervaren worden als kinderen zich losmaken en uit huis vliegen, de pijn van het ouder worden en met beperkingen te moeten leven, van dromen te moeten opgeven of duidelijke keuzes te moeten maken die andere keuzes uitsluiten enz.

Alhoewel sommige mensen echt verlangen naar de dood, wordt de dood toch meestal gezien als het ultieme verlies. De spirituele pijn die men ervaart, als men aan het levenseinde gekomen is, zal gekleurd zijn door hoe men in het leven stond, hoe men tegen leven, lijden en dood aankijkt, maar ook door de levensgeschiedenis en het moment waarop men getroffen wordt. Sommige reacties dienen dan begrepen te worden vanuit een bijna ondraaglijke spirituele pijn.

*Voorbeeld: een jonge vader, die palliatief is, lijkt steeds meer afstand te nemen van zijn zoontje, keert zich soms zelfs van hem af omdat het idee van hem te moeten achter laten, ondraaglijk is. Van daaruit neemt hij de regie zelf wat in handen door hem op voorhand al wat los te laten. Het gezin zat volop in de dynamiek van een typisch jong gezin: een eigen huis (net gebouwd), kleine kinderen enzo voort, toen de ziekte zich aankondigde. Er werd nog bewust een 2de zwangerschap gepland tijdens zijn ziekteperiode. Deze keuze werd door de omgeving vaak op misprijzen onthaald zodat de vrouw zich meer en meer ging terug trekken en in een sociaal isolement terecht kwam vanuit het zich niet begrepen en gesteund voelen. Deze pijn kwam nog eens bovenop alle andere pijn die ze ervoeren. Zowel zij als haar man voelden zich verschrikkelijk alleen.*

*Een jonge vrouw, die een baby en een kleuter moest achterlaten, had zowat dezelfde houding naar haar kinderen toe als de man hierboven beschreven. Als moeder vond ze het verschrikkelijk dat ze er voor haar kinderen niet meer zou zijn en dat ze hen niet meer zou zien opgroeien. Toen de lichamelijke aftakeling ook haar geestelijke kracht begon aan te tasten, verdroeg ze haar kinderen, waar ze zielsveel van hield, bijna niet meer in haar nabijheid. Het hele perspectief dat ze als moeder voor ogen had en die ze nu moest laten varen, veroorzaakte een bijna ondraaglijke pijn. De enige manier om er enigszins mee om te kunnen, was zich afwenden van hetgeen waar ze meest van hield, haar kinderen. Kan het ook anders? Kan men op zo'n jonge*



'Dark Hospital' door Ralph Euegen Meeks Jr. - <http://robb-wayward.deviantart.com>

*leeftijd en in een situatie waar men als ouder nog zo nodig is, zich verzoenen met dergelijk onrechtvaardig lot?*

Deze twee voorbeelden staan in schril contrast met de berusting en positieve ingesteldheid waarmee een 81-jarige man zijn naderende dood beleeft. Hij is nagenoeg pijn- en symptoomvrij en geniet nog van alle kleine dingen, dankbaar dat hij ze nog mag meemaken, als bekroning van zijn rijk gevuld leven.

Spirituele pijn is een pijn die ons tot in de kern van ons zijn raakt. Iedere letter in het woord KERN staat voor een belangrijke term die onze existentie bepaalt. De *k* staat voor de controle, de houvast in het leven, de *e* staat voor eigenwaarde, de *r* slaat op rechtvaardigheidsgevoel, de *n* is het nu moment in relatie tot later, met andere woorden ons perspectief. Het wordt duidelijk dat een ongeneeslijke ziekte deze basisbegrippen sterk kan ondermijnen en zoals in de voorbeelden hierboven is het voor de hand liggend dat deze bij een jonger iemand, in de volle dynamiek van het leven, sterker zullen aangetast worden dan bij de 81-jarige man waarvan sprake. Een situatie die vaak als bijzonder onrechtvaardig wordt beleefd, is deze waar ouders een kind verliezen. Het ligt immers in de lijn van de verwachtingen dat kinderen hun ouders overleven.

*Voorbeeld: een koppel zorgt al 6 jaar liefdevol voor hun enige, zieke zoon. Hij heeft een onbehandelbare, traag-groeiende hersentumor. Als hij uiteindelijk sterft zijn ze hun levensdoel en perspectief kwijt. De moeder heeft het na lange tijd nog steeds zeer zwaar. Alles in zijn kamer is nog steeds onaangeroerd gebleven, alsof hij ieder moment kan terug komen. Ze heeft het ook ontzettend moeilijk een*

*geboorte mee te maken in haar omgeving en een cadeau-tje te moeten kopen, omdat dit er haar onverbiddelijk mee confronteert dat ze haar enige zoon kwijt is en ook nooit kleinkinderen zal meemaken!*

*Voorbeeld: een vrouw van middelbare leeftijd, terminaal, laat een oudere, gehuwde zoon en een zoon van 14 achter. Voor haar ouders is dit reeds het 2<sup>de</sup> kind dat ze op vrij korte termijn verliezen. Daar hun dochter alleenstaand is, piekeren ze bovendien heel erg over de toekomst van de jongste kleinzoon. Zijzelf zijn te oud om de zorg voor hun kleinkind op zich te nemen, maar wat zal er met hem gebeuren? Bovenop hun intense verdriet over het nakend verlies van een 2<sup>de</sup> kind komt de pijn rond de zorg voor het jongste kleinkind er nog eens bovenop! Soms stelt men zich de vraag hoeveel leed een mens kan dragen?*

### **Opmaken van de levensbalans**

In het aanschijn van de dood maken de meesten een levensbalans op: met andere woorden wat heeft het leven met mij gedaan en wat heb ik met het leven gedaan. De patiënt zelf velts het laatste oordeel over zijn leven. Vragen als: 'Welk leven heb ik gehad?' 'Wat is goed geweest, wat minder goed?' 'Wat had ik nog willen doen?' 'Wat dient nog afgerond te worden?', dringen zich op. Vragen die vaak geen of soms pijnlijke antwoorden kennen. Vragen die willen gehoord worden, maar die zo moeilijk zijn om te beluisteren omdat ze niet alleen de patiënt maar iedere toehoorder, familie en hulpverlener confronteren met de existentie van ons bestaan: *waarom leven we en waarom sterven we, tot wat heeft het allemaal geleid, wat is de zin ervan geweest?* Dat is de balans die opgemaakt wordt op het einde van het leven, omdat de mens nu eenmaal een zingevend wezen is.

Deze balans is zeker niet altijd positief en het kan zijn dat men tot de conclusie komt dat het leven niet geweest is wat men ervan gehoopt had of men blijft achter met een schuldgevoel, reëel of niet, omdat men anderen heeft pijn of tekort gedaan. Het leven kan niet herschreven worden, de dingen die gebeurd zijn, kunnen niet ongedaan gemaakt worden maar er kan misschien nog wel iets hersteld worden. Een alerte hulpverlener die hiervoor oog heeft kan eventueel deze kans mee helpen exploreren en zonder te forceren een duwtje in de goede richting geven.

### **Spiritualiteit, innerlijke ruimte en de hulpverlener**

Spiritualiteit en spirituele pijn heeft, zoals Carlo Leget<sup>(1)</sup> het beschrijft, te maken met de spanningsvelden tussen vasthouden en loslaten, vergeven en vergeten, doen en laten, ik tegenover de ander, geloven en weten. Hij laat ons zien hoe via eenvoudige vragen deze spanningsvelden een ingangspoort kunnen bieden tot het benaderen van iemands spiritualiteit en innerlijke ruimte. Ik leg echter de nadruk op *kunnen*, want men mag niet vergeten dat men

een intieme ruimte binnen treedt en men dient dus vooral eerst af te tasten of er bereidheid en behoefte is dit met iemand te delen en zo ja dan kiest de patiënt wie hij binnen laat. Elke hulpverlener moet deze keuze respecteren.

Deze *spirituele pijn* wordt nog steeds te weinig gezien, erkend en *ge-heeld*.

Wil men als hulpverlener hiertoe bijdragen dan moet men vooral oor hebben voor de vraag achter de vraag, de zogezegd existentiële vragen, en doorheen de gelaagdheid kunnen doordringen, van de feiten tot de diepe individuele betekenis ervan. Het lukt enkel om zich hiervoor open te stellen als men als hulpverlener voldoende aandacht geeft aan de eigen innerlijke ruimte. Dit is een noodzakelijke voorwaarde om de patiënt vertrouwen te laten krijgen dat hij met zijn vragen terecht kan.

Volgens Carlo Leget is innerlijke ruimte een soort van gemoedstoestand waarin men gevoelens kan toelaten zonder erdoor meegesleept te worden.

Hoe vaak beperken we als zorgverlener onze innerlijke ruimte en die van de ander niet door sommige patiënten te bestempelen als lastig, eisend, zeurderig, klagerig enzovoort...

Vanuit deze houding is er geen openheid voor iemands levensverhaal, waardoor we waarschijnlijk een beter zicht zouden krijgen op zijn identiteit, zijn spirituele pijn die aan de oorzaak zou kunnen liggen van het gedrag dat wij niet passend vinden, zonder hierbij te willen suggereren dat dit vervelend gedrag steeds getolereerd moet worden!

*Voorbeeld: een man, opgenomen in een rvt, was vroeger legerofficier. Hij maakt het de verzorgenden en verpleegkundigen behoorlijk moeilijk met zijn dominant en eisend gedrag en verwacht van iedereen dat ze prompt aan zijn bevelen tegemoet komen. Pas als op een gegeven moment, met een hulpverlener die hem het meest vertrouwd is, de pijn van het leven niet meer te kunnen beheersen en afhankelijk te zijn ter sprake komt -hij die binnen zijn carrière alles geleid had, anderen gestuurd had, beslissingen genomen had- kon hij ook inzien dat hij, vanuit zijn frustratie, het personeel niet correct bejegende en kon hij nadien milder zijn.*

### **Een uniek levensverhaal**

Het levensverhaal van elke mens is uniek en maken iemand tot wie hij is. Het hierover spreken is, zeker voor mensen die gaan sterven, als een puzzel die bijeen gelegd wordt; het is een proces van stilstaan en terug kijken om verder te kunnen gaan, om te kunnen afronden en zicht te krijgen op zichzelf en zijn leven.

W. Huizing<sup>(2)</sup> onderscheidt verschillende aspecten in dit levensverhaal die als ingangspoort kunnen dienen. Ik wil ze hier kort wat toelichten, omdat ze bruikbaar zijn om met mensen dieper in gesprek te komen en tot een diepere laag door te dringen.

In de eerste plaats is de mens verbonden met zijn *lichaam*

in al zijn mogelijkheden en beperkingen. Hoe kijkt iemand naar zijn lichaam en de eventuele handicaps of beperkingen ervan. Een tweede aspect is de *opleidings- en werkgeschiedenis*. De mogelijkheden die men heeft gekregen en de kansen die men genomen heeft, hebben de levensloop mee bepaald.

Er is ook de *geldgeschiedenis*, waarbij het nogal wat uitmaakt of men arm was, schulden had of steeds royaal heeft kunnen leven en de eventuele kantelmomenten die men op dit vlak heeft meegemaakt.

Aangezien we -zelfs mensen die helemaal alleenstaand zijn- allemaal van ouders afkomstig zijn, heeft ieder van ons ook zijn *relatiegeschiedenissen*, gaande van gezin van herkomst tot partnerrelatie en relaties met eigen (klein)kinderen.

Afhankelijk van de persoonlijkheid en de levenservaringen die op ons pad liggen, zullen we ook elk onze eigen *levenslessen* trekken en onze eigen antwoorden op levensvragen proberen te formuleren.

