

Geen zin meer in seks? Denk aan psychisch trauma!

INLEIDING

Voor de meeste mensen is de huisarts een van de eerst aangevraagd personen om te consulteren voor een probleem op het gebied van de seksualiteit.¹ De incidentie van seksuele disfuncties in de huisartsenpraktijk is voor vrouwen 60 en voor mannen 132 per 100.000 ingeschreven patiënten per jaar.² Recent Nederlands onderzoek laat zien dat 19% van de mannen en 27% van de vrouwen last heeft van één of meer seksuele disfuncties, dat wil zeggen een verstoring van het seksueel functioneren.³ Volgens ander recent onderzoek heeft ongeveer 11-13% van de seksueel actieve Nederlandse mannen (15-71 jaar) en 31-42% van de vrouwen minstens eenmaal in het leven te maken gehad met een vorm van fysiek seksueel geweld.⁴ Mensen die gedurende hun jeugd fysiek grensoverschrijdend seksueel gedrag hebben meegemaakt, hebben bijna tweemaal zoveel kans op een seksuele disfunctie,² dus de huisarts zal met enige regelmaat patiënten zien bij wie de seksuele disfunctie is ontstaan door een dergelijke geschiedenis. Vaak is schaamte de reden dat de werkelijke oorzaak niet boven tafel komt.⁵

Uit het eerder aangehaalde onderzoek komt als globaal beeld naar voren dat van de vrouwen die geen respectievelijk wel ervaring hadden met seksueel geweld voor hun 16e jaar, 20% respectievelijk 36,8% een seksueel probleem had; voor mannen was dit respectievelijk 17,9% en 30,8%. Andersom heeft ruim 18% van de mannen en zelfs ruim 53% van de vrouwen met een seksuele disfunctie ooit seksueel fysiek geweld mee-

Samenvatting

De Groot J, De Jongh A, Leusink P. Geen zin meer in seks? Denk aan psychisch trauma! *Huisarts Wet* 2013;56(3):134-7.

Seksuele problemen kunnen vele oorzaken hebben, zowel biologische als psychosociale. Bij het inventariseren daarvan moet de huisarts er rekening mee houden dat een deel van de patiënten seksueel misbruik kan hebben doorgemaakt of andere negatieve ervaringen kan hebben gehad, al dan niet op seksueel gebied. In dat geval kan de huisarts, in aanvulling op de reguliere seksuologische behandeling, de patiënt verwijzen naar een psycholoog-seksuoloog NVVS voor een aanpak die primair gericht is op de verwerking van deze negatieve ervaringen. Deze klinische les beschrijft het spectrum van seksuologische problemen en geeft aan in welke gevallen een traumagerelateerde behandeling zinvol kan zijn. De behandeling wordt geïllustreerd aan de hand van een casus waarbij gebruik werd gemaakt van *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR).

gemaakt. De kans bij vrouwen is dus fors groter dan bij mannen.³

Het doel van deze klinische les is de huisarts erop attent te maken dat een seksueel probleem het gevolg kan zijn van seksueel geweld of van een andere negatieve, ingrijpende ervaring op seksueel gebied. Hoe kun je de problematiek herkennen, wat kun je uitvragen en naar wie kun je het best verwijzen? Bij een psychisch trauma is gerichte verwijzing noodzakelijk. Aan de hand van een casus geven we een voorbeeld van een traumagerelateerde aanpak door een gespecialiseerde psycholoog-seksuoloog.

BESCHOUWING

De meest gerapporteerde seksuele klachten bij mannen zijn voortijdig orgasme (10%) en erectieproblemen (8%), en bij vrouwen problemen met lubricatie (12%) en orgasme (11%).³ Een behoorlijk deel van de mensen met seksuele functieproblemen (39% van de mannen en 46% van de vrouwen) heeft meer dan één seksuele disfunctie.³ Een negatieve seksuele ervaring kan aanleiding geven tot een scala aan fysieke klachten, waaronder hoofd- en buikpijn⁷ en urologische of gynaecologische (pijn)klachten, soms zo ernstig dat zij ook het dagelijks functioneren beperken.⁸ Daarnaast spelen vaak ook psychische en contextuele factoren een rol in het ontstaan of de instandhouding van de problemen. Het is dan ook belangrijk in de diagnostische fase goed na te gaan welk aandeel somatische en psychosociale factoren hebben in de predispositie, de luxatie en de instandhouding van de seksuele disfunctie [tabel 1]. Meestal volstaat een anamnese door de huisarts, maar soms is specialistische hulp aangevraagd.⁹

