

JOHN E. SARNO

# De mind-body connectie



CHRONISCHE PIJN BEGRIJPEN  
EN HELEN



AnkhHermes

Oorspronkelijke titel: *The Mindbody Prescription, Healing the Body, Healing the Pain* uitgegeven door Warner Books, New York, Verenigde Staten

Vertaling Jörgen van Drunen

Omslag Villa Grafica

Binnenwerk Zeno

NUR 861

De informatie die in dit boek wordt gegeven, is niet bedoeld als vervanging van professioneel medisch advies. Raadpleeg altijd een arts als er zich problemen voordoen met uw gezondheid. Noch de auteur, noch de uitgever kan verantwoordelijk worden gehouden voor enige schade die het gevolg is van het opvolgen van de aanbevelingen uit dit boek of van het niet inroepen of niet opvolgen van deskundig medisch advies.

ISBN 9789020222401

ISBN e-book 9789020222418

© 1998 John E. Sarno

© 2025 Uitgeverij AnkhHermes, onderdeel van VBK | media, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets van deze uitgave mag worden gereproduceerd, op welke manier dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever. Tekst- en datamining van (delen van) deze uitgave is uitdrukkelijk niet toegestaan.

Uitgeverij AnkhHermes vindt het belangrijk om op milieuvriendelijke en verantwoorde wijze met natuurlijke bronnen om te gaan. Bij de productie van het papieren boek van deze titel is daarom gebruikgemaakt van papier waarvan het zeker is dat de productie niet tot bosvernietiging heeft geleid.

[www.ankh-hermes.nl](http://www.ankh-hermes.nl)

Miljoenen Nederlanders hebben chronische pijn, artsen spreken van een 'pijnepidemie'. *De mind-body connectie* van John E. Sarno is een klassieker op dit gebied.

Laat u zich niet afschrikken door jaartallen, de boodschap en het gedachtegoed van John E. Sarno zijn en blijven actueel. Wij geven deze Nederlandse vertaling met trots een plek in ons fonds.

- Uitgeverij AnkhHermes

John E. Sarno heeft voor miljoenen mensen de deur geopend naar inzicht over de diepere oorzaken van chronische klachten. Na dertig jaar aanmodderen hielp zijn boek me een totaal nieuw perspectief te vinden en kon ik herstellen. De inzichten blijven zich verder ontwikkelen, maar Sarno blijft voor altijd mijn deuropener en pionier met de moed om anders te kijken. Vlak voor zijn dood heb ik nog mailcontact gehad met hem, een intens goed mens, met een missie die ontsprong in zijn warme en moedige hart.

- Saskia de Bruin, auteur van *Weg van de pijn* en *SOLK*

# Inhoud

*Voorwoord* 10

*Inleiding: een historisch perspectief* 14

## DEEL 1 DE PSYCHOLOGIE EN FYSIOLOGIE VAN MIND-BODY STOORNISSEN

- 1 De psychologie van mind-body stoornissen: een verhaal  
over twee geesten 31
- 2 De werking van mind-body processen 63

## DEEL 2 DE FYSIEKE VERSCHIJNINGSVORMEN VAN MIND-BODY STOORNISSEN

- 3 Inleiding tot het *Tension Myositis Syndrome*: onderrug en  
benen 87
- 4 Bovenrug, nek, schouders en armen 116
- 5 Pezen 128
- 6 Chronische pijn en de ziekte van Lyme 135
- 7 De equivalenten van TMS 140
- 8 Stoornissen waarbij emoties een rol kunnen spelen 159

## DEEL 3 DE BEHANDELING VAN MIND-BODY STOORNISSEN

9 Het therapeutische programma: de kracht van kennis 171

Tot slot 205

Dankwoord 207

Bijlage: academische kwesties 209

Noten 235

Bibliografie 238

Register 246

*Met dankbaarheid en liefde opgedragen aan mijn patiënten.*

*Ze zijn de bron van mijn kennis en van mijn plezier bij het  
beoefenen van de geneeskunde.*

# Voorwoord

Het kwartet van pijn, invaliditeit, onjuiste informatie en angst teistert de westerse wereld al jaren en daar lijkt voorlopig geen eind aan te komen. Veel mensen hebben last van hun rug, nek, armen en benen en volgens de statistieken breidt deze pijnepidemie zich steeds verder uit. Het aantal arbeidsongeschikten in het bedrijfsleven als gevolg van lage rugpijn wordt met het jaar groter.

