**WAT WERVELT ER TUSSEN RUG EN BREIN?**

‘Mensen zeggen niet dat ze zorgen hebben. Ze zeggen: dokter, ik heb rugpijn’

Eén op de vijf kansen dat u tot de grote groep Belgen behoort die sukkelt met de rug. Maar bij de overgrote meerderheid ligt geen duidelijk lichamelijk letsel aan de basis. Wat is er aan de hand met de rug?

Nathalie Carpentier, foto’s Fred Debrock



©Werner Bischof / Magnum Photos

Ze probeert de pijn weg te glimlachen. Maar haar lichaam liegt niet. Zodra de jonge vrouw de consultatieruimte binnen wandelt, lijkt ze tien jaar ouder. Met een vertrokken gezicht omklemt ze de stoel, gaat dan behoedzaam zitten. Het is donderdagochtend 9 uur in het multidisciplinair pijncentrum van UZ Pellenberg. Rugpatiënten die hier aankloppen, hebben vaak al véél artsen bezocht, veel geprobeerd, medicatie geslikt, ingrepen ondergaan. Maar de pijn is gebleven, vaak verergerd. Ze zijn chronische pijnpatiënten geworden.

‘Ik heb al veel inspuitingen gehad, infiltraties, maar die hielpen niet. Ik slik zoveel pijnstillers dat ik soms bijna gedrogeerd rondloop. Het wordt alleen maar erger. Deze zomer raakte ik zelfs niet meer recht.’

Bij de geboorte van haar jongste forceerde ze haar bekken. Sindsdien wordt ze gekweld door rugpijn. Of nee, het speelt al langer. En straalt ook uit naar haar benen. Als ze haar peuter wil verversen, moet die zelf via het trapje op het verzorgings­kussen kruipen. Optillen lukt niet meer. Te lang rechtop staan evenmin. ‘Volgens de specialist heb ik de rug van een zestigjarige.’

‘Het kan best dat je lage rugpijn krijgt doordat je te lang je tuin hebt omgespit. Maar hoe komt het dat de ene de volgende dag weer pijnvrij opstaat, en de andere niet?’

Of ze zwaar werk verricht, wil psychologe Morgane Hubin weten. ‘Ik vermoed van wel. Ik wil dat de winkel er piekfijn bij ligt voor de klanten.’ Zou ze zichzelf een perfectionist noemen? Ze knikt. Weet ze zich gesteund? ‘Niet altijd. Ik voel mij een slechte partner en moeder. Mijn oudste wil graag leren fietsen, maar dat lukt me nu niet. Ik moet zo vaak zeggen: “Mama kan dit niet”.’ Sombert ze, is ze gespannen, angstig? ‘Ik ben een stresskonijn, ja. Ik pieker veel en slaap slecht.’

‘Stress heeft een negatieve impact op pijn’, begint Hubin voorzichtig. ‘Dat ervaart u waarschijnlijk zelf ook. Heeft u meer last op een emotioneel moeilijke dag?’ De jonge vrouw knikt, beschrijft hoe de pijn wat wegebde tijdens een saunabezoek. Toen ze niet moest koken of zorgen. ‘Door verhoogde stress krijg je gespannen spieren, ook op de plaatsen waar je al pijn hebt’, gaat Hubin verder. ‘Daarnaast weten we dat stress de ervaring van pijn kan verergeren.’

De vrouw kijkt Hubin fronsend aan. ‘Het klinkt alsof mijn pijn alleen tussen mijn oren zit.’ ‘Nee’, zegt de psychologe. ‘Wél heeft pijn een grote impact op je leven. Daardoor kun je in een vicieuze cirkel belanden. Ik zeg niet dat de pijn zal verdwijnen als we de stress wegnemen. Wel dat de gevolgen van pijn, zoals stress, óók weer inwerken op die pijn. Daarom willen we niet alleen medisch, maar ook emotioneel werken. Via psychotherapie bijvoorbeeld, om anders met uw situatie te leren omgaan.’

‘Veel pa­tiënten zijn nog niet klaar om te aanvaarden dat er geen remedie is. Ze zijn nog te boos op die chirurg die hen verkeerd heeft geopereerd, of op zichzelf, of ze rouwen om wat ze niet meer kunnen’

De vrouw aarzelt. ‘We bieden ook een educatieprogramma aan over pijn.’ Een bedenkelijke blik. ‘Moet iemand anders mij mijn pijn uitleggen?’, zegt de vrouw. ‘En 50 euro per week voor therapie is duur. Heeft u geen andere oplossing?’

**Als een verkoudheid**

De meeste patiënten die uiteindelijk bij het pijncentrum aankloppen, hopen nog steeds op een lichamelijke, technische oplossing. ‘Wij proberen hen duidelijk te maken dat ze die zoektocht beter staken’, zegt professor Bart Morlion, coördinator van het pijncentrum en voorzitter van de Europese Pijnvereniging. ‘We moeten pa­tiënten, maar ook nog veel artsen heropvoeden. De meeste rugpijn vergt géén agressieve ingreep.’