Opvallend in de beschreven casus is de jonge leeftijd waarop patiënte zich presenteerde met een voorstadium van een cervixcarcinoom. Men zou hier kunnen denken aan een zeer vroeg opgelopen papillomavirus.¹⁰

De kern

- Als een patiënt bij de huisarts komt met een seksueel probleem, is de kans tamelijk groot dat het probleem is ontstaan door seksueel geweld of een andere ingrijpende negatieve seksuele ervaring.
- Bij patiënten met een seksuele disfunctie moet men altijd doorvragen of een voorafgaande gebeurtenis de klachten kan verklaren.
- Blijkt een negatieve seksuele ervaring inderdaad de oorzaak van de seksuele disfunctie, dan moet de behandeling gericht zijn op de verwerking van het trauma.
- Voor deze behandeling is verwijzing naar een psycholoog-seksuoloog NVVS geïndiceerd.

Praktijk voor Seksuologie, Tilburg/Psychologische praktijk Westerdun en Van Dijk, Berkenwoude/Gezondheidscentrum Gordelweg, Voorburgstraat 14, 3037 PM Rotterdam; J.E.C. de Groot, psycholoog-seksuoloog NVVS, Universiteit van Amsterdam/Vrije Universiteit, Academisch Centrum Tandheelkunde, Amsterdam/Salford University, School of Health Sciences, Manchester (UK); prof.dr. A. de Jongh, GZ-psycholoog, bijzonder hoogleraar Angst- en gedragsstoornissen, Groene Hart Ziekenhuis, polikliniek Seksuologie, Gouda; P. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS • Correspondentie: jacqudegroot@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus

Een 25-jarige vrouw heeft sinds twee jaar geen zin meer in seks met haar partner, met wie ze de afgelopen zes jaar een relatie had. Ze raakt nauwelijks meer opgewonden en kan niet meer tot een orgasme komen. Aan deze vermindering van seksueel verlangen is een aantal negatieve gebeurtenissen voorafgegaan. Op haar 16e heeft ze een negatieve seksuele ervaring gehad. Via het internet kreeg ze contact met een Franse jongen. Ze zocht hem op en had de eerste nacht gemeenschap met hem. De volgende dag had ze spijt van haar ontmaagding, het deed pijn en het was niet zoals ze zich had voorgesteld. De herinnering aan deze gebeurtenis heeft nog altijd een emotionele lading. Een andere nare seksuele ervaring had ze twee jaar geleden toen ze seks had met haar partner. Nadat ze tijdens het vrijen tot een orgasme was gekomen verloor ze plotseling veel bloed. Aanvankelijk dacht ze dat ze ongesteld was, maar korte tijd later verloor ze opnieuw bloed na een orgasme tijdens het vrijen. Bij nader onderzoek bleek ze een voorstadium van baarmoederhalskanker te hebben, waarvoor ze is behandeld. Na een aantal controles kreeg patiënte te horen dat alles in orde was, maar ze heeft weinig zin meer om te vrijen. Door de onbevredigende seks is de spanning in de relatie toegenomen. Na twee jaar heeft haar huisarts haar verwezen naar een psycholoog-seksuoloog NVVS.

Onderzoek aan de hand van het *Diagnostic and statistical manual (DSM-IV-TR)* wijst uit dat cliënte voldoet aan alle criteria voor seksueel verminderd verlangen (302.7) en orgasmestoornis (302.73). Tevens

is er sprake van een posttraumatische stressstoornis (309.81). Omdat er een duidelijke samenhang is tussen gebeurtenissen en klachten kiest de behandelaar voor een traumagerelateerde behandeling met behulp van *eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*. Doel van de behandeling is de emotionele intensiteit van de herinneringen aan de traumatische gebeurtenissen, te weten de ontmaagding door haar Franse ex-vriend en de bloedingen na een orgasme, te verminderen.⁶