In bedrijfstakken waarin veel mensen achter een beeldscherm zitten, zijn er grote problemen met arbeidsongeschiktheid en ziektekosten als gevolg van RSI (*repetitive stress injury*)\*

Miljoenen mensen, vooral vrouwen, lijden aan fibromyalgie. Een pijnlijke aandoening waarvan de precieze oorzaak nog niet is gevonden. Terwijl er een gigantische medische industrie is ontstaan om deze aandoeningen te diagnosticeren en te behandelen, gaan de problemen niet weg.

Dit boek gaat over deze epidemie. Het beschrijft zowel de klinische bevindingen die de oorzaak van de pijnandoeningen aan het licht hebben gebracht, als een methode om ze te behandelen. Helaas verwerpt de reguliere geneeskunde deze diagnose, omdat die gebaseerd is op de theorie dat de lichamelijke symp-

---

\* RSI noemen we tegenwoordig ook wel KANS (klachten aan arm, nek of schouders), maar ook een whatsapp-duim of een iPhone-nek kunnen we hieronder scharen.

tomen worden veroorzaakt door emotionele processen. Het concept wordt echter wel door veel mensen die niet medisch onderlegd zijn omarmd, waarschijnlijk omdat ze niet bevooroordeeld zijn door een traditionele medische opleiding.

En alsof de pijnepidemie al niet groot genoeg is, wordt een grote groep lichamelijke aandoeningen gezien als *equivalenten* van het pijnsyndroom, omdat ze lijken voort te komen uit hetzelfde psychologische proces. Deze aandoeningen komen al jaren bij veel mensen voor en zijn samen met de uiteenlopende pijn-aandoeningen wijdverspreid in de westerse samenleving. Dan heb ik het over de hoofdpijn, maag- en darmklachten en allergieën waar mensen mee kampen. Maar ook over aandoeningen die aan de orde van de dag zijn op het gebied van dermatologie, de luchtwegen, het urogenitale systeem en gynaecologie.

Als de meeste van deze aandoeningen psychogeen van aard zijn, dat wil zeggen dat ze in de geest ontstaan, dan hebben we een gigantisch probleem op het gebied van de volksgezondheid. De medische, humanitaire en economische implicaties hiervan zijn overduidelijk en ik laat ze allemaal de revue passeren.

Dit boek gaat over emoties, ziekte en welzijn, hoe ze met elkaar samenhangen en wat je kunt doen om een goede gezondheid te bevorderen en bepaalde lichamelijke aandoeningen het hoofd te bieden. De ideeën zijn gebaseerd op jarenlange succesvolle behandeling van een door emoties veroorzaakte lichamelijke aandoening die het *Tension Myositis Syndrome* (TMS) wordt genoemd. Ik geef een actuele beschrijving van die aandoening, maar richt me vooral op de invloed die emoties hebben op het functioneren van ons lichaam.

Dat verband werd in de eerste helft van de twintigste eeuw vrijwel volledig geaccepteerd binnen de westerse geneeskunde, maar werd daarna bijna door niemand meer erkend. De waarschijnlijke redenen voor deze historische trend zijn de verwerping van de psychoanalytische theorie, de toegenomen belangstelling voor laboratoriumonderzoek en de neiging van artsen om psychologische kwesties uit de weg te gaan. Aan het einde van de twintigste eeuw waren er op het gebied van zowel de



lichamelijke als de psychologische geneeskunde nog maar weinig artsen die geloofden dat onbewuste, verdrongen emoties de oorzaak konden zijn van lichamelijke ziekten. Psychoanalytici waren de enige clinici die dat concept bleven aanhangen, maar hun invloed op de psychiatrie en de algemene geneeskunde was beperkt. In de lichamelijke geneeskunde is er vrijwel niemand die dit idee aanhangt.