Of iemand al dan niet gelovig is, welk *geloof* hij aanhangt en hoe intens zal eveneens de levensloop en zijn kijk op het naderend levenseinde kleuren.

Tot slot vermeldt Huizing *de geschiedenis van huis en haard*, wat slaat op de omgevingen waar men allemaal heeft vertoefd.

Al deze domeinen vormen puzzelstukjes van de levenspuzzel en maken iemand tot wie hij is. Als een hulpverlener hiervoor aandacht heeft, is er oog voor de totale mens waarin de ander mag en kan zijn wie hij is.

## Zelfzorg van de hulpverlener

De impact van deze benaderingswijze, niet alleen op de patiënt, maar ook op de hulpverlener kan nauwelijks overschat worden. Zoals de patiënt of de familie nood heeft aan op verhaal komen, zo moet de hulpverlener kunnen vertrouwen op een bedding, waar hijzelf kan rusten en zich gedragen weet.

Spirituele pijn is immers besmettelijk, omdat het raakt aan en interfereert met onze eigen pijn. Naargelang de herkenning met eigen situatie en ervaringen zal men meer of minder geraakt worden door bepaalde patiëntsituaties. Dit kan een sterkte of net een valkuil zijn, afhankelijk van de plaats die men kan geven aan de eigen spirituele pijn.

Bovendien kunnen de eigen omstandigheden ervoor zorgen dat je tijdelijk niet echt open kunt staan voor de pijn van een ander, omdat het te belastend wordt en je zelf te veel te verwerken of op te lossen hebt op dat moment; denken we maar aan een scheiding, een overlijden in de eigen kring enz. Het vergt een behoorlijke dosis zelfkennis en reflectievermogen om dit van zichzelf te kunnen inschatten en tijdig deze zorg te delegeren aan collega's. Spirituele zorg zou immers een bekommernis van iedere hulpverlener in de zorgsector moeten zijn. En het is natuurlijk ideaal als er binnen het team een specialist ter zake, een moreel consulent en/of pastor kan ingeschakeld worden bij complexe spirituele problematiek.

Één ding is echter zeker: palliatieve zorg, maar in het bijzonder spirituele zorg is teamwerk, je komt er niet alleen. Goede zorg in het team is van het grootste belang om het

te kunnen volhouden en de werkvreugde te waarborgen. Dat betekent dat er binnen het team ruimte is voor emoties en oog voor persoonlijke beleving, een omgeving waar de hulpverlener niet als een zorgrobot beschouwd wordt maar als een unieke persoon met een eigen spiritualiteit en levensgeschiedenis. Alleen zo kan er een klimaat ontstaan waar men zorg heeft voor elkaar en waar men als zorgverlener hulp en steun durft te vragen als de eigen gevoelige snaren wat te veel worden geraakt.

## Slotbeschouwing

Spirituele pijn is een pijn die moeilijk in woorden te vatten is, waartegenover men zich als familielid, hulpverlener vaak onmachtig voelt. Het is een pijn die niet te behandelen en op te lossen is zoals fysieke pijn, maar die zeker even inherent is aan de palliatieve fase. Spirituele pijn kan enkel gelouterd worden door een luisterende aanwezigheid.

Alhoewel dit *erbij blijven* vaak als het moeilijkste ervaren wordt door familie en hulpverlener is het een blijvende uitdaging om de spirituele pijn van de lijdende mens te (h)erkennen en hem in zijn totaliteit te ondersteunen.

### Voetnoten

- 1) Zie Carlo Leget, van levenskunst tot stervenskunst, p.55
- 2) W. Huizing, Zorg rondom het levenseinde, uitgeverij Kok Kampen, 2000

### Bronnen

- W. Huizing, Zorg rondom het levenseinde, Kok Kampen, 2000
- Carlo Leget, Van levenskunst tot stervenskunst; Lannoo, 2008
- Centrum Morele Dienstverlening Gent, syllabus Vorming
- De voorbeelden zijn ontleend aan praktijksituaties vanuit de Palliatieve Thuiszorg en een rvt.

### Ziekenhuisbezoek

*Wanneer een mens door pijn getatoueerd  
afwerensmoe zich op zijn zijde keert,  
het zweet nog tracht te wissen met het laken:  
wellicht, wellicht - dat ge éindelijk zwijgen leert.*

IDA GERHARDT

Uit: *Verzamelde gedichten*. Amsterdam: Athenaeum Polak & Van Gennep. 2005.

Winter' door Katerina Eisenko - www.katrin-a.com



# Palliatieve sedatie

## Interview met prof. dr. Wim Distelmans oncoloog VUB Jette, professor palliatieve geneeskunde VUB

Magali de Jonghe  
moreel consultant PCMD Brugge

PALLIATIEVE SEDATIE IS HET OPZETTELIJK VERLAGEN VAN HET BEWUSTZIJN VAN EEN PATIËNT IN DE LAATSTE LEVENSFASE<sup>(1)</sup>. HET DOEL IS HET VERLICHTEN VAN HET LIJDEN, WAARBIJ HET VERLAGEN VAN HET BEWUSTZIJN EEN MIDDEL IS OM DAT TE BEREIKEN. HET UITGANGSPUNT IS DAT PALLIATIEVE SEDATIE EEN VORM VAN NORMAAL MEDISCH HANDELEN IS. HET IS VAN GROOT BELANG DAT PALLIATIEVE SEDATIE OP JUISTE INDICATIE, PROPORTIONEEL EN ADEQUAAT WORDT TOEGEPAST. NIET DE MATE VAN BEWUSTZIJNVERLAGING, MAAR DE MATE VAN SYMPTOOMCONTROLE BEPAALT DE DOSERING, DE COMBINATIES EN DE DUUR VAN DE INZET VAN MEDICAMENTEN DIE GEBRUIKT WORDEN BIJ PALLIATIEVE SEDATIE. DE (TUSSENTIJDSE) EVALUATIE(S) EN BESLUITVORMINGSPROCESSEN MOETEN GERICHT ZIJN OP HET ADEQUAAT VERLICHTEN VAN HET LIJDEN VAN DE PATIËNT, WAARDOOR EEN RUSTIGE EN AANVAARBARE SITUATIE ONTSTAAT. HET VERLAGEN VAN HET BEWUSTZIJN OM HET LIJDEN TE VERLICHTEN, IS AAN DE ORDE IN DE LAATSTE LEVENSFASE, WAARIN DE DOOD OP REDELIJK KORTE TERMIJN VERWACHT WORDT. MET DEZE DEFINITIE ACHTER DE KIEZEN, TROKKEN WE NAAR PROF. DR. WIM DISTELMANS, ERVARINGSDESKUNDIGE INZAKE BESLISSINGEN ROND HET LEVENSEINDE EN PLEITBEZORGER VAN DUIDELIJKERE AFSPRAKEN OMTRENT HET MEDISCH HANDELEN. EEN OPENHARTIG, NO NONSENSE-GESPREK OVER DE PRAKTIJK IN BELGIË.



Wim Distelmans

**We zullen starten met misschien de meest evidente vraag: Wat is palliatieve sedatie? Kunt u dit toelichten in uw eigen woorden?**

De definitie is eigenlijk heel eenvoudig: iemand heeft ondragelijke klachten, pijn of andere problemen, zowel fysiek als psychisch (braken, angst, verwardheid...) en die ondragelijke klachten zijn onbehandelbaar, men noemt dit *refractaire klachten*. In dat geval kan men eventueel de optie nemen om de patiënt kunstmatig te sederen, in slaap te houden, zodanig dat de klachten niet meer bewust moeten worden meegemaakt. De bedoeling is niet de dood te bespoedigen, wel om te deconnecteren van de wereld. Dit gebeurt het liefst in overleg met de patiënt, jammer genoeg wordt dit wel eens vergeten...



**Zeker als het gaat over onrust en dergelijke lijkt het heel belangrijk dat de patiënt zelf kan beslissen of iets wel of niet dragelijk is?**

Uiteraard, vanuit onze filosofie gaan we er van uit dat het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt uitermate belangrijk is. Overleg met de patiënt is hierbij fundamenteel, maar in de praktijk is het vaak zo dat de beslissing in de plaats van de patiënt wordt genomen. Vaak omdat de zorgverlener het zelf niet meer aankan om te zien hoe iemand (in zijn ogen) afziet. In sommige gevallen sta je als hulpverlener met je rug tegen de muur, je ziet dat iemand lijdt en er is geen communicatie meer mogelijk. In zo'n noodsituatie kan je besluiten om te sederen ondanks het feit dat je het niet hebt kunnen bespreken met de patiënt. Maar dan opteer ik er voor om het te bespreken met de vrienden of familie van de patiënt. In dit kader pleit ik er ook sterk voor om een voorafgaande wilsverklaring op te stellen (via de patiëntenrechten en dus niet te verwarren met de euthanasiewet). Dit biedt de mogelijkheid om buiten de emotionele context van crisismomenten na te gaan wat de patiënt wil.

**Dat is dan het vroegere 'levenstestament'?**

Ja, hetgeen we nu de 'negatieve wilsverklaring' noemen.



### **Eenmaal een patiënt gesedeerd is, hoe worden de symptomen dan opgevolgd? Is onderbreking dan nog mogelijk? Welk verloop kent dit?**

Volgens de richtlijnen van Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) is palliatieve sedatie bedoeld voor de laatste twee levensweken. In de praktijk duurt dit soms langer, omdat artsen moeilijk prognoses kunnen inschatten.

Men spreekt ook over intermitterende palliatieve sedatie waar men de patiënt af en toe wakker maakt en nagaat of hij al dan niet verder wenst te worden gesedeerd. Maar dit is pure theorie, ik vind dit trouwens redelijk surrealistisch...! "We gaan je in slaap doen, dan moet je het niet meer meemaken, en we gaan je dan af en toe eens wakker maken om te vragen hoe het is." Ik heb het zelf ooit één keer meegemaakt bij een patiënt, waarvoor ik weliswaar zelf de verantwoordelijkheid niet had, en wanneer de patiënt werd wakker gemaakt, werd hij enorm boos op me!

### **Komt het soms voor dat de familie vraagt om de patiënt opnieuw wakker te maken?**

Ik heb dit zelf nooit meegemaakt, maar ik heb een verhaal gehoord over iemand die notarieel nog iets moest regelen en toen hebben ze deze patiënt wakker gemaakt om een handtekening te plaatsen, maar dat vind ik er helemaal over. Als er aan de toestand niets is veranderd, waarom zou de patiënt dan niet in slaap willen gehouden worden? Ik vind het ongehoord om mensen tussendoor wakker te maken. Ofwel wordt er gesedeerd zonder dat de patiënt in de besluitvorming betrokken wordt, ofwel wordt het met de patiënt besproken, maar in beide gevallen sedateert men tot dat de patiënt overlijdt! In de praktijk is het vaak zo dat de oorspronkelijke intentie, namelijk palliatieve sedatie, in de loop van de sedatie verandert en dat men overschakelt op levensbeëindiging (zonder verzoek).

Het gebeurt dat de familie na een week vraagt of er niets kan worden gedaan, want het constante waken is slopend. Voortdurend aanwezig zijn, vierentwintig uren aan een stuk, wetende dat het een beginpunt van overlijden is, dat is voor de nabestaanden een serieuze belasting. In deze situatie gaan artsen vaak de dosissen verhogen en dus verandert men de intentie.