Na twee zittingen geven deze herinneringsbeelden geen emotionele lading meer. Tijdens de vierde zitting geeft cliënte aan dat zij nog altijd het gevoel heeft als een steen in bed te liggen tijdens het vrijen. Zij realiseert zich dat ze bang is een orgasme te krijgen uit angst voor een nieuwe bloeding. Bovendien heeft ze angst dat er nu toch echt baarmoederhalskanker wordt geconstateerd. Het geheugenbeeld waarop te zien is dat haar vriend haar oraal probeert te bevredigen, terwijl zijzelf verkrampd naar het plafond ligt te staren in de hoop dat het snel voorbij zal zijn, geeft een emotionele spanning van 8 op een schaal van 0 tot 10. Door middel van EMDR daalt de spanning bij dit beeld naar 0. Tijdens de vijfde behandelzitting geeft ze aan dat ze weer zin heeft in seks en zelfs tot een orgasme zou kunnen komen. Het gevoel als een steen in bed te liggen, is verdwenen.

Na de EMDR-behandeling volgt nog een zesde zitting waarbij ook de partner aanwezig is, met als doel de seksuele relatie te verbeteren. Het paar leert communiceren over seks, en dat draagt ertoe bij dat het vertrouwen binnen hun seksuele relatie terugkeert.

Tabel 1 Enkele veelvoorkomende gevolgen van traumatische of anderszins negatieve gebeurtenissen op seksueel gebied

Seksuele disfuncties	vaginisme dyspareunie verminderd seksueel verlangen orgasmestoornis erectiestoornis ejaculatio praecox urogenitale pijn
Psychische stoornissen en klachten	posttraumatische stressstoornis angstklachten depressieve klachten persoonlijkheidsproblemen (bijvoorbeeld borderline persoonlijkheidsstoornis) verstoorde lichaamsbeleving <ul style="list-style-type: none"> ■ boulimia nervosa ■ anorexia nervosa ■ body dysmorphic disorder
Fysieke klachten	urologische klachten gynaecologische klachten pijnklaften in het vaginale gebied

Abstract

De Groot J, De Jongh A, Leusink P. Not interested in sex? Think of mental trauma. *Huisarts Wet* 2013;56(3):134-7.

Sexual problems can have several causes, both biological and psychosocial. During the investigation, the general practitioner should bear in mind that some patients with sexual problems may have been abused sexually or have had other unpleasant experiences, sexual or otherwise. In such cases the patient should be referred to a psychologist-sexologist for treatment that is primarily focused on the processing of negative (sexual) experiences, in addition to conventional sex therapy. This article describes the spectrum of sexual problems and indicates in which cases trauma therapy might be useful. This is illustrated by means of a case in which eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) was used.

Zoals de casus laat zien, kan onderzoek naar psychosociale factoren leiden tot de vaststelling dat de klachten zijn veroorzaakt door seksueel misbruik, een verkrachting of andere negatieve (seksuele) ervaringen. In de casus ging het om een vrouw, maar het is verstandig ook bij mannen rekening te houden met de mogelijkheid dat de seksuele disfunctie het gevolg is van een doorgemaakt psychisch trauma. Seksueel misbruik, verkrachting en andere vormen van seksueel geweld grijpen diep in in het leven van degenen die ermee te maken krijgen en leiden vaak tot angst, ontredde, hulpeloosheid en een hardnekkig schuldgevoel. Niet zelden ontwikkelt het slachtoffer angst voor herhaling van de genitale pijn tijdens penetratie, of een gevoel van falen bij het verlies van een erectie. De angstige anticipatie op een hernieuwde negatieve seksuele ervaring leidt doorgaans tot een lichamelijke respons die op zijn beurt aanleiding geeft tot vermijding of juist ontremd gedrag op seksueel gebied, hetgeen de kans op het ontwikkelen van een seksuele disfunctie verhoogt. Dit proces kan zich voordoen wanneer de patiënt wordt geconfronteerd met stimuli die de traumatische herinneringen activeren en daardoor de toentertijd aanwezige gedachten en gevoelens opnieuw beleeft.