Ondanks het gebrek aan interesse van de reguliere geneeskunde is er veel over geschreven over de connectie tussen lichaam en geest. Er zijn zorgvuldige onderzoeken gedaan die psychologische factoren in verband brengen met pathologische aandoeningen zoals coronaire arteriosclerose en een hoge bloeddruk. Ik ken maar één onderzoeker buiten de psychoanalyse, die onbewuste emoties heeft aangewezen als oorzaak van een lichamelijke ziekte. Je leest wel vaak over stress, woede, angst, eenzaamheid en depressie, maar die worden dan gezien als bewust waargenomen emoties. Vaak wordt gedacht dat deze gevoelens onderliggende structurele pathologische processen verergeren, zoals hernia's, fibromyalgie of RSI.

Aangezien Freud de nodige kritiek heeft gehad, krijg ik de wind waarschijnlijk ook van voren als ik zeg dat mijn concepten zijn afgeleid van zijn klinische observaties en theorieën. Maar daar kwam ik later pas achter, want het was niet mijn bedoeling om te bewijzen dat Freud gelijk had. Mijn ideeën waren het gevolg van klinische observaties. Ze waren niet gebaseerd op vooropgezette ideeën over de connectie tussen geest en lichaam. Net als wat Freud bij zijn patiënten ontdekte, zag ik dat de lichamelijke symptomen van mijn patiënten het directe resultaat waren van heftige gevoelens die in het onbewuste werden onderdrukt. Daarnaast heb ik gebruikgemaakt van de ideeën van drie andere psychoanalytici. Van Franz Alexander, oprichter van het Chicago Institute for Psychoanalysis, die pionierswerk verrichtte op het gebied van de psychosomatische geneeskunde in de twintigste eeuw. Van Heinz Kohut, die de zogeheten zelfpsychologie ontwikkelde en wees op het belang van narcistische woede. En van Stanley Coen, die met het be-

langrijke idee kwam dat de psychosomatische stoornis die ik bestudeerde (TMS) een verdedigingsmechanisme was, een vermijdingsstrategie die bedoeld was om de aandacht af te leiden van beangstigende, verdrongen gevoelens.

Dit boek gaat over lichamelijke aandoeningen die worden veroorzaakt door onbewuste verdrongen gevoelens. Aangezien dit zeer specifieke stoornissen zijn, kunnen ze nauwkeurig worden gediagnosticeerd en met succes worden behandeld.

Het Tension Myositis Syndrome is op dit moment de meest voorkomende door emoties veroorzaakte aandoening in de Verenigde Staten, en waarschijnlijk in de gehele westerse wereld. Sinds de publicatie van mijn boek *Healing Back Pain* zijn er andere pijnlijke aandoeningen opgedoken die een grote invloed hebben op de volksgezondheid. Ook deze aandoeningen zijn verschijningsvormen van TMS.

Dit boek bestaat uit drie delen. Deel 1 gaat over de psychologische oorzaken van deze fysieke aandoeningen en bevat een hoofdstuk dat je een 'brug' zou kunnen noemen. Het beschrijft de psycho-neurofysiologische achtergrond van psychogene processen. Met andere woorden, hoe emoties de hersenen stimuleren om fysieke symptomen te produceren. Na het oversteken van deze 'brug', komen in deel 2 de verschillende door emoties veroorzaakte lichamelijke aandoeningen aan de orde, te beginnen met TMS. Deze aandoening zorgde ervoor dat ik kennismaakte met de wereld van de psychosomatische geneeskunde en aandoeningen zoals de veelvoorkomende verstoringen van het maagdarmkanaal, hoofdpijn, allergieën en huidaandoeningen. In deel 3 wordt uitgelegd hoe deze aandoeningen kunnen worden behandeld. In de bijlage vind je ten slotte een meer academische beschrijving van het psychosomatische proces.

In dit boek beschrijf ik mijn klinische ervaring en theorieën die uit mijn werk voortkomen. Zolang een arts de mogelijkheid van een ernstige ziekte niet heeft uitgesloten, is het niet raadzaam aan te nemen dat je symptomen een psychologische oorzaak hebben.