Nieuwe richtlijnen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg moeten rugpatiënten vanaf dag één de juiste aanpak bieden. En ze zijn intussen met velen. Het voorbije jaar had één op de vijf Belgen rugpijn. 80 tot 85 procent van ons kampt ooit met rugklachten. Alleen: slechts bij hoogstens 15 procent van alle rugpijnpatiënten is er ook een specifieke of ernstige lichamelijke afwijking – een breuk, tumor, infectie of aantasting van het zenuwstelsel – die de rugpijn kan verklaren. Een hernia valt vaak onder die categorie.



De pijnkliniek leert met gedragstherapie om te gaan met pijn. Negatieve gedachten worden opgeschreven.

‘Bij alle anderen is er geen duidelijk letsel en spreken we van niet-specifieke lage rugpijn’, zegt Peter Van Wambeke, revalidatiearts en rugspecialist van UZ Leuven en UZ Pellenberg. Hij is ook de hoofdopsteller van de nieuwe richtlijn. ‘Al klinkt dat “niet-specifiek” wat ongelukkig. Alsof we niet weten wat er aan de hand is.’

Dit verhaal gaat over die groep bij wie het lichamelijke letsel niet specifiek is. Wat veroorzaakt bij hen dan wel de pijn? ‘Over-, onder- of een verkeerde belasting. Dat laatste kan zowel fysiek als mentaal zijn’, zegt Van Wambeke. ‘Er zijn nog steeds fysiek zware beroepen die belastend kunnen zijn voor je rug. Maar te lang en te veel zitten is minstens even ongezond. Om een “sterke” rug te hebben, heb je veel beweging nodig. Bij mentale factoren kun je denken aan stress, bijvoorbeeld door relationele of werkgerelateerde problemen.’

Voor al die patiënten met acute rugpijn, zonder specifiek letsel, is het advies in de beginfase kort: maak je geen zorgen en blijf zoveel mogelijk bewegen. Want de meeste acute rugpijn is onschadelijk en gaat vanzelf over. Als een verkoudheid: erg frequent, rotvervelend, maar meestal moet je ze gewoon uitzitten. ‘De eerste weken zou de arts de patiënt vooral moeten geruststellen’, zegt Van Wambeke. ‘Je hoeft het niet te minimaliseren, maar vooral ook niet te dramatiseren. Zeg dus niet dat je patiënt de rug heeft van een zeventigjarige.’

‘Bij iemand die sombert, angstig is of problemen heeft, is de kans veel groter dat banale spierpijn niet vanzelf verdwijnt. Hij heeft zelfs meer kans dat die rugpijn spontaan opduikt’

Nog af te raden: bedrust en pijnstillers voorschrijven of medische scans bestellen. ‘Medische beeldvorming doet meer kwaad dan goed’, zegt Van Wambeke. Soms wordt een afwijking vastgesteld bij iemand die helemaal geen pijn heeft, en vice versa. ‘Ze maken iemand onnodig ongerust, jagen de kosten de hoogte in en verhogen het risico dat iemand trager herstelt.’

**Dokters shoppen**

En dat is nu net wat je niet wil: dat gewone rugpijn chronisch wordt. Toch ondergaat één op de vijf rugpatiënten die evolutie. Resultaat: zo’n 5 procent van de Belgen heeft het chronisch aan zijn rug.

Acute pijn heeft nog nut, hij wijst ons op gevaar. Chronische pijn is niet nuttig meer. In dat geval, zegt Morlion, moet je verder durven te kijken dan de klassieke geneeskunde en ook psychosociale factoren mee in rekening brengen.

‘Het kan best dat je lage rugpijn krijgt doordat je te lang je tuin hebt omgespit. Maar hoe komt het dat de ene de volgende dag weer pijnvrij opstaat, terwijl het bij een ander met de dag erger wordt?’

Intussen is een aantal risicofactoren bekend. ‘Bij iemand die sombert, moedeloos is, angstig of relationele, professionele of financiële problemen heeft, is de kans veel groter dat banale spierpijn niet spontaan verdwijnt’, zegt Morlion. ‘Hij heeft zelfs meer kans dat die rugpijn spontaan en zonder enige verklaring opduikt. In die zin is de rug een barometer voor ons welzijn.’

En dus moet je hem multidisciplinair aanpakken. ‘Lage rugpijn is vaak het eerste signaal voor een onderliggend probleem’, zegt Morlion. ‘Een patiënt zal zijn huisarts niet zo snel vertellen dat hij zijn zetel niet meer uit komt of een slechte relatie heeft. Nee, hij zegt: “Ik heb rugpijn”. Het is best mogelijk dat daar écht een ernstige medische reden voor is, maar de kans is klein.’