### **Staat hierover dan niets vermeld in de definitie van palliatieve sedatie?**

Dat is de zogeheten schemerzone, de *floeu artistique*. Te meer omdat palliatieve sedatie bedoeld is voor de laatste twee levensweken en men de mening is toegedaan dat men dan even goed kan stoppen met het toedienen van voedsel en vocht. Maar iedereen weet toch wat er gebeurt als men geen voedsel en vocht meer toedient? Dan gaat iemand dood! Ik kan begrijpen dat dit wordt vooropgesteld als het tot doel heeft om het comfort van de patiënt te verbeteren, maar niet als dit een standaardprocedure wordt. Men heeft dan misschien niet de intentie om te doden, maar intussen gebeurt het wel. In de definities is het al onduidelijk en in de praktijk nog meer.

Men kan op deze manieren handig de euthanasiewet omzeilen, want er dient niets te worden geregistreerd. En dat is wat in veel ziekenhuizen gebeurt. Ik zeg niet dat ze van bij het begin de intentie hebben om iemand het leven te benemen zonder verzoek, maar die intentie komt vaak in het verloop van de sedatie.

Ik heb ooit meegemaakt dat een verpleegkundige van een palliatieve eenheid mij opbelde en zei dat hij bezig was met een palliatieve sedatie maar "*dat het niet wilde lukken.*" Toen ik vroeg of hij de patiënt niet in 't slaap kreeg, antwoordde hij dat de sedatie perfect verliep, maar dat de patiënt maar niet wou sterven! Je kan wel zeggen dat er zich nog wat problemen stellen met de definitie!

### **Welke mogelijke manieren om te sederen bestaan er naast continue- en intermitterende en diepe of oppervlakkige sedatie nog?**

Dat is natuurlijk allemaal vrij theoretisch. Men zegt dat men de graad van sedatie moet aanpassen aan de refractaire symptomen. Maar als de symptomen maar weinig refractair zijn, dan zijn deze in principe nog te behandelen. Welke dosis je nodig hebt is in de praktijk niet zo vlot te bepalen. Vaak worden dezelfde producten gebruikt als bij euthanasie, alleen in lagere dosissen.

### **Daarmee komen we eigenlijk aan onze volgende vraag, namelijk: welke producten worden gebruikt om te sederen en hoe werken deze?**

Er wordt een aantal producten gebruikt, waarvan het meest gebruikte product Dormicum is. Dat is een product verwant

met Valium, Temesta enzovoort. Het voordeel van Dormicum is dat het heel snel werkt en dat als je de toediening stopt, het ook heel snel is uitgewerkt. Als je dat in een continu infuus geeft via de ader, dan blijft iemand ook continu slapen. De redenering is als volgt: 'als we hem intermitterend willen sederen, dan kunnen we eventjes stoppen en wordt hij onmiddellijk wakker'. Maar sommige mensen reageren slecht op dit soort producten, men noemt dit een *paradoxe reactie*. In plaats van in slaap te vallen, worden

vaak ongelooflijk hoge dosissen van morfine, ik spreek dan van een paar honderd milligram. De artsen zijn dan gefrustreerd dat de patiënt na enkele dagen nog altijd niet is overleden. De patiënt is enkel heel suf door de hoge dosis. Vaak gebruiken artsen het neveneffect van morfine om te sederen, maar dit is een heel slechte methode omdat de patiënt er heel erg misselijk en onrustig kan van worden. Vroeger, vóór de euthanasiewet, gebeurde dit vaak, omdat de artsen niet wisten hoe ze



zij hypernervus, hypergeëxciteerd, en dat is nu net wat men wil vermijden. Wanneer dit gebeurt, schakelt men bijvoorbeeld over naar Diprivan, een product dat ook door anesthesisten wordt gebruikt. Indien ook dit product niet goed werkt, dan gebruikt men barbituraten zoals Pentothal, een product dat ook gebruikt wordt voor euthanasie alleen in iets hogere dosis natuurlijk.

### **Er zijn heel wat misverstanden over morfine en palliatieve sedatie, kunt u de werking van morfine voor ons verduidelijken?**

Morfine is een pijnstiller, het is geen sedativum. Maar de neveneffecten van morfine zijn wel sufheid, verwardheid en hallucinaties. Het is dus een heel slecht product om iemand te sederen of om iemand te euthanaseren. Veel artsen weten dat spijtig genoeg nog niet en zij gebruiken

euthanasie moesten toepassen. Het is natuurlijk wel zo dat wanneer iemand pijn heeft en sedatie wordt opgestart omdat de pijn ondraaglijk is de pijnstillers, zoals morfine, moeten worden doorgegeven.

### **Is slapen eigenlijk een adequate term voor palliatieve sedatie of is dat een eufemisme?**

Slapen betekent dat je iemand kan wakken. Wanneer je iemand kunstmatig sedeert, kan je die persoon niet wakken tenzij je de toediening van het product stopt. Wat je eigenlijk induceert met het product kan je een lichte vorm van coma noemen, die theoretisch reversibel is. Eigenlijk worden alle hogere functies gedeconnecteerd. De stimuli die via de neuronen, via de zenuwen, naar de hogere functies gaan, worden tijdelijk onderbroken.

**Bij overlijden na palliatieve sedatie is registratie niet verplicht. Hebt u er een idee van hoe vaak sedatie voorkomt? Zijn hierover cijfers voor handen?**

Er is een studie gebeurd door de groep Zorg Rond het Levens einde van de VUB, die vaststelt dat sedatie heel vaak voorkomt. In Vlaanderen betreft dit ongeveer 8% van alle overlijdens en in Franstalig België is dit zelfs het dubbele. Daar is het duidelijk een alternatief voor euthanasie. Er zijn minder gevallen van euthanasie -of het wordt in mindere mate geregistreerd- en een dubbel aantal sedaties. Ik ben er van overtuigd dat sedatie vaak niet goed werd doorgepraat en dus met andere woorden ook niet op verzoek van de patiënt gebeurde. In dergelijke situaties is het vaak de arts die vanuit een paternalistische reflex handelt en de beslissing neemt in plaats van de patiënt.

**Gebeurt het vaker bij bepaalde ziektes?**

Het overgrote deel zijn kankerpatiënten (80%), maar dit is ook hetzelfde aantal van de patiënten die euthanasie krijgt, het betreft dezelfde populatie.

Palliatieve sedatie is zo populair, omdat het de bal terug in het kamp van het artsenkorps plaatst. Bij euthanasie is dat anders en beslist de patiënt. Daarom zeggen heel veel artsen dat palliatieve sedatie toch wel een goed alternatief is voor euthanasie, ze kunnen het zelf bepalen, ze worden niet gecontroleerd én wanneer ze van intentie veranderen en de dosissen opdrijven, hebben ze ook het gevoel dat ze de patiënt niet doden. Wat natuurlijk larie is, want ze hebben dan wel voor zichzelf verdrongen dat zij diegenen zijn die de dosissen hebben verdubbeld of verdrievoudigd, veel meer dan nodig om te sederen. Ze zijn dus van intentie veranderd, maar toch maken ze zichzelf wijs dat de patiënt spontaan is overleden...

De patiënten die in aanmerking komen voor sedatie nemen meestal ook al heel wat medicijnen, er is dus sprake van een polymedicatie. Als hier een beetje aan wordt veranderd, zijn zij vaak al gesedeerd. Als arts kan men zichzelf perfect wijsmaken dat dit door de ziekte komt, want men heeft het gevoel dat de patiënt in een stervensfase zit en dan neemt men afstand van zijn verantwoordelijkheid. Dat is allemaal niet zo *clear cut*.

**Hoe staat u er tegenover dat sedatie tot het normaal medisch handelen behoort en er dus geen meldingsplicht is en er dus in principe ook geen toestemming moet worden gegeven?**

Ik vind persoonlijk dat dit moet gemeld worden. We hebben een Federale Commissie Euthanasie, die zinnig werk verricht, omdat zij een buffersysteem is tussen het werkveld, in casu de zorgverlener en het gerecht. Een commissie heeft als bedoeling om uit het globale dossier te evalueren of de geest van de wet is gevolgd en niet de letter van de wet. Ik pleit er al een tijd voor om een gelijkaardi-

ge commissie op te richten voor alle andere beslissingen rond het levens einde, bijvoorbeeld stoppen van voedsel en vocht. Als er dan een dossier is waarbij er onduidelikheden zijn of waar er een klacht is, dan kan je dat dossier aan die commissie voorleggen en die zal dan in eer en geweten beslissen 'dit was barmhartige stervenshulp' of 'dit is toch wel bedenkelijk, want hier is aan levensbeëindiging gedaan zonder dat de patiënt in de besluitvorming betrokken is geweest' - wat misschien ook dikwijls legitiem is, maar dan weet je het tenminste. Ik pleit voor een 'Commissie Levens einde' die alle onduidelijke dossiers bekijkt. Maar ik pleit er ook voor dat elke keer dat een palliatieve sedatie gebeurt, het geregistreerd wordt én dat er vermeld wordt of het al dan niet op verzoek van de patiënt is of niet.

**Dus expliciete toestemming van de patiënt zou niet nodig zijn, maar dan moet het er echt wel klaar en duidelijk in vermeld worden?**

Soms sta je als arts met de rug tegen de muur, omdat er geen communicatie meer mogelijk is maar de patiënt toch duidelijk ondragelijk lijdt. Wanneer je dan eenzijdig besluit tot sederen, moet je wel zeggen waarom je het gedaan hebt, bijvoorbeeld uit barmhartigheid. Zo zou men ook verplicht worden om een tweede collega te raadplegen en na te gaan of de klachten überhaupt refractair zijn.

**Palliatieve sedatie wordt voorgesteld als een positieve, zachte manier om afscheid te nemen. Is dit een onverdeelde mooie manier van afscheid nemen en beter dan pakweg euthanasie? Wat is uw ervaring hierin?**

Er zijn drie situaties: enerzijds heb je patiënten die duidelijk kiezen voor euthanasie, maar waar de hulpverlener om de een of andere reden zegt dat dit niet mogelijk is en waar vervolgens palliatieve sedatie als mogelijk alternatief wordt aangeboden. Daarnaast heb je een andere groep patiënten die niet met het idee van euthanasie spelen, maar wel afzien en vragen om iets aan hun lijden te doen. In dit geval kan palliatieve sedatie een goede oplossing zijn. In het eerste geval namelijk wanneer een patiënt euthanasie vraagt, speel ik ook de advocaat van de duivel en opper ik het idee van palliatieve sedatie, namelijk: "We kunnen u in slaap doen en in slaap houden tot wanneer u overlijdt." Tot op heden kreeg ik echter steeds een negatief antwoord. "Wat voor zin heeft het om mij in slaap te houden gedurende weken, terwijl ik voor euthanasie heb gekozen?" Voor deze mensen is het gewoon genoeg geweest. Er is nog niemand die heeft gezegd dat hij sedatie een beter alternatief vond. In een ziekenhuis waar men tegen euthanasie is, 'kiezen' patiënten echter voor palliatieve sedatie omdat het andere blijkbaar niet mogelijk is.

Een derde categorie is de groep bij wie het niet werd besproken en ik vrees dat dit dikwijls een heel grote groep is. Zo herinner ik me een patiënt die duidelijk leed, maar die

in gesprekken aangaf dat hij nog kon genieten van bijvoorbeeld de Tour de France op tv en dergelijke. Tijdens de wacht in het weekend was er een iets minder ervaren arts aanwezig en die besloot om de patiënt te sederen. Na het weekend kwam ik terug op de afdeling en constateerde ik dat de patiënt compleet was gesedeerd, terwijl ik er zeker van was dat de persoon in kwestie dit absoluut niet wou! Ik heb toen de baxter onderbroken en de patiënt was heel blij. Dat bewijst toch maar hoe voorzichtig we moeten zijn en rekening houden met het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Jammer genoeg is 'zelfbeschikking' bij bepaalde groepen niet zo belangrijk.