PTSS

Wanneer de betrokkene na het gebeurde last krijgt van spontane, indringende beelden (herbelevingen), situaties en zaken vermijdt die herinneringen aan het gebeurde oproepen en extreem schrikachtig wordt, dan is de kans groot dat er sprake is van een posttraumatische stressstoornis (ptss). [Tabel 2] geeft een overzicht van de klachten op basis waarvan de diagnose PTSS gesteld wordt. In vergelijking met andere traumatische ervaringen scoort seksueel geweld hoog als oorzaak van PTSS. Van de volwassenen die ooit is verkracht, ontwikkelt ongeveer

Tabel 2 Klachten behorende bij PTSS (DSM-IV-TR)

Traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd
<ul style="list-style-type: none"> ■ akelige dromen of nachtmerries ■ voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt ■ intens psychisch lijden bij blootstelling aan stimuli die gerelateerd zijn aan het trauma ■ fysiologische reactie bij blootstelling aan stimuli die gerelateerd zijn aan het trauma
Aanhoudend vermijden van prikkels die gerateerd zijn aan het trauma
<ul style="list-style-type: none"> ■ pogingen gedachten of gevoelens behorend bij het trauma te vermijden ■ pogingen mensen, plaatsen of activiteiten te vermijden die gerelateerd zijn aan het trauma ■ onvermogen zich belangrijke aspecten van het trauma te herinneren ■ verminderde belangstelling voor het deelnemen aan belangrijke activiteiten ■ gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen ■ beperkt spectrum van gevoelens ■ het gevoel een beperkte toekomst te hebben.
Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid
<ul style="list-style-type: none"> ■ moeite met inslapen of doorslapen ■ prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen ■ moeite met concentreren ■ overmatige waakzaamheid
overdreven schrikreacties

36% gedurende het leven een PTSS.¹¹ Bovendien blijkt ongeveer de helft van de slachtoffers van een verkrachting later opnieuw slachtoffer te worden van verkrachting, hetgeen het risico op het ontwikkelen van PTSS verder verhoogt.¹²

PTSS is een invaliderende aandoening waarvoor gerichte professionele hulp onontbeerlijk is. De rol van de huisarts bestaat dan ook vooral uit het vroegtijdig opsporen en doorverwijzen van de patiënt. Een gerichte behandelaanpak vermindert de kans op het ontstaan van somatische ziekten en verlicht het geestelijk lijden.¹³

Uit onderzoek blijkt dat seksueel geweld en andere negatieve ervaringen op seksueel gebied niet alleen aanleiding kunnen geven tot PTSS, maar ook tot andere psychische ziektebeelden die een stuk minder gemakkelijk te herleiden zijn tot het doorgemaakte trauma.¹² Een van deze vaak moeilijk te herkennen klachtenpatronen is verstoorde lichaamsbeleving. Sommige patiënten hebben het gevoel dat hun lichaam een object is geworden; zij zijn zich niet of nauwelijks bewust van lichamelijke sensaties. Ze ervaren hun lijf als lelijk of vies, hebben veel schaamtegevoelens en hebben het idee dat ze nauwelijks zeggenschap over hun lichaam hebben omdat er van alles met hen gedaan is waar ze geen controle over hadden. Bij deze patiënten is er naast lichamelijke en fysieke klachten vaak sprake van agressief gedrag.¹⁴

ROL VAN DE HUISARTS

Het is dus belangrijk dat de huisarts nagaat of de klachten het gevolg kunnen zijn van een negatieve (seksuele) ervaring. Gerichte vragen kunnen uitsluitsel geven: ‘Wanneer zijn deze klachten begonnen?’, ‘Heeft u ooit nare dingen meegemaakt op het gebied van de seksualiteit?’ en: ‘Welke gebeurtenis heeft tot deze klachten geleid?’

Tabel 3 Criteria waaraan patiënten moeten voldoen voor traumagerichte therapie

1	Er is sprake van symptomen of klachten die op een of andere manier lijdensdruk veroorzaken.
2	De symptomen of klachten zijn te herleiden naar één of meer aanwijsbare beschadigende gebeurtenis(sen) in het verleden van de persoon. De klachten zijn bijvoorbeeld na deze gebeurtenissen begonnen of zijn merkbaar verergerd
3	Het opzettelijk in gedachten oproepen van (aspecten van) de gebeurtenis roept ten minste enige voelbare spanning op; of bepaalde stimuli roepen een emotionele reactie op die mogelijk anderszins te verklaren is door de activatie van een herinnering aan een negatieve (bijvoorbeeld seksuele) ervaring

Als de patiënt vervolgens emotioneel reageert en aangeeft dat de problemen inderdaad zijn begonnen na een bepaalde gebeurtenis, dan is het doorgaans niet verstandig om meteen al dieper op de nare herinnering in te gaan. Doorvragen zou het trauma kunnen reactiveren, hetgeen voor de patiënt onprettig is en voor de huisarts geen extra informatie oplevert. Het is verstandiger de patiënt door te verwijzen naar een (gz-)psycholoog of psychotherapeut met kennis en ervaring op het gebied van traumabehandeling. De specifiek seksuologische problematiek zal daarbij ook vragen om de expertise van een seksuoloog NVVS.