De Europese Pijnvereniging pleit ervoor om chronische rug- en andere pijn méér te zien als een omgevingsziekte. ‘De pijn heeft niet alleen te maken met je wervelkolom, maar ook met je omgeving, je levensstijl én je brein. En beweging beïnvloedt dat allemaal positief.’

Niet iedereen heeft daar oor naar. Veel rugpatiënten willen een medische remedie en blijven die zoeken, merkt Morlion. ‘Helaas laat de vrije artskeuze ook toe dat ze zo lang shoppen tot ze een weinig kritische, snijgrage chirurg vinden. Soms komen ze hier twee jaar na zo’n ingreep opnieuw aankloppen met klachten die veel erger zijn dan voordien.’

Vroeger kwamen patiënten het pijncentrum haast steevast binnen met een plastic zak vol scans, nu met enkele dvd’s. Tonen die – zoals zo vaak – géén ernstig probleem, dan komt Morlion meteen ter zake: vergeet de illusie van de *quick fix*. De chronische pijn zal doorgaans niet weggaan, maar je kan er wel mee leren te leven. Daarvoor zal je moeten bewegen, maar ook je levensstijl aanpassen en inzicht verwerven in bepaalde psychische en sociale elementen in je leven.

‘Als we uitleggen dat de psyche een rol speelt, zijn er altijd patiënten die vinden dat we hen niet ernstig nemen en weglopen. Wie blijft, leggen we grondig uit hoe chronische pijn werkt. Herstel begint bij de juiste kennis.’

**Alarm in overdrive**

‘Pijn is een onprettige ervaring, zintuiglijk maar ook emotioneel’, zegt Morlion. ‘En waar speelt een emotionele ervaring zich af? Juist, in je brein. In de definitie van pijn zit de subjectiviteit dus al vervat.’

Ook de context speelt een rol. Een gedachte-experiment verduidelijkt veel. Stel je voor dat je op een feestje bent. Iemand passeert met een sigaret en raakt er twee seconden je hand mee aan. Je zal waarschijnlijk *au!* roepen, even over je hand wrijven, maar daarna is de pijn snel voorbij.

Beeld je nu in dat je vastgebonden bent en er een dreigend muziekje speelt. Diezelfde roker komt met een brede grijns op je af en houdt diezelfde sigaret even lang tegen je hand. ‘Objectief is dat dezelfde stimulus, maar de pijn zal véél groter zijn’, zegt Morlion. ‘Het is zelfs mogelijk dat dan een wondje ontstaat dat minder makkelijk geneest. Of dat je slechter gaat slapen. Bij acute pijn staat de pijn nog in verhouding tot de prikkel, bij chronische pijn is dat verband zoek.’

De kracht van het brein op de pijn – in negatieve maar óók positieve zin – wordt vaak onderschat. Om dat echt te begrijpen, moet je weten hoe ons pijnsysteem werkt, zegt Morlion. ‘In het emotionele centrum van ons brein overlappen twee belangrijke kernen bijna volledig: het pijncentrum én het centrum voor je emoties en je welbevinden. Raak je aan het ene, dan beïnvloed je het andere.’

Een van de functies van ons pijnsysteem is om pijn onder controle te houden. ‘Om ons lichaam te beschermen tegen echt gevaar, zoals vuur, moet dat systeem snel kunnen reageren. De pijnpoorten naar de hersenen gaan dan wijd open. Maar bij onschadelijke prikkels, zoals een spier die wat meer gespannen is, moeten die poorten gesloten blijven.’

De stofjes die bepalen hoe wijd die poorten openstaan, beïnvloeden ook het hersengebied dat bepaalt hoe je je voelt: serotonine – ook bekend als het gelukshormoon – en noradrenaline. Bij een tekort aan die stofjes begint je pijncontrole te falen. Dan laten de poorten ook onschadelijke prikkels door als een echte pijnscheut, terwijl er helemaal niets aan de hand is.

‘Vergelijk het met een alarm. Als het afgaat bij een inbreker, dan werkt het naar behoren. Maar als het ook begint te loeien telkens als een vlieg voor het oog passeert, dan is het overgevoelig geworden. Dat is chronische pijn. Dan is de prikkel niet te hoog, maar is de pijndrempel te laag geworden. Dat heeft meer te maken met je brein dan met je wervelkolom.’

Het complexe is dat je bij moedeloosheid, depressie of angst óók een tekort hebt aan noradrenaline en serotonine. ‘Als je je niet goed in je vel voelt, gaan die pijnpoorten dus ook te snel open. Dat is de reden waarom patiënten met gemoedsstoornissen veel makkelijker klagen over pijn.’