**Zou het kunnen dat sedatie populairder wordt, niet zo zeer doordat de visie op het levenseinde verandert, maar omdat we steeds minder kunnen toegeven dat niet alles zo maakbaar en beheersbaar is zoals we wel zouden willen? Dat het een soort onmacht is om om te gaan met de lelijke en harde kant? Dat we dan liever iemand in slaap doen om het niet te hoeven zien?**

Dat is zeker de reden bij sedatie zonder verzoek, waar de hulpverlener zich machteloos voelt en het eigenlijk niet meer kan aanzien. Er zijn een aantal criteria om te kunnen observeren of iemand lijdt, maar als de patiënt daar gewoon zit en je weet dat hij gaat sterven en je hebt niet het gevoel dat die persoon lijdt waarom zou je dan sederen? Dat is dansen op een slappe koord. Het is een kwestie van uitgangspunt. Om een wit-zwartkarikatuur te maken: vrijzinnig humanisten zijn gericht op *zelfbeschikking* en mensen met een katholieke geloofsovertuiging op zorg. Zorg op zich is eigenlijk paternalisme. Het is natuurlijk vaak positief, zoals een vader of een moeder die voor hun kind zorgt. Maar als je het ongevraagd overneemt -wat blijkbaar toch regelmatig gebeurt- wordt dit vanuit vrijzinnig-humanistisch perspectief niet geapprecieerd.

**Voor een stuk draagt palliatieve sedatie ook bij tot een verdere medicalisering. Je hebt ook weer specialisten of deskundigen nodig, je moet voortdurend opgevolgd worden tijdens de sedatie, kan zoiets eigenlijk thuis?**

Dat kan in principe thuis, met een subcutane pomp, waarbij onderhuids een naaldje wordt gestoken aan een pomp met ook nog andere producten. Men noemt dat ook de 'pijnpomp', omdat er meestal morfine in zit. Die pomp heeft daardoor ook een kwalijke reputatie. De zorgverlener legt de pomp aan, want de patiënt kan niet meer slikken, maar als men in diezelfde pomp Dormicum geeft, een sedativum, dan is de patiënt na een week dood en dan wordt dikwijls de gevolgtrekking gemaakt '*als je de pomp krijgt, ga je dood*'. Terwijl dat niet altijd het geval is. Maar als daar ongevraagd producten in worden gestoken die voordien niet werden doorgesproken met de patiënt, dan is het logisch dat dergelijke reputatie ontstaat.

### Zijn er richtlijnen in België?

Bij mijn weten zijn er in België geen richtlijnen. Tenzij die van Nederland...

### Wie bepaalt dan wat, waarom, wanneer, hoeveel...?

Wij gebruiken de Nederlandse leidraad. De collega's die sederen tenminste, want ik sedeer enkel in uitzonderlijke



omstandigheden. Wanneer ik een patiënt sedeer, dan weet ik dat ik met levensbeëindiging bezig ben. Ik kan niet iemand in slaap doen en wachten tot die persoon spontaan overlijdt, neen! Dan zeg ik bewust dat we de zaken gaan versnellen, omdat ik de situatie onmenselijk vind. Ik ben dan eerlijk ten opzichte van mijzelf en anderen. Neem bijvoorbeeld een pasgeboren baby met geboorteafwijkingen waarvan je weet dat hij het jaar niet zal halen, tenzij mits veel miserie en ondersteuning met therapeutische hardnekkigheid. Als je dan beslist om het mild af te ronden, dan doe je geen 'sedatie', dan rond je het mild af, punt aan de lijn.

#### voetnoot

1) Definitie afkomstig van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) <http://knmg.artsennet.nl>

#### Meer info

Voor meer informatie over de negatieve wilsverklaring of wilsverklaring euthanasie kan je onder andere terecht bij de verschillende Centra Morele Dienstverlening ([www.uvv.be](http://www.uvv.be)) of bij het LevensEindeInformatieForum ([www.leif.be](http://www.leif.be)) en bij de vzw Recht op Waardig Sterven ([www.rws.be](http://www.rws.be)).

# Zelfverwonding: pijn(loos)?



VAN NATURE ZIJN WE GENEIGD PIJN TE VERMIJDEN EN DE VERZORGING VAN ONS LICHAAM ALS VANZELFSPREKEND TE BESCHOUWEN. WAAROM ZIEN WE DAN STEEDS MEER JONGEREN MET ALLERLEI VORMEN VAN ZELFVERWONDEND GEDRAG. IS HET EEN NIEUWE RAGE? WAT ZIJN DE OORZAKEN? HOE KAN MEN ER BEST MEE OMGAAN?

**prof. dr. Laurence Claes**

docent klinische psychodiagnostiek aan de K.U. Leuven

in samenwerking met

**prof. dr. Walter Vandereycken**

hoogleraar psychiatrie aan de K.U. Leuven



Laurence Claes

## Definitie

Zelfverwondend gedrag verwijst naar sociaal onaanvaardbaar gedrag waarbij een persoon zichzelf direct fysiek letsel toebrengt zonder de intentie om zichzelf van het leven te benemen (Claes & Vandereycken, 2007a, b). Voorbeelden van zelfverwonding zijn zichzelf krabben, snijden, kneuzen en branden. Het dragen van één of enkele piercings of tatoeages beschouwen we niet als vormen van zelfverwonding, omdat zij sociaal aanvaard zijn als vorm van lichaamsdecoratie (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2005).

## Frequentie

De frequentie van voorkomen van zelfverwondend gedrag (ZVG) is moeilijk in te schatten. In vele studies is er een overschatting omdat men ook suicidepogingen mee in rekening brengt, terwijl in andere studies het voorkomen onderschat wordt omdat men enkel die gevallen in rekening brengt waarbij er medische verzorging noodzakelijk was. Tevens gebeurt ZVG vaak in het geheim, wat eveneens een onderschatting van het gedrag met zich mee kan brengen (Claes & Vandereycken, 2007a, b). De grote verschillen in cijfers zijn zeker te wijten aan de verschillende definities van ZVG.

Momenteel schat men het voorkomen van ZVG in de algemene bevolking bij volwassenen rond de 4% en in de psychiatrische populatie rond de 20%. Bij adolescenten liggen de percentages veel hoger: 14-39% van de jongeren zonder buitengewone problemen en 40-61% van de psychiatrisch opgenomen adolescenten (Nock & Prinstein, 2004). Ook in bepaalde probleemgroepen komt ZVG frequenter voor: men schat dat ongeveer 50 tot 75% van de patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis één of andere vorm van ZVG vertoont (Leibenluft, Gardner, & Cowdry, 1987) en dat het voorkomt bij 25 tot 35% van de eetstoornispatiënten (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2003, 2006). In een enquête bij 4.500 West- en Oost-Vlaamse leerlingen van 14 tot 17 jaar werd het voorkomen van ZVG met/zonder suicidegedachten geschat op 13,1% (Van Heeringen, 2001).

Samenvattend kunnen we stellen dat ZVG frequenter voorkomt bij meisjes dan bij jongens en vaker in de adolescentie dan in de volwassenheid. De adolescentie kenmerkt zich door vele veranderingen op biopsychosociaal gebied. Indien de jongere geen adequate manier vindt om hiermee om te gaan, verhoogt de kans op ZVG, zeker indien de jongere zich niet goed *in zijn vel* voelt en contact heeft met jongeren die zichzelf verwonden (Claes, Houben, Vandereycken & Bijttebier, 2008).

## Wel of geen pijn?

Vaak wordt *zichzelf verwonden* omschreven als *zichzelf pijn doen*. Cliënten met ZVG zullen echter vaak te kennen geven dat zij op dat moment geen pijn voelen. Anderen gaan zichzelf juist verwonden omdat zij pijn willen voelen. Uit experimenteel onderzoek (Russ et al., 1992; 1996) komt inderdaad naar voren dat 33 à 50% van de cliënten die zichzelf verwonden een verminderde pijngevoeligheid hebben of helemaal geen pijn voelen bij het toebrengen van pijnprikkels. In een



experiment hebben ze aan borderlinepatiënten met ZVG gevraagd om hun hand zo lang mogelijk in een vat met (ijs)koud water onder te dompelen. Patiënten die geen pijn ervaren tijdens ZVG kunnen dit langer volhouden en rapporteren minder hoge pijnscores dan borderlinepatiënten die wel pijn voelen tijdens ZVG.

## Verklaringen

Er worden in de literatuur verschillende verklaringen naar voren geschoven om pijnloze zelfverwonding te begrijpen. Op vlak van biologische verklaringen verwijst men vaak naar de invloed van endorfines (Sandman & Touchette, 2002). Wanneer iemand zichzelf verwondt, scheidt het

lichaam automatisch opiumachtige stoffen af, de endorfines. Deze verminderen de pijngevoeligheid en kunnen een aangenaam, trance-achtig gevoel verwekken. Als ZVG direct gevolgd wordt door een aangenaam gevoel, is de kans groot dat dit gedrag blijft voortbestaan, ondanks de negatieve gevolgen op langere termijn (bijvoorbeeld littekens). In de literatuur bij verstandelijk gehandicapte personen vindt men meer ondersteuning voor deze verklaring dan bij normaalbegaafde psychiatrische patiënten (Russ et al., 1993; Symons, 2002). Bij verstandelijk gehandicapten stelt men vast dat het toedienen van naloxone (een opiaat-antagonist, die de positieve effecten van endorfines neutraliseert) de frequentie van ZVG duidelijk doet afnemen (Sandman & Touchette, 2002).

Op vlak van psychologische verklaringen stelt men vast dat cliënten die geen pijn rapporteren tijdens ZVG op verschillende aspecten verschillen van cliënten die wel pijn ervaren: de eerste groep heeft een langere geschiedenis van ZVG en scoort op vragenlijsten hoger wat betreft (seksuele) traumatisering, dissociatie, impulsiviteit en ontkenning van pijn.

- De langere geschiedenis van ZVG lijkt erop te wijzen dat deze cliënten hun lichaam habitueren (gewennen) aan pijn. De kans op suïcide blijkt ook groter bij cliënten die geen pijn rapporteren tijdens ZVG dan diegene die dat wel doen. Een verminderde pijngevoeligheid is zeker niet de oorzaak van een zelfmoordpoging maar het zou de stap tot suïcide vergemakkelijken indien er uitlokkende factoren, zoals verlaten of verlies, aanwezig zijn (Nock et al., 2006; Van Orden et al., 2005).
- Het feit dat herhaaldelijke traumatisering tot een verminderde pijngevoeligheid zou leiden kan verklaard worden door de *stress-induced analgesia* hypothese. Ten gevolge van herhaaldelijke traumatisering leeft de cliënt in een voortdurende situatie van onvoorspelbaarheid en oncontroleerbaarheid, hetgeen leidt tot een dysregulatie van endorfines, die op hun beurt de pijngevoeligheid beïnvloeden (zie hoger).
- De associatie tussen de afwezigheid van pijn tijdens ZVG en dissociatie wordt toegeschreven aan cognitieve processen (Russ et al., 1993). Cliënten die dissociëren blokkeren de emotionele component van hun gevoelswereld mentaal af en/of ontkennen de pijn die ze voelen, hetgeen leidt tot minder rapportering van pijn.
- Het verband tussen impulsiviteit en verandering in pijngevoeligheid wordt toegeschreven aan een dysregulatie van serotonine, een neurotransmitter die zowel impulsief gedrag als pijngevoeligheid beïnvloedt (Symons, 2002). De relatie tussen pijn(on)gevoeligheid en ZVG is dus een complex fenomeen dat zeker verder onderzoek verdient.

## Funcies van ZVG in relatie tot pijn

ZVG kan zeer uiteenlopende functies hebben. De betekenis ervan kan verschillen van persoon tot persoon en zelfs bij één persoon kan de functie van ZVG variëren. Hier richten we onze

aandacht in het bijzonder op het verband ZVG en pijn. Pijn kan zowel *positief als negatief* ervaren worden door *zichzelf en de ander*. Dit leidt tot verschillende functies van ZVG die in figuur 1 met telkens een voorbeeld worden weergegeven.