TRAUMAGERICHTE AANPAK SEKSUELE PROBLEMEN

De reguliere oefentherapie (waaronder bekkenbodetherapie), die doorgaans gericht is op de specifieke disfunctie, heeft niet altijd het gewenste effect wanneer het seksueel disfunctioneren is ontstaan als reactie op een psychisch trauma. In die gevallen is het wenselijk eerst het onderliggende trauma, dat wil zeggen de herinneringen aan deze negatieve gebeurtenis, te verwerken en de weg vrij te maken voor aanvullende seksuologische interventies. Wetenschappelijk het best onderbouwd zijn cognitief-gedragstherapeutische interventies.¹⁵ De cognitief-gedragstherapeutische benadering gaat ervan uit dat aangeleerde angst (faalangst) een belangrijke belemmering is voor het op gang komen van de genitale respons. Zij richt zich dan ook op reductie van de angst en opheffing van het vermijdingsgedrag.¹⁶ [Tabel 3] beschrijft de criteria waaraan de patiënt moet voldoen om voor een dergelijke behandeling in aanmerking te komen.¹²

Twee veelgebruikte methoden om traumatische ervaringen aan te pakken, zijn *imaginary exposure* en *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). In dit artikel beperken we ons tot EMDR omdat deze methode in Nederland veruit het meest wordt toegepast bij PTSS,¹⁶ en ook wordt aanbevolen in de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*.¹⁷ EMDR is een geprotocolleerde behandelprocedure die erop is gericht herinneringen aan de beschadigende gebeurtenissen te verzwakken (te ‘desensitiseren’). De methode wordt in het algemeen als relatief weinig emotioneel belastend ervaren¹⁸ en uit diverse meta-analyses blijkt het een effectieve behandeling voor zowel acute als chronische traumatisering. Een eenmalig trauma kan met behulp van EMDR in gemiddeld drie zittingen zodanig worden verwerkt dat patiënten niet meer aan de criteria voor PTSS voldoen.¹⁹

CONCLUSIE

Een betrekkelijk groot deel van de Nederlandse bevolking krijgt gedurende het leven te maken met fysiek seksueel geweld.⁴ Slachtoffers van een dergelijke ervaring hebben tweemaal zo vaak last van een seksuele disfunctie als mensen die geen seksueel geweld hebben meegemaakt.⁴ Daarom moeten huisartsen er alert op zijn dat een seksuele disfunctie het gevolg kan zijn van één of meer schokkende seksuele ervaringen. De hier beschreven casus geeft een voorbeeld van hoe een op het trauma gerichte behandeling het verminderde seksueel verlangen met succes kon herstellen bij een cliënte met PTSS. Met behulp van EMDR verdwenen de PTSS-klachten na vijf zittingen.

De zesde zitting illustreert dat de behandeling van seksuologische disfuncties verder strekt dan alleen de traumaverwerking, maar vaak ook een specifiek seksuologische aanpak vereist.¹⁵ Traumabehandeling is slechts één van de instrumenten uit het therapeutisch arsenaal van de psycholoog-seksuoloog NVVS. ■

LITERATUUR

- 1 Picavet C, Tonnon S, Franssens D, Wijsen C. Hulpzoekgedrag en route naar zorg bij seksuele problemen. *Tijdschrift voor Seksuologie* 2012;36:3-11.
- 2 Kedde H, Donker G, Leusink P, Kruijer H. The incidence of sexual dysfunction in patients attending Dutch general practitioners. *Int J Sex Health* 2011;23:269-77.
- 3 Kedde H. Seksuele disfuncties in Nederland: Prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie* 2012;36:98-108.
- 4 De Haas, S. Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie* 2012;36:136-45.