Maar wat is oorzaak en gevolg? ‘Ontstaat die rugpijn door langdurige stress of andersom? Wekenlang echt sombere gedachten kunnen je al gevoeliger maken voor pijn, maar zo lang pijn lijden, maakt je ook somber.’

**Geen aandacht**

Het goede nieuws is dat je met je brein ook de pijn kan verzachten. Dat leerde Morlion jaren geleden al bij een – zij het wat verouderde – vorm van gedragstherapie. ‘Als we poolshoogte gingen nemen bij onze patiënten, moesten we mensen die klaagden over hun pijn negeren. Positief ingestelde patiënten gaven we dan weer veel aandacht, zolang ze positief waren.’ Dat klinkt hard, maar is doelgericht. ‘Als je telkens opnieuw de aandacht op de pijn trekt, ga je die pijn versterken’, aldus Morlion. ‘Door de aandacht te richten op wat wél verbeterd is, kan je via de zenuwbanen die pijnpoorten sluiten en pijnklachten verminderen.’



Een studie die de hersenactiviteit naging in het pijncentrum van studenten illustreert hoe dat werkt. Eén groep kreeg voor de meting te horen dat ze een pijnprikkel zouden krijgen. Tijdens die prikkel werd hun pijncentrum erg actief. De tweede groep kreeg vooraf te horen dat ze alleen een geluidje zouden horen. Toen zij toch eenzelfde pijnprikkel kregen, vertoonde hun pijncentrum amper hersenactiviteit.

Een vergelijkbaar experiment toonde de impact van positieve gedachten. Als ze studenten vóór de pijnprikkel in een slechte stemming brachten door hen een onoplosbare taak te laten uitvoeren, ervaarden ze meer pijn dan wanneer ze hen vooraf vrolijk maakten. ‘Het brein kan dus zeer krachtig inwerken op pijn.’

Een cognitieve therapie die in combinatie met beweging en aanpassing van je levensstijl de beste resultaten geeft bij chronische rugpijnpatiënten, is ACT. Voluit *acceptance and comittment therapy*. Een gedragstherapie die ook elementen van mindfulness bevat. ‘Ze leert je niet alleen je gevecht tegen de pijn te staken, maar ook om je aandacht weer te richten op wat wél waardevol is in je leven. Dat is een moeizaam proces, maar bij de kleine groep die het omarmt, verbetert het de levenskwaliteit bij één op de twee. Helaas wordt die therapie individueel niet terugbetaald.’

**Lichaam en geest**

Met een uitgebreid programma dat ook die ACT-principes toepast, proberen ze in het pijncentrum patiënten te laten inzien dat een kwaliteitsvol leven kan, ondanks de pijn. Psychologe Eline Coppens begeleidt hen daarbij. ‘Helaas zijn veel pa­tiënten nog niet klaar om te aanvaarden dat er geen remedie is. Ze zijn nog te boos op die chirurg die hen verkeerd heeft geopereerd, of op zichzelf, of ze rouwen om wat ze niet meer kunnen. Meestal zijn ze er ook nog niet toe in staat omdat de pijn zo overheersend is dat hij ook hun gemoedstoestand aantast. Eerst moet hun algemene stressniveau dalen.’

Bedoeling is mensen weer te laten voelen waar ze nood aan hebben. Maar dat vergt tijd. ‘Sommigen hebben jarenlang de signalen van hun lichaam genegeerd. De maatschappij geeft je het idee dat je maar moet blijven doorracen. Via therapie willen we mensen weer tot stilstand brengen, zodat ze kunnen achterhalen wat voor hen belangrijk is en hoe ze dat kunnen bereiken.’

Echte verandering vergt tijd en is moeilijk. In haar twaalfjarige loopbaan als psychotherapeute bij het pijncentrum heeft Coppens nog maar bij drie patiënten de pijn spectaculair zien verminderen. ‘Eén van hen heeft zijn partner verlaten, een andere heeft professioneel het roer omgegooid en een derde deed beide. Maar het is een proces van jaren.’

Morlion zelf is opgeleid als klassiek anesthesist, maar zijn medisch denken is sterk veranderd door zijn jarenlange werk met pijnpatiënten. ‘Hoe langer ik deze job doe, hoe meer ik erken dat psychosociale factoren veel zwaarder wegen dan men wil aannemen. We weten intussen ook dat een ernstig trauma in je jeugd je brein zo kan veranderen dat het levenslang weerslag heeft op je pijngevoeligheid.’

Dat maakt hem niet fatalistisch, integendeel. ‘Ons brein is ontzettend krachtig, we maken er alleen veel te weinig gebruik van. Onze westerse geneeskunde richt zich nog te veel op biologische factoren die je rechtstreeks kan waarnemen. Terwijl je moet aanvaarden dat lichaam en geest samenwerken. Je speelt het best op beide in.’