## Betekenis van pijn

<b>POSITIEF</b>	
Genieten van de pijn	ZVG en littekens als non-verbale communicatie/hulpvraag
<b>ZELF</b>	<b>ANDER</b>
Ontsnappen aan fysieke/emotionele pijn	ZVG als manipulatie
<b>NEGATIEF</b>	

Figuur 1: Functies van ZVG in relatie tot fysieke/emotionele pijn

Een aantal cliënten zegt zichzelf te verwonden omdat ze *genieten van de pijn, omdat fysieke pijn afleidt van en controlebaarder is dan emotionele pijn of omdat pijn ervaren het gevoel geeft nog te leven, een mens van vlees en bloed te zijn*. Anderen daarentegen zeggen zichzelf te verwonden om te ontsnappen aan negatieve fysieke of emotionele pijn. De pijn die ze zelf uitlokken hebben ze in de hand, terwijl ze geen vat hebben op pijn ten gevolge van een lichamelijke aandoening. Pijn bij ZVG kan ook helpen te ontsnappen aan de *emotionele pijn* (emotioneel pijnlijke ervaringen of herinneringen). Tegenover de directe omgeving (familie, vrienden) kan ZVG met opvallende littekens een poging zijn tot non-verbale communicatie of een hulpkreet. Tot slot kan ZVG in negatieve zin beschouwd worden als een manier om anderen te manipuleren: *Als ik niet krijg wat ik wens, dan...* Deze functie van ZVG wordt in de literatuur veelvuldig gerapporteerd door hulpverleners als *aandacht vragen of manipuleren*. Door cliënten wordt deze functie echter veel minder gerapporteerd, zij het meer door mannen dan door vrouwen (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007c).

Naast de hierboven genoemde functies worden nog vele andere betekenissen van ZVG-gedrag beschreven: om zichzelf te straffen, om uit dissociatie te geraken, om zichzelf fysiek onaantrekkelijk te maken, om suïcidedgedachten af te wenden enzovoort. Het opsporen van de juiste functie van ZVG speelt een belangrijke rol bij de behandeling. In wat volgt, beschrijven we kort hoe we de cliënt met ZVG proberen aan te leren om voor zichzelf te zorgen in plaats van zich te beschadigen.

## Hoe behandelen?

Hiernavolgend bespreken we kort enkele aandachtspunten voor de cliënt en de hulpverlener in de aanpak van ZVG (gebaseerd op Claes & Vandereycken, 2007).

- *Zelfregistratie*. De cliënt houdt een dagboek bij waarin hij aan de hand van een schema een overzicht maakt van de

situaties die ZVG uitlokken, de gevoelens en gedachten die eraan voorafgaan, de beschrijving van het gedrag zelf, de functies ervan, en de gevoelens, gedachten en gedragingen achteraf. Op deze wijze wordt de cliënt actief ingeschakeld in de behandeling en krijgt hij de verantwoordelijkheid over de aanpak van dit gedrag. Op deze manier kan de cliënt ontdekken welke situaties/gevoelens en gedachten gevaarlijk zijn voor het uitlokken van ZVG, hetgeen nuttig is om herhaling te voorkomen.



- *Responspreventie*. Wanneer de cliënt inzicht heeft verworven in de uitlokkers van ZVG, kan hij de situatie proberen te vermijden om zo ZVG te voorkomen en een gevoel van controle te ervaren (*ik heb mezelf weer in de hand*).
- *Alternatief afreageren*. Natuurlijk kan niet elke mogelijk uitlokkende situatie vermeden worden en zal de cliënt moeten leren om zijn gevoelens op een andere manier te reguleren. Het ZVG dient te worden vervangen door gezonde alternatieven. Het gaat dan om gedragingen die leiden tot een snelle ontlading van gevoelens en gedachten, zonder dat ze evenwel schadelijk/pijnlijk zijn voor de cliënt of een ander. Zo kan het op een kussen kloppen of eens flink gaan joggen een gunstig effect hebben. Men moet steeds samen met de cliënt kijken of het alternatief echt zelfzorg is, want zelfs wondverzorging kan zelfpijniging zijn indien de cliënt teveel ontsmettingsmiddel gebruikt of de wonde te ruw behandelt.

Van de kant van de hulpverlener verwachten we een neutrale wondverzorging en een open communicatie nadat het ZVG heeft plaatsgevonden.

- *Neutrale wondverzorging* betekent dat de wonden technisch correct verzorgd worden door een huisarts of verpleegkundige zonder commentaar te geven op het gedrag. Men moet handelen alsof het een ongeval betrof zonder negatieve reacties te geven (*wat heb je nu gedaan!?*). Verder is het aangewezen om in geval van herhaald ZVG de wondverzorging aan de verantwoordelijkheid van de cliënt toe te vertrouwen (met af en toe controle door arts of verpleegkundige). Goede wondver-

zorging is de basis van goede zelfzorg en het tegendeel van zelfbeschadiging.

- *Open communicatie.* Daarna zal ZVG besproken worden wanneer het acute moment voorbij is. Erover kunnen praten, vergt immers een rustige sfeer bij zowel de cliënt als de hulpverlener. Men zal daarbij voornamelijk zoeken naar de betekenis of de functie van het gedrag: wat wilde de cliënt *zeggen* met dit ZVG en hoe kan men samen zoeken naar een meer gepaste en effectieve verwoording van problemen.



Tot slot dient er opgemerkt te worden dat ook het *respect* voor zichzelf en voor anderen een belangrijk aandachtspunt is tijdens de behandeling. Er wordt aan de cliënt gevraagd om ZVG en/of littekens niet openlijk te tonen aan anderen. Dit kan andere mensen shockeren en/of kan aanstekelijk werken bij vrienden, klasgenoten of medepatiënten. Tevens getuigt het van weinig zelfrespect als men zich op deze manier *te kijk stelt* aan anderen. Naast de hier kort beschreven aanpak van ZVG blijft het natuurlijk erg belangrijk om de ruimere problematiek in kaart te brengen en te behandelen.

#### Bronnen

- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007a). *Zelfverwonding. Hoe ga je ermee om?* Tielt: Lannoo.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007b). Self-injurious behaviour: Differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 137-144.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2003). Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: a comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*, 11, 379-396.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005). Self-care versus self-harm: Piercing, tattooing, and self-injuring in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 11-18.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2006). Pain experience related to self-injury in eating disorder patients. *Eating Behaviors*, 7, 204-213.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42, 611-621.
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., & Bijttebier, P. (2008). Self-injurious behavior in high school students: A matter of social contagion or poor self-esteem. Ter publicatie ingediend.
- Leibenluft, E., Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*, 1, 317-324.

- Nock, M.K., & Prinstein, M.J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.
- Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
- Russ, M.J., Roth, S.D., Kakuma, T., Harrison, K., & Hull, J.W. (1993). Pain perception in self-injurious borderline patients: Naloxone effects. *Biological Psychiatry*, 35, 207-209.
- Russ, M.J., Clark, W.C., Cross, L.W., Kemperman, I., Kakuma, T., & Harrison, K. (1996). Pain and self-injury in borderline patients: Sensory decision theory, coping strategies, and locus of control. *Psychiatry Research*, 63, 57-65.
- Russ, M.J., Roth, S.D., Lerman, A., Kakuma, T., Harrison, K., Shindeldecker, R.D., Hull, J., & Mattis, S. (1992). Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 32, 501-511.
- Sandman, C.A., & Touchette, P. (2002). Opioids and the maintenance of self-injurious behavior. In S.R. Schroeder, M.L. Oster-Granite, & T. Thompson (Eds.), *Self-injurious behavior: Gene-brain-behavior relationships* (pp. 191-204). Washington, DC: American Psychological Association.
- Symons, F.S. (2002). Self-injury and pain: Models and mechanisms. In S.R. Schroeder, M.L. Oster-Granite, & T. Thompson (Eds.), *Self-injurious behavior: Gene-brain-behavior relationships* (pp. 223-234). Washington, DC: American Psychological Association.
- Van Heeringen, C. (2001). *Child and Adolescent Self-Harm in Europe (CASE project)*. <http://users.ugent.be/~cvheerin/Pogingen%20Jongeren.html>
- Van Orden, K.A., Merrill, K.A., & Joiner, T.E. (2005). Interpersonal-psychological precursors to suicidal behavior: A theory of attempted and completed suicide. *Current Psychiatry Reviews*, 1, 187-196.

#### Meer info

Prof. Claes schreef mee het toegankelijke, degelijke boekje *Zelfverwonding*, hoe ga je ermee om (Lannoo 2007). Een bron van inzicht en nuttige tips voor mensen met zelfverwendend gedrag, hun omgeving en hulpverleners.



*Er zijn ziekten erger dan ziekten,  
Er zijn pijnen die geen pijn doen, zelfs niet in de ziel,  
Maar pijnlijker dan alle andere.  
Er zijn gedroomde angsten, werk'lijker  
Dan die welke het leven met zich brengt, er zijn gevoelens  
Die men voelt alleen door ze te denken  
En die meer de onze zijn dan 't leven zelf.  
Er zijn zo vele dingen die, zonder bestaan,  
Bestaan, die tergend traag bestaan  
En tergend traag de onze zijn, de onze en onszelf...  
Boven het troebel groen van de brede rivier  
De witte circumflexen van de meeuwen...  
Boven de ziel de nutteloze wiekslag  
Van wat niet was, ook niet kon zijn, en alles is.  
Geef mij nog wat wijn, want het leven is niets.*

FERNANDO PESSOA

Uit: *Gedichten*. Amsterdam Arbeiderspers. 1987.



# Men neme een paar sjaaltjes...

BDSM IS DE AMERIKAANSE TERM VOOR SM, HET STAAT VOOR: BONDAGE AND DISCIPLINE, DOMINANCE AND SUBMISSION EN SADISM AND MASOCHISM. DEZE TERM WORDT IN DE BDSM-SCÈNE DOOR HET INTERNET TEGENWOORDIG PRAKTISCH OVERAL GEBRUIKT, MEDE OMDAT HET UITGEBREIDER IS QUA BETEKENIS DAN HET VROEGERE BEGRIP SM (SADOMASOCHISME).



Werkgroep Voorlichting Amsterdam  
[www.deliciousdarkness.nl](http://www.deliciousdarkness.nl)



Er zijn grote verschillen in de schattingen van het aantal beoefenaars in de gehele samenleving<sup>(1)</sup>. Tenminste een deel van deze variatie wordt veroorzaakt door de verschillende manieren waarop sm en daaraan verwante begrippen worden gepresenteerd en gedefinieerd in deze algemene studies van seksueel gedrag. De schattingen lopen uiteen van circa 50% van degenen die aangegeven hebben tenminste ietwat erotisch te reageren als zij gebeten werden (Kinsey e.a. 1953) tot ongeveer 5% die aangegeven hebben seksueel opgewonden te raken door het toedienen of het ontvangen van pijnprikkels (Hunt 1974). De beste gok van de auteur van deze tekst is dat ongeveer 10% van de volwassen populatie sm-beoefenaars zijn.

Bdsm'ers heb je uiteraard in alle soorten en maten, en zo ook hun belevingen. Het bdsm-spel wordt bedreven door bdsm'ers die het beleven als een spel van macht en onmacht. De 'sub' speelt de onderdanige rol, de 'Dom' de dominante rol. Voor velen is de onderdanigheid of dominantie een kick binnen hun seksleven<sup>(2)</sup>. Er zijn er ook die het vooral gaat om de pijnlust, zoals de masochisten, kortom voor elk wat wils. Het is een spel met een begin en een eind. Het is spannend, opwindend en zit vol lekkere sensationele prikkels. Vanilla's (mensen die niet aan bdsm doen) kunnen zeggen wat ze willen: bdsm'ers maken werk van hun seksleven. Avondvullende spannende erotiek in plaats van alleen seks.

