

Verklaringsmodel LNB Pijntherapie: actuele stand december 2014

(Vertaling Duitse tekst door Maurice Theunissen: LNB Pijntherapeut)

Door de neuro -wetenschapper en hersenonderzoeker dr. Damir Lovric zijn we weer een grote stap voorwaarts gekomen. Dit is een samenvatting van de actuele stand van zaken over de fysiologische processen van onze pijntherapie en bewegingstherapie. Delen van ons verklaringsmodel over de nieuwe kijk op pijn zijn inmiddels tot feiten verworpen, andere zijn zeer waarschijnlijk en sommige zijn nog hypothetisch. We gaan steeds zekerder ervan uit dat ons vermoedens, die voor een deel al tientallen jaren oud zijn, door steeds meer verdieping en dien tengevolge detaillering verbeterd worden, maar in de kern correct zijn.

De actuele stand: in de hersenen is een “alarmprogramma” genetisch geïnstalleerd. Dit alarm pijnprogramma “activeert” bepaalde interstitiële receptoren (vrij zenuwuiteinden) waardoor deze op “scherp” gesteld worden. Als het ware neemt hun gevoeligheid toe. In afspraak met Dr. Robert Schleip (Fascieën wetenschapper) hebben we deze receptoren “Alarmpijnreceptoren” genoemd. Petra en ik hebben sinds 1986 pijntoestanden systematisch bepaalde spieren toebedeeld die als gevolg van een door de hersenen ingestelde spanningstoestand de structuren (gewrichten, wervelkolom en hun bouwdeelen) bedreigen en slijtage en andere overbelastingsschade veroorzaken kunnen. Oorzaak van deze potentiële schade veroorzakende programma’s zijn te kleine eenzijdige hoekstanden van ons beweegbereik en het veelvuldig innemen van eendimensionale lichaamsposities. De verantwoordelijke spieren en fascieën kunnen principieel op vele verschillende manieren manueel therapeutisch beïnvloed worden. U weet hoeveel verschillende therapieën, meestal manuele in de “weke delen” aangrijpen. Bij onze therapie bleek echter steeds meer dat we met de manipulatie van de receptoren in het beenvlies (ter hoogte van de peesaanhechting) een veel grotere veranderingsgraad bereiken van de op schade geprogrammeerde spierspanningen (en dientengevolge fascieën spanning) vergeleken met het werken in de weke delen zoals spieren, fascieën, pezen, kapsels etc. Dit is vermoedelijk de reden van de bekende veel hogere en langer aanhoudende werking vergeleken met de vele andere manuele therapieën.

Waarom is dat zo? Hier heeft Damir ons erg verder geholpen. Met de Periostpressuur beïnvloeden we direct, via een soort reset, in de basale gangliën opgeslagen beweegprogramma’s. Het PAG (Peri Aquaductale Grijs) dat met de basale gangliën communiceert verandert daarop de pijnverwerking met het effect, dat de alarmpijn vermindert of geëlimineerd wordt. Vergelijkbaar met een computer worden daarbij gelijktijdig onfysiologische – meestal te hoge – spanning uitlokkende delen van deze programma’s gereset. Of, in het gangbare verklaringsmodel van de Multi- modale pijnmodel gezegd, wordt hierdoor vermoedelijk het pijngeheugen (painmemory) uitgewist. Dit lukt in

deze intensiteit klaarblijkelijk alleen met de als alarmpijn receptoren geschakelde interstitiële.

Met de rek- versteviging oefeningen (Duits: EngPassDehnungen: EPD) of pijnvrij oefeningen verbetert zich in genetische zin meer en meer de geometrische structuur van de fascieën. Verklevingen worden mechanisch gereinigd, doordat de fibroblasten gestimuleerd worden de fascieën toenemend in hun ideale schaarrooster toestand te “weven”. Gelijktijdig leiden actief aangestuurde bewegingen ertoe, dat in de basale gangliën nieuwe “gezonde” beweegprogramma’s geschreven/geprogrammeerd worden.

Hierdoor vullen de Periostpressuur en de EPD zich idealiter aan. De Periostpressuur brengt de programma’s en hiermee de pijnverwerking hoog efficiënt naar de basisinstelling. De EPD brengen de fasciale structuren in hun genetisch bedoelde besttoestand en schrijven dagelijks nieuwe, fysiologische aansturingprogramma’s voor de spiervezels.