- 5 Moll S, Dinant G, Mestmakers J, Knottnerus J. Verschillen in incidentie van (gewelddadige) traumatische gebeurtenissen in de nationale registratiesystemen, enquêtes onder de bevolking en studies van huisarts: Een overzicht van de literatuur. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;19:1308-14.
- 6 De Jongh A, Ten Broeke E, Meijer S. Two method approach: A case conceptualization model in the context of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research* 2010;4:12-21.
- 7 Walsh K, Dilillo D, Messman-Moore T. Lifetime sexual victimization and poor risk perception: Does emotion dysregulation account for the links? *J Interpers Violence* 2012;27:3054-71.
- 8 Kok R, Matthijsen A, Marijnissen, R. Psychische gevolgen bij ouderen van seksueel misbruik in hun jeugd. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:905-8.
- 9 Leusink P. Hoe werkt seks: Het afscheid van libido. *Bijblijven* 2011;27:9-13.
- 10 Bekkers RL, Massuger LF, Bulten J, Melchers WJ. Epidemiological and clinical aspects of human papillomavirus detection in the prevention of cervical cancer. *Rev Med Virol* 2004;14:95-105.
- 11 Zinzow H. Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:893-902.
- 12 De Jongh A, Ten Broeke E. Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelingsmethode voor de gevolgen van psychotrauma. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V., 2013.
- 13 Van Ree J, De Vries M. Praktische huisartsgeneeskunde: Psychiatrie. Houten: BSL, 2007.
- 14 Loeb TB, Williams JK, Carmona JV, Rivkin I, Wyatt GE, Chin D, et al. Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annu Rev Sex Res* 2002;13:307-45.
- 15 Van Lankveld J, Ter Kuile M, Leusink P. Seksuele disfuncties, diagnostiek en behandeling. Houten: BSL, 2010.
- 16 Faravelli C, Ciugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychology after rape. *Am J Psychiatry* 2004;161:1483-5.
- 17 Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Trimbos-instituut, 2003.
- 18 Van Minnen A, Hendriks L, Olff M. When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behav Res Ther* 2010;48:312-20.
- 19 Bisson J, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007;190:97-104.

Nico van Duijn

Injecties

Er wordt veel geïnjecteerd in mensen, met verdoving, corticosteroiden, botox of met acupunctuur, zonder iets te injecteren. Bij zenuwpijn injecteer ik weleens lidocaïne, lokale verdoving, tegen die zenuw aan. Soms gebeurt er iets raars. Dan komt die zenuwpijn minder ernstig terug als de verdoving is uitgewerkt. Een enkele keer is de zenuwpijn zelfs helemaal verdwenen. Dat klopt niet. Ik denk dan maar dat zo'n zenuw zich heeft vergist met pijnsignalen afgeven zonder reden. De pijn blijft rondzingen. Na de verdoving wordt die suffe zenuw wakker en stopt met die onzin van pijnsignalen geven. Laatst heb ik een verdo-

vende injectie gegeven bij nummelaire hoofdpijn, een raadselachtige muntgrote pijnplek bovenop het hoofd, waar geen behandeling voor bekend is. De injectie hielp blijvend. Ik snap daar niets van.

Dit is ook geprobeerd bij mensen met hemicrania, een zeldzame hoofdpijnsoort. Als de standaardbehandeling met indomethacine niet werkt, dan injecteerden de onderzoekers een verdovende injectie in de achterhoofdzenuw. Dat hielp soms. Dat is raar, want hemicrania is helemaal geen aandoening van de achterhoofdzenuw. Even raar is acupunctuur, naaldjes steken in je linkervoet voor oorpijn. De naaldjes zetten op de verkeerde plek, placebo-acupunctuur, werkt trouwens even goed. 'Dry need-

ling' is weer wat anders. Daarbij wordt een naaldje gestoken op pijnlijke plekken. Dat werkt ook.

Er is dus iets bijzonders aan de hand met naalden en injecties. Misschien maakt het niet uit wat je injecteert - water (2 ct), lidocaïne (10 ct), diclofenac (28 ct), corticosteroid (€ 5,50) of botox (€ 50,-). Misschien helpt het prikken zelf even goed, zonder iets te injecteren. Misschien schudden we zo het pijnsysteem wat door elkaar. We 'resetten' het pijnsysteem door er een prik in te geven. Bij een vastgelopen computer doen we dat ook: domweg aan- en uitzetten. Niemand snapt hoe dat werkt. Maar het helpt. Geneeskunde is een praktisch vak. ■