Tussen beide partijen worden duidelijke afspraken gemaakt over de wederzijdse grenzen en wensen. Ook wordt er een stop of codewoord afgesproken. De bezorgdheid voor de sub is vaak zo aan de orde dat men regelmatig het go-woord vergeet af te spreken. Daarmee geeft de sub aan dat ze het zo geweldig naar haar zin heeft dat het allemaal wel een tandje hoger kan. Hoe ver men gaat met en in het bdsm-spel ligt individueel verschillend. Met elk stapje verder zijn er bdsm'ers die het op dat moment echt spannend en prikkelend genoeg vinden en het daarbij laten. Het met elkaar leuk hebben en het voor elkaar leuk maken gaat voor bdsm'ers net zo goed op als voor vanilla's. Het uit zich alleen hier en daar verschillend.

Pijn is een belangrijk element binnen dit erotisch gebeuren. In bdsm is pijn anders dan we dat in vanilla kennen. Dit zullen de masochisten volledig beamen. In bdsm is pijn geen zwart-witgegeven tussen geen pijn voelen en masochisme.

Daartussen hebben we namelijk een groot grijs vlak. Dat betreft de pijnlust. Soms is grijs allesbehalve saai.

Ieder mens heeft een hogere pijngrens naarmate de seksuele opwinding stijgt. Dit zal ik even toelichten met een voorbeeld. Op een keer na een VSSM-bijeenkomst (de VSSM is een bdsm-vereniging in Nederland) in Amsterdam gingen we naar huis met een taxi. Het was een geweldige middag geweest. Onderweg lachten we en spraken na over

Hiervoor is het van belang dat de sub de seksuele spanning vast kan houden. Let wel, de spanning hoeft niet als seksueel ervaren te worden, het kan zich bijvoorbeeld ook vertalen in een onderdanig gevoel. Het gevoel van onderdanigheid in bdsm heeft over het algemeen een behoorlijke overlapping met het lustgevoel. Met een beginner kan de Dom er bijvoorbeeld voor kiezen dat de pijn onder het level van de lust blijft. Zelfs zo dat de pijn niet als pijn wordt ervaren maar als een extra lustprikkel. Dat haalt een stuk



'The bonds of love' door Trish Probst - <http://imprisonedbeauty.deviantart.com>

het een en ander, dat die middag was gebeurd. Op een bepaald moment zei de taxichauffeur dat hij zich best voor kon stellen dat sm iets spannends had maar dat hij er helemaal niets van begreep wat we nou aan pijn vonden. Welk mens houdt er nou immers van pijn? Op die vraag van hem gaf ik dit als uitleg: "Stel je voor dat je met je vriendin ligt te vrijen en vlak voor je orgasme stop je, daarna begin je weer opnieuw. Je wordt meer en meer opgewonden. En vlak voor je echt klaarkomt, je bent dan enorm opgewonden, haalt ze met een ruk, van boven naar beneden, met haar nagels je rug open. Ervaar je dat dan als pijn?" Verrast antwoordde hij daarop met: "Nee!". Vervolgens zei ik tegen hem: "In bdsm gaan we met die pijn creatief om." "Nu begrijp ik het", zei hij daarop. Dit is in pijnlust een belangrijk gegeven.

spanning weg. Pijn is namelijk voor veel onervaren mensen iets negatiefs, pijn wordt dan bijna altijd met iets negatiefs geassocieerd. De pijn van de tandarts gaat voor een aantal mensen zelfs dieper qua associatie. In NLP-termen<sup>(3)</sup> heet dat dan *geanker*. Een anker op zich is een neutraal begrip en kan dus verschillende ladingen hebben van negatief naar neutraal tot positief. Ter verduidelijking een positief voorbeeld van een anker: wanneer twee geliefden samen een *lovesong* hebben, zal het horen van die *song* elke keer een intens prettig gevoel teweeg brengen. Het positief ankeren van pijn in bdsm is betrekkelijk eenvoudig. Simpel door de pijn zo toe te dienen dat die pijn niet als pijn wordt ervaren maar als intense lustprikkel. Dat kan door zacht te beginnen, stiltejes op te drijven en ondertussen goed op de reacties

van de sub te letten. Hoe effectiever de Dom omgaat met het opvoeren van de opwinding van de sub, hoe hoger de pijngrens op dat moment komt te liggen, en hoe meer er mogelijk is.

Zowel pijnlust als masochisme zijn niet statisch en allerm minst constant in die zin. Dat komt omdat er nogal wat factoren een rol van betekenis kunnen spelen, zoals het contact tussen de deelnemers, de opbouw van de prikkeling, de autoriteit die de Dom krijgt toegedicht en de communicatie met de sub, de omgevingstemperatuur, de ontvankelijkheid en ontspanning van de sub... Pijn is in dit spel geen doel maar een middel. De insteek hiervan kan individueel heel verschillend zijn: de pijn kan de functie hebben om de onderdanigheid te verdiepen, de pijn kan fungeren als echte straf, kan werken als schuldbevrijdend, louterend, pijn kan werken als lustverhoging en pijn kan een middel zijn om een grens over te gaan. De pijnbeleving van de sub is het uitgangspunt. De ene sub heeft een hogere pijngrens dan de andere. Daarnaast is een Dom niet statisch in het pijnigen. Een Dom participeert op de positieve pijnbeleving van het moment van de desbetreffende sub. Hij past de hoeveelheid en de mate van pijn dus aan, aan de sub met wie hij op dat moment een sessie heeft en aan haar gesteldheid op dat moment. Van belang hierbij is de communicatie tussen de Dom en de sub. Hoe beter hij op de hoogte is van haar *state of mind*, des te beter hij er op in kan gaan tijdens de sessie.

Ook de napijn wordt door de sub beslist gewaardeerd. Er zijn subs die met de pijn in een sessie op zichzelf niet zoveel hebben. De winst ligt voor hen onder andere in de roes veroorzaakt door endorfine en de napijn. Endorfine is een wonderlijk stofje. Endorfine wordt aangemaakt als pijnstillend voor en door het lichaam zelf, bij grote vrijgaven kun je er *high* van worden. Endorfine is echter ook een eigenwijs stofje, ze bepaalt in het begin haar eigen tijd en tempo. Na verloop van tijd gaat de endorfine makkelijker en ook sneller stromen. Het lijkt erop alsof ze eerst het pad moet zien te vinden, dat ze daarna steeds makkelijker bewandelt, vervolgens laten gesleten paden zich blind lopen. Op de een of andere manier kan je dus zeggen dat endorfine zich laat conditioneren. Maar toch heeft endorfine tijd nodig om op gang te komen. Wanneer de Dom een tik geeft om de sub te corrigeren, zal de endorfine echt nog niet gaan juichen dat ze weer mag. Voor het gaan stromen van de endorfine is het ook van belang dat de pijn in een bdsm- of Dom/sub-dimensie plaatsvindt. Al is de sub nog zo masochistisch, zodra deze de voet stoot, zal die pijn net zo goed als bij anderen als onaangenaam worden ervaren. Alles hangt dus van de context en de stemming van de persoon af. Pijn en pijn is niet hetzelfde.

In de bdsm-wereld wordt er ook belang gehecht aan nazorg na het spel. De erotische uitwisseling steunt dus

niet alleen op pijniging, maar ook op aandacht en respect. Dit kan een fysieke nazorg zijn (een dekentje geven tegen het rillen, strelen om gerust te stellen enzovoort) of een emotionele nazorg (zeggen dat de andere het goed heeft gedaan, dat je van hem/haar houdt enzovoort).

Samenvattend kunnen we dus stellen dat een pijnbeleving sterk kan verschillen al naar gelang de context, de stemming en vooral ook: de toestemming. In de bdsm-wereld



spreekt men van bdsm zolang het op basis van vrijwilligheid plaats vindt, wanneer het niet vrijwillig gebeurt, spreekt men net als elders ook van mishandeling. Pijn en het pijnigen worden dus niet zonder meer als welkomme gast onthaald, maar ze kunnen, mits juist gedoseerd en goed gecontextualiseerd, best aangenaam prikkelend zijn.

#### Voetnoten

- 1) Alle cijfers zijn afkomstig uit: Charles Moser, 'Psychologie van het sadomasochisme', Uit: *Journal of Social Work and Human Sexuality* 7;1(1988), S. 43-56.
- 2) Wanneer de hiërarchie ook buiten de erotiek een deel van de relatie vormt, spreekt men van *lifestyle*.
- 3) NLP = Neuro Linguïstisch Programmeren. Dit is een therapievorm uit Amerika die gebaseerd is op psychologie, trance en taalpatronen.

# Pijnlijke ontmoetingen: de voorstelling van pijn in visuele kunsten



FRANCISCO DE GOYA, OORLOGSRAMPEN - ENTERRAR Y CALLAR [BEGRAAF HEN EN ZWIJG]

**dr. Marta Zarzycka**

assistent-professor Vrouwenstudies aan de Universiteit Utrecht,  
doctoreerde met het werk *Body As Crisis: The Representation of Pain in Visual Arts*  
en onderzoekt momenteel het trauma en de gruwel  
in hedendaagse persfotografie

Vertaald uit het Engels door mevr. Francine Baetens, vertaalster,  
en moreel consulent CMD Roeselare Anne-Flor Vanmeenen



Marta Zarzycka

Pijn is een zeer moeilijk gegeven om een studie over te schrijven. Pijn wordt verondersteld het bewustzijn in de war te brengen en zodoende ook de objectiviteit te verstoren, hoe kunnen we er dan in slagen het lijdende subject te beschrijven? Men beweert vaak dat intense pijn niet kan worden verwerkt en niet in woorden te vatten is, hoe kunnen we dan middelen vinden om ze te her-talen? Het subject beroerd door pijn wordt als een amnesiepatiënt beschouwd, hoe kunnen we dan pijnlijke herinneringen opsporen? Als we over pijn spreken, hebben we het vaak over wanhoop, ontevredenheid, ontgoocheling, verlies en angst. Opvoeding in verband met pijn begint zeer vroeg – met kinderversjes, slaapliedjes, stripverhalen en de waarschuwingen van de ouders: *doe je geen pijn*. Kinderen huilen, maar ze ontleren of her-leren al snel het volume waarmee, en de omstandigheden waarin, ze hun pijn mogen uiten. Een kind dat niet geleerd heeft te praten, zal toch schreeuwen van de pijn, zonder dat te hebben geleerd. Maar wanneer het kind begint te leren praten, krijgt die pijnkreet een fonemische vorm en zal het kind imiteren en reproduceren wat het anderen hoort doen als ze pijn hebben. Dit betekent een bijkomende moeilijkheid om de kracht, impact en aard van de pijn in te schatten.