Door deze samenhangen wordt steeds meer begrijpelijk wat wij in de realiteit dagelijks beleven: het is niet mogelijk pijn alleen door therapeutische interventies oorzakelijk te genezen. Genezing van pijn is alleen fysiologisch en daarmee duurzaam mogelijk, als de oorzaak van structurele en neurologische ontsporingen regelmatig door overeenkomstige tegenmaatregelen – de EPD en later door de Bodemvorm en Basisvorm (uit LNB Motion bewegingsleer) – gecompenseerd worden.

Nieuwsbrief (vertaling Duitse tekst door Maurice Theunissen: LNB Pijntherapeut)

Dr.med. Petra Bracht Bad Homburg, 11 december 2014

Wat doet de rug pijn?

Als de rug pijn doet en een uitpuilen of zelf hernia van de tussenwervelschijf of verenging van het wervelkanaal gevonden wordt, schijnt de oorzaak gevonden te zijn. Vaak wordt in deze gevallen geopereerd. Erna is het vaak beter, ten minste vooreerst. Helaas komt de pijn vaak na een half tot een jaar terug. Dan begint het probleem opnieuw. Of de pijn is na de operatie nog erger. Er zijn ook patiënten die erna geen pijn meer hebben, het gaat hun goed.

Enige jaren geleden onderzocht men in de USA toevallig op de straat uitgekozen personen op het voorhanden zijn van schade aan de tussenwervelschijven of wervelkolom. Men vond bij het merendeel van deze personen meer of minder forse veranderingen zoals ze ook bij personen met rugpijn te vinden zijn. Het bijzondere: al deze personen waren pijnvrij.

Wat betekent dit? Voor mij is na bijna 30 jaar pijnonderzoek en ervaring met pijnpatiënten duidelijk hoe deze tegenstrijdigheden en ongerijmdheden te verklaren zijn. Veel mensen bewegen zich dagelijks niet zoals genetisch voorzien is. Van de “100% Beweging”, waarvoor we 600 spieren, 200 botten en 100 gewrichten hebben, wordt tegenwoordig gemiddeld nog

maar zo'n 15% gebruikt. Het lichaam, dat ongeveer 11,5 uur per dag het zitten (of staan) "traint" went door deze "training" aan de beperkte beweging of eenzijdig gebruikte gewricht hoekstand.

Deze gewoonten volstrekt zich op twee niveaus. Eerst passen zich onze hersenen aan, doordat in een deel ervan (Basale gangliën) net als in een computer deze 15% Bewegprogramma's opgeslagen worden. Hieruit resulterende "verkortingen" van onze spieren en fascieën leiden tot verkeerde belastingen van de wervelkolom en de tussenwervelschijven. Ontelbare meetsensoren (receptoren) meten de te hoge krachten waaronder de tussenwervelschijven lijden. Een ander hersendeel, het PAG (Peri Aqueductale Grijs) vergelijkt de meetwaardes en beslist hoe om te gaan met de uit de structuur komende (pijn)meldingen. Of ze gedempt of versterkt worden.

Dreigt er schade van de tussenwervelschijven (of andere gewrichtsstructuren) schakelen de hersenen een alarmpijn. Deze beschermt de wervelkolom doordat het de beweging beperkt of stopt die tot (verdere) schade kan leiden. Onderdrukt of negeert men deze pijn dan treedt er schade op. Uitpuilingen en/of hernia's van de tussenwervelschijven, glijdwervel of kanaal stenosen hebben dus met rugpijn zelden iets van doen. Het bewijs daarvoor is, dat ook bij dergelijke schade, de pijn in de meeste gevallen regelrecht is uit te schakelen door de schadetoebrenge programme's in de hersenen, via manuele druk op speciale beenvliesreceptoren, te wissen en aansluitend de "verkorte" fascieën door regelmatige oefeningen (EPD) duurzaam als nieuwe gezonde beweegprogramma's te installeren. Alleen zo is rugpijn, die dus in de allermeeste gevallen niet door structurele schade wordt veroorzaakt, maar meestal in de hersenen als bescherming wordt geschakeld (en tendo-myo-fasciaal wordt geprojecteerd), op natuurlijke wijze duurzaam te elimineren.

Dr. Petra Bracht