Worstelingen om pijn te begrijpen vindt men doorheen heel de geschiedenis, van de zuiverende rol van pijn in het christendom tot de mythes die zijn ontstaan rond aids als zou het een straf zijn gericht tegen het homoseksuele deel van de bevolking. De noodzaak om pijn te begrijpen is tegenwoordig nog sterker. Ieder lid van de westerse beschaving wordt omringd door pijn en zijn/haar wezen wordt erdoor geconditioneerd. Kanker, tuberculose, zelfdoding, depressie, post-traumatische stressstoornis, drugsverslaving, geweld op straat of thuis en seksueel misbruik zijn ook in de visuele sfeer alomtegenwoordig, zodat vaak het besef van individualiteit en uniekheid van de ervaring vervaagt. Beelden van oorlogsslachtoffers als *infotainment* in het journaal, die het midden houden tussen een feitenweergave en onderhoudende show, dringen onze levensruimte en de media binnen. Deze laatste zijn op hun beurt al vervormd omwille van een mooie samenhang in hun weergave en door de impact van de politieke agenda. 'De pijn van anderen aanschouwen' (Sontag, 2003) is een deel van het menselijk bestaan geworden. De zichtbaarheid van pijn onder het oog van de massa, of eerder de opzienbarendheid ervan, zoals het lijden en de uiteindelijke dood, werd een bijzonder relevant

thema na de gebeurtenissen van 11 september 2001. Recenter nog heeft de oorlog in Irak de kwestie van visuele voorstelling van pijn, conflict en foltering terug te berde gebracht. Beelden van de Abu Ghraib-gevangenis in Bagdad tonen het toegenomen gebruik van geweld en lijden. De manieren om met pijn en trauma om te gaan, zijn tegelijk collectief en individueel, lokaal en globaal, en ze dringen voortdurend binnen in het hedendaagse bewustzijn.

Aangezien pijn geen homogene groep lichamen treft die zich verbonden voelen in hun pijn, onthult ieder geval de eigenheid van de pijnlijke ervaring en het gaat de strijd aan met de universalisering en dus ook van de comodificatie van het lijden. De locatie, de ontstaansgeschiedenis en de prognose van ieder geval van pijn zijn verschillend. Mensen die lijden vertonen veelvoudige, gelaagde identiteiten gevormd rond sociale, historische en politieke factoren. Zij ervaren de pijn louter en volledig zoals zij die interpreteren. De term *pijn* wordt meestal gebruikt als we het hebben over eender welke pijnlijke of onaangename gewaarwordingen en niet enkel over de overdracht van schadelijke impulsen: pijn is altijd een *subjectieve toestand* (in: Morris, 2000:9).

De studie van het concept pijn vereist een interdisciplinaire benadering. Het concept werd vaak met zo'n rekbaarheid aangewend dat het betekenisloos vaag werd, maar het is nog altijd zo veelzijdig dat onderzoekers van alle gebieden er een vette kluij aan hebben. Hoewel hij sterk in verband wordt gebracht met geneeskunde en het meestal wordt voorgesteld in een medische context (waardoor men automatisch pijn associeert met artsen en operaties), kan men pijn ook bestuderen vanuit de culturele antropologie, literatuurwetenschap en kunstgeschiedenis. Naast zijn betekenis als klinische term, kan pijn ook deel uitmaken van oorlog, foltering, geweld, seksuele praktijken, metafysische rituelen, machtsrelaties en politieke daden van onderdrukking... en vereist hij dus een interdisciplinaire benadering. Het is onmogelijk geworden om de academische disciplines die handelen over pijn te zien als duidelijk afgescheiden compartimenten.

Kunst en literatuur bieden een alternatief voor de medische terminologie om pijnlijke ervaringen te beschrijven. Voorstellingen van pijn in de kunst breken geijkte classificaties opgelegd door cultuur, esthetica, moraal en voorstellingswijzen open en bieden nieuwe perspectieven. De aanwezigheid van pijn kan een dynamische vormgeving zijn in



FRANCISCO DE GOYA, LOS CAPRICHOS - DE SLAAP VAN DE REDE BRENGT MONSTERS VOORT

plaats van een passieve bevestiging. Het aanschouwen en de eigen ervaring zijn onderling verbonden, we voelen niet alleen de pijn, we observeren ze ook. Het cliché dat pijn noodzakelijk is om kunst te creëren even terzijde gelaten, vraag ik me vooral af hoe kunstbeoefening ons kan helpen nadenken over het concept pijn. Het is kunst en niet de massamedia, die voor mij het beste medium is om de toeschouwer bewust te maken van de aanwezigheid van pijn. Kunst interpreteren, brengt het proces op gang van kiezen tussen verschillende benaderingswijzen, kunstwerken in bepaalde contexten plaatsen, strategieën en modellen bouwen, standpunten specificeren, kennis toetsen en verrijken met nieuwe visies. Beelden corresponderen niet zozeer met dingen, dan wel met gewaarwordingen, waarnemingen en opvattingen.

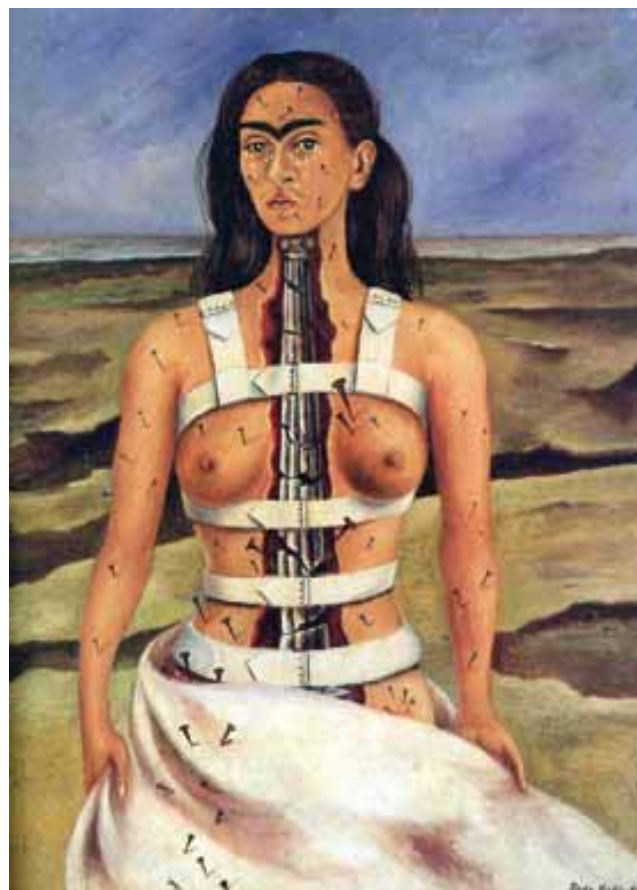
Het zijn vooral de verhalen over heroïsme, opoffering en moed die hoog scoren in de hedendaagse westerse kunst.

In de westerse kunst en cultuur dienden de beelden die over pijn gingen (bijvoorbeeld de passie van Christus) als voorwerp van contemplatie, vooral wanneer pijn werd gemythologiseerd (Egmond en Zwijnenberg, 2003). Ook het bloedbad is tegenwoordig een succesrijk iconografisch onderwerp geworden. Etsen van Goya (*Los Caprichos, 1799, Oorlogsrampen, 1810-20*), gewijde sculpturen uit de zeventiende eeuw, video's van Bill Viola (*Nantes Triptych, 1992, The Passions, 2000*), werken van Anish Kapoor (*Marsyas, 2002*): pijn is altijd aanwezig geweest in de kunst. Na de Holocaust hebben kunstenaars zoals Christian Boltanski, Anselm Kiefer en Eva Hesse, zich gebogen over de moeilijkheid om trauma en pijn uit te beelden en hoe deze moeilijkheid kan verruimd worden. Werken over pijn gingen ook al snel deel uitmaken van de Saatchi-collectie.

In de kunst gemaakt door vrouwen is de aanwezigheid van pijn, lijden en trauma overweldigend. Veel hedendaagse vrouwelijke kunstenaars hebben op verschillende manieren pijn en zelfbeschadiging verwerkt, zoals Gina Pane, Marina Abramovic, Orlan en Ana Mendieta, Tracey Emin en Cindy Sherman. Het concept pijn kan in hun werken een symptoom zijn van geestesziekte, het gevolg van een tragisch ongeval, een reactie op een behandeling voor kanker, abortus of een overblijfsel van traumatische ervaringen. Het kan aanwezig zijn in het lichaam van de kunstenaar, in al zijn eigenheid en gesitueerdheid, of het lichaam van de kunstenaar kan dienst doen als doek voor de pijn eventueel gevoeld door iemand anders. Het is ofwel de pijn die naar buiten is gebracht zodat de kijker ze kan zien en voelen in een sculptuur of de inwendig gehouden pijn diep onder de oppervlakte van het doek. Het roept diepe empathie, afkeer, angst op of beïnvloedt misschien het niveau van onverschilligheid van de kijker. Het is dankzij de verandering van betekenis dat pijn naar buiten wordt gebracht en zichtbaar en deelbaar wordt. Alle werken over pijn hebben een gemene deler: ze behandelen pijn niet als een ramp, een reden tot paniek of vlucht, maar als een ruimte waar erkenning en mogelijk empathie kunnen ontstaan. Pijn kan hier dienen als het opbouwende element van vrouwelijke kracht, in plaats van de subjectiviteit helemaal te verbrijzelen.

Het werk van de Mexicaanse kunstenaar Frida Kahlo is een mooi voorbeeld hiervan. Haar kunst vertrekt vanuit haar lichaam. Kahlo kende haar lichaam niet enkel door haar seksualiteit en ingewikkelde kostuums, maar ook door operaties, medische diagnoses, medische boeken, een metalen apparaat voor haar misvormde voet, gipsen en metalen korsetten. Ze kende het door miskramen en medische abortussen, door haar alcohol- en drugsverslaving. En ze kende het ook dankzij de foto's die anderen van haar maakten en door haar eigen schilderijen. Kahlo toonde haar eigen pijn en niet die van iemand anders. Haar zelfportretten tonen een lange reeks fysieke trauma's, te beginnen met polio die ze kreeg toen ze zes was. In 1925,

ze was toen 18, werd ze het slachtoffer van een zwaar verkeersongeval: de bus waarin ze zat, botste met een tram. Ze liep meervoudige breuken op aan wervelkolom, bekken en been. Haar voet werd ontwricht en verpletterd. Maandenlang werd ze ingegipst om haar wervelkolom te corrigeren en te versterken, waarbij ze ook meer dan dertig operaties onderging. Later raakte ze verslaafd aan alcohol en drugs. Haar lichaam takelde steeds verder af en telkens moest ze de relatie met haar lichaam herbekijken.



FRIDA KAHLO *BROKEN COLUMN* © SABAM BELGIUM 2009

Haar schilderijen zijn een slagveld: ze verbeelden de worsteling om zichzelf vorm te geven. Die strijd heeft ze gewonnen: ze bedwong haar pijn door hem uit te drukken.

In plaats van een *allegorie* van pijn, beeldde Kahlo veeleer een *ervaring* van pijn uit. Door zichzelf te schilderen zonder voeten, zonder hoofd, opengesneden, bloedend, wou Kahlo pijn omzetten in een krachtig beeld en zo aan de kijkers een idee geven van de intensiteit ervan. Volgens de fenomenologen staat het lichaam open naar de wereld, het dient als een verbinding, een raakvlak tussen de persoon en de buitenwereld; het is door het lichaam dat we dingen leren over de wereld waarin we leven. Maar dat lichaam staat maar volledig open wanneer het gezond is. Wanneer het pijn lijdt, trekt het zich terug in zijn inwendige. De kunst van Kahlo was een manier om met dat openstaan en zich terugtrekken om te gaan. Terwijl ze het open stelde voor de

verachting, de aanbidding, het medelijden, de wreedheid van de kijker vond ze er ook plezier in want ze kleepte het prachtig aan, ze stelde het ten toon en ze bevredigde het seksueel. Haar kunst balanceert tussen verbergen en vertonen, ze heeft het niet over de eeuwige, objectieve waarheid van haar lichaam, maar over de waarheid die ze opgebouwd en onderhandeld heeft in samenspraak met de toeschouwer.

Het zelfportret was een van de mogelijkheden om pijn buiten de begrenzingen van het lichaam te plaatsen. Door haar eigen geschonden lichaam te schilderen trad Kahlo op tegen sociale en culturele *Othering*, tegen het in de marge plaatsen van misvormden en zieken. Door te kijken naar haar eigen lichaam op doek was Kahlo in staat om zichzelf op te werpen niet als de Ander, maar als iemand die de Ander zag, in staat om te praten over het lijden van de Ander. Het nog complexer probleem van het dubbel zelfportret, typisch voor Kahlo, veronderstelt ook de constructie van een zelf in een relatie tussen een zelf en een ander. De twee lichamen van Kahlo werden hier verveelvoudigd en vormen zo een uiterlijke projectie van elkaar, waarbij een projectie een verdedigingsmechanisme is om bepaalde impulsen kwijt te raken door ze aan iemand anders toe te kennen.

Maar een van de grootste paradoxen van het hedendaagse succes van Kahlo is het feit dat haar pijn, de kern van haar werk, voor het publiek de belichaming van charme en glamour is geworden. Ondanks haar invaliditeit blijft Kahlo charismatisch en exotisch voor een westerse toeschouwer door haar sensualiteit en haar flamboyante erotiek. De respons op het probleem van de pijn in de kunst van Kahlo door haar biografen en critici overtuigt vaak niet. De bestaande studies beschouwen haar invaliditeit enkel als een werktuig waarrond haar biografische gegevens gerangschikt worden (bij de interpretatie van schilderijen benadrukt men meestal of ze geschilderd werden voor of na een operatie), zonder op het concept pijn zelf in te gaan. Door opnieuw de aandacht te vestigen op Kahlo's werk in plaats van op haar leven, kunnen wij bewust worden van de (on)zichtbaarheid van haar pijn. We moeten de schilderijen van Kahlo niet zien als een vorm van een autobiografisch verslag, maar als een sociale bemiddeling van de eigen persoon.

Eenzijds zijn kijkers en getuigen meestal bereid om het individu het recht toe te kennen om droefheid, woede, eenzaamheid, depressie, verdriet, ongelukkigheid, melancholie, razernij, teruggetrokkenheid of verlangen te voelen en te uiten, maar anderzijds zijn ze niet altijd in staat om empathie te voelen voor pijnlijke ervaringen. Allen hebben hun eigen criteria om pijn te bepalen, hun eigen drempel en expressiviteit. Iedereen kent bovendien iemand die ooit dezelfde ervaring van pijn heeft gehad: een gebroken been, een bezoek aan de tandarts. Ze proberen te communiceren op basis van de gelijkaardigheid van de ervaring. Mensen die een andere manier hebben om pijn uit te drukken dan

wat als normaal wordt aangenomen in hun gemeenschap, riskeren voor oneerlijk of onmenselijk door te gaan. Maar vaak is de overeenkomst van de ervaringen niet bestaande. Zoals Scarry (1985) aantoont, vergelijken mensen pijn dikwijls door middel van een *alsof*-structuur -*bijvoorbeeld alsof ik met een mes werd gestoken*- maar hoeveel van hen werden ooit met een mes gestoken? Dergelijke metaforen zijn veelgebruikte uitdrukkingen die vaak leeg lijken. Pijn wordt gezien als een breekpunt tussen ons en de anderen; wat moeiteloos begrepen wordt door de persoon met pijn is ver van mijn bed voor de persoon zonder.

In de kunst wordt dit breekpunt echter vaak buiten werking gesteld. Wanneer we naar een kunstwerk kijken, voelen we de situatie, de afstand, het volume en de oppervlakte van het pijnlijke lichaam scherper. Hoewel onze lichamen ons isoleren van elkaar, ons tot afzonderlijke wezens maken, betekent in de wereld van de kunst het lichaam een volume waar pijn zich duidelijk manifesteert in een gelokaliseerde ruimte. De pijnervaring is in staat de kunstenaar, het kunstobject en de toeschouwer onder te dompelen in een circuit van gewaarwordingen dat de individuele manieren van zelfreflectie open breekt, doordat ze zich beweegt voorbij de voorspelbare reacties op een bepaald narratief scenario. Pijn is iets wat zich kan manifesteren in en rond een beeld, waarbij hij verbanden bewerkstelligt tussen de lichamen van een toeschouwer en een kunstenaar.

Pijn is een van de algemene voorwaarden van leven, een gevoelsmatig toezicht op het lichaam en zijn toestand, gesitueerd tussen een somatische reflex en de culturele perceptie ervan. In de hedendaagse wereld lijden mensen niet minder dan vroeger - hoewel ze misschien lijden op een meer klinische, propere en eventueel minder intense manier door de vooruitgang van de medische wetenschap (Thijs et al., 2005). De ervaring van pijn wordt beïnvloed door de wereldwijde concurrentie in de verkoop- en zakenwereld, is een verhandelbaar product en propaganda geworden en daardoor ook misvormd en hertekend. Pijn wordt omkaderd door wettelijke en politieke richtlijnen en directieven, waaronder wetten over euthanasie, hospitaalprotocollen bij bevalling, normen om de levenskwaliteit te meten en initiatieven van de Wereldgezondheidsorganisatie.

En nochtans, al is pijn een van de dimensies die om zelfbescherming vraagt, hij stelt ons in staat om limieten, uithoudingsdrempels, grenzen te erkennen; hem vermijden is een fundamenteel instinct. Iedereen voelt pijn en tracht hem te vermijden, zowel in het durende conflict in het Midden-Oosten, als in het massale aantal gevallen van huiselijk geweld en straatgeweld. Wanneer we erover nadenken waarom velen blijven ontkennen en afstand houden van pijn, zijn we vaak niet in staat een duidelijk antwoord te geven. In kunst is pijn uit de weg gaan niet langer mogelijk en kan de intensiteit van de emotie niet meer worden ter zijde geschoven.

## FEDERAAL SECRETARIAAT

Brand Whitlocklaan 87  
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe  
T 02|735 81 92 - F 02|735 81 66  
cmd.federaal@uvv.be  
www.uvv.be

## Provinciale Centra Morele Dienstverlening

### BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

#### PCMD Brussel

Stalingradlaan 18-20 - 1000 Brussel  
T 02 242 36 02 - F 02 242 56 17  
cmd.brussel@uvv.be

### PROVINCIE LIMBURG

#### PCMD Hasselt

A. Rodenbachstraat 18 - 3500 Hasselt  
T 011 21 06 54 - F 011 23 55 16  
cmd.hasselt@uvv.be

### PROVINCIE VLAAMS-BRABANT

#### PCMD Leuven

Brusselsestraat 78 - 3000 Leuven  
T 016 23 56 35 - F 016 20 75 47  
cmd.leuven@uvv.be

### PROVINCIE ANTWERPEN

#### PCMD Antwerpen

Jan Van Rijswijcklaan 96 - 2018 Antwerpen  
T 03 259 10 80 - F 03 259 10 89  
cmd.antwerpen@uvv.be

### PROVINCIE OOST-VLAANDEREN

#### PCMD Gent

Sint-Antoniusskaai 2 - 9000 Gent  
T 09 233 52 26 - F 09 233 74 65  
cmd.gent@uvv.be

### PROVINCIE WEST-VLAANDEREN

#### PCMD Brugge

Jeruzalemstraat 51 - 8000 Brugge  
T 050 33 59 75 - F 050 34 51 69  
cmd.brugge@uvv.be

## Centra Morele Dienstverlening

### BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

#### CMD Jette

Jetse laan 362 - 1090 Jette  
T 02 513 16 33  
cmd.jette@uvv.be

### PROVINCIE ANTWERPEN

#### CMD Antwerpen

Breughelstraat 60 - 2018 Antwerpen  
T 03 227 47 70  
cmd.antwerpenlokaal@uvv.be

#### CMD Herentals

Lantaarnpad 20 - 2200 Herentals  
T 014 85 92 90 - F 014 85 44 39  
cmd.herentals@uvv.be

#### CMD Mechelen

O.-L.-Vrouwestraat 29 - 2800 Mechelen  
T 015 45 02 25 - F 015 43 55 19  
cmd.mechelen@uvv.be

#### CMD Turnhout

Begijnenstraat 53 - 2300 Turnhout  
T 014 42 75 31 - F 014 42 54 40  
cmd.turnhout@uvv.be

### PROVINCIE LIMBURG

#### CMD Genk

Bochtlaan 16 bus 6 - 3600 Genk  
T 089 51 80 40 - F 089 51 80 49  
cmd.genk@uvv.be

#### CMD Maasland

Pauwengraaf 63 - 3630 Maasmechelen  
T 089 77 74 21 - F 089 77 74 22  
cmd.maasmechelen@uvv.be

#### CMD Tongeren

Vlasmarkt 11 - 3700 Tongeren  
T 012 45 91 30 - F 012 45 91 39  
cmd.tongeren@uvv.be

### PROVINCIE OOST-VLAANDEREN

#### CMD Aalst

Koolstraat 80-82 - 9300 Aalst  
T 053 77 54 44 - F 053 77 97 70  
cmd.aalst@uvv.be

#### CMD Ronse

Zuidstraat 13 - 9600 Ronse  
T 055 21 49 69 - F 055 21 66 68  
cmd.ronse@uvv.be

#### CMD Sint-Niklaas

Ankerstraat 96 - 9100 Sint-Niklaas  
T 03 777 20 87 - F 03 777 31 64  
cmd.sintniklaas@uvv.be

#### CMD Zottegem

Kastanjelaan 73 - 9620 Zottegem  
T 09 326 85 70 - F 09 326 85 73  
cmd.zottegem@uvv.be

### PROVINCIE VLAAMS-BRABANT

#### CMD Halle

Molenborre 28/02 - 1500 Halle  
T 02 383 10 50 - F 02 383 10 51  
cmd.halle@uvv.be

#### CMD Tienen

Beaudoonstraat 42 - 3300 Tienen  
T 016 81 86 70 - F 016 82 40 31  
cmd.tienen@uvv.be

#### CMD Vilvoorde

Vlaanderenstraat 69 - 1800 Vilvoorde  
T 02 253 78 54 - F 02 253 57 87  
cmd.vilvoorde@uvv.be

### PROVINCIE WEST-VLAANDEREN

#### CMD Ieper

Korte Torhoutstraat 4 - 8900 Ieper  
T 057 23 06 30 - F 057 23 06 39  
cmd.ieper@uvv.be

#### CMD Kortrijk

Overleiestraat 15A - 8500 Kortrijk  
T 056 25 27 51 - F 056 25 27 53  
cmd.kortrijk@uvv.be

#### CMD Roeselare

Godshuislaan 94 - 8800 Roeselare  
T 051 26 28 20 - F 051 26 28 26  
cmd.roeselare@uvv.be

## Antennes Morele Dienstverlening

### PROVINCIE ANTWERPEN

#### AMD Lier

Antwerpsestraat 148 (1<sup>ste</sup> verdieping)  
2500 Lier  
T 03 488 03 33 - F 03 488 03 33  
amd.lier@uvv.be

#### AMD Mol

Laar 2 bus 3a  
2400 Mol  
T 014 31 34 24 - F 014 31 34 24  
amd.mol@uvv.be

### PROVINCIE LIMBURG

#### AMD Bilzen

Klokkestraat 4 bus 1  
3740 Bilzen  
T 089 30 95 60 - F 089 56 57 94  
amd.bilzen@uvv.be

#### AMD Leopoldsburg

Koningstraat 49/gelijkvloers  
3970 Leopoldsburg  
T 011 51 62 00 - F 011 51 62 09  
amd.leopoldsburg@uvv.be

#### AMD Sint-Truiden

Kazernestraat 10/001  
3800 Sint-Truiden  
T 011 88 41 17 - F 011 31 26 45  
amd.sinttruiden@uvv.be