# Inleiding: een historisch perspectief

Sinds mijn afstuderen als arts zijn allerlei soorten pijn in de meeste geïndustrialiseerde westerse landen snel uitgegroeid tot een grote epidemie. De diagnose en behandeling van deze aandoeningen is inmiddels een gigantische industrie geworden. Alleen rugpijn kost het land al miljarden dollars per jaar en als we alle moderne pijnepidemieën, zoals het carpaletunnelsyndroom, erbij optellen, is het bedrag een stuk hoger. Deze medische problemen worden meestal geen epidemieën genoemd, waarschijnlijk omdat ze vaak niet levensbedreigend zijn en het publiek zich niet volledig bewust is van het effect dat ze op financieel, sociaal en emotioneel vlak hebben. Dat ze niet levensbedreigend zijn, is het enige positieve dat erover gezegd kan worden, want ze kunnen lichamelijk en emotioneel meer beperkingen met zich meebrengen dan veel aandoeningen die we als veel ernstiger beschouwen. Een goed gerevalideerd persoon met een verlamming aan beide benen kan in wezen een normaal leven leiden, terwijl iemand met ernstige chronische pijn bijna volledig invalide kan zijn, niet kan werken en fysiek tot zeer weinig in staat is.

De meest prangende en onvermijdelijke vraag is: waarom en hoe is dit zo gekomen? Zijn we na miljoenen jaren evolutie plotseling niet meer in staat om normaal te functioneren? Heeft ons lichaam tekortkomingen die pas de laatste veertig jaar aan het licht zijn gekomen? Als deze pijnstoornissen niet veroorzaakt worden door structurele afwijkingen, hoe kunnen deze

epidemieën dan worden verklaard?

Mijn vorige werk op het gebied van de diagnose en behandeling van rug-, nek- en schouderpijnsyndromen was zeer onplezierig en frustrerend. De conventionele diagnoses en conservatieve (niet-chirurgische) behandelmethoden leverden teleurstellende en inconsistente resultaten op. En wanneer ik het hoe en waarom van de diagnose en behandeling aan patiënten uitlegde, voelde ik me daar ongemakkelijk bij omdat de uitleg fysiologisch en anatomisch niet logisch leek te zijn. Al in 1904 hadden artsen een pijnlijke spierafwijking beschreven die ook wel *fibromyalgie*, *myofasciitis*, *fibrositis* of *fibromyositis* werd genoemd. Maar het was nog niemand gelukt om de precieze pathologie of oorzaak van de aandoening te achterhalen. Uiteindelijk besloot ik patiënten te benaderen alsof er niets bekend was over de oorzaak van rugpijn. Ik realiseerde me al snel dat spierweefsel het belangrijkste weefsel was dat erbij betrokken was. Er was iets aan de hand met de spieren van de nek, schouders, rug en billen.

Omdat structurele afwijkingen van de wervelkolom op röntgenfoto's gemakkelijk te zien zijn, schreven de meeste behandelaren de pijn daar aan toe. Hierbij kun je denken aan normale veranderingen door veroudering, aangeboren afwijkingen of scheefstand. Anderen dachten dat de spieren pijnlijk waren omdat ze zwak, verstuikt of verrekt waren. Bovendien ging rug-, nek- of schouderpijn vaak gepaard met andere neurologische symptomen en pijn in een arm of been. Als er dus een structurele afwijking werd gevonden in de buurt van een ruggenmergzenuw die naar een arm of been liep, waren artsen sterk geneigd om de symptomen aan die afwijking toe te schrijven. Maar daarbij werd geen rekening gehouden met de strenge eisen van een wetenschappelijke diagnose. Een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek onthulden echter vaak dat de veronderstelde boosdoener onschuldig was, dat de bot- of tussenwervelschijf afwijking de bevindingen niet kon verklaren. Desondanks kreeg de wervelkolom nog steeds de schuld van de pijn.

Er ontstond een onwaarschijnlijk samenwerkingsverband

tussen verschillende disciplines. Chiropractors, die jarenlang door artsen waren bekritiseerd als onwetenschappelijk, werden steeds meer geaccepteerd door mensen die diagnoses stelden en rugpijn behandelden. Ze hadden altijd beweerd dat structurele afwijkingen van de wervelkolom de oorzaak waren van rugpijn. Omdat artsen het ook zo zagen, was het onvermijdelijk dat chiropractors lid werden van de beroepsgroep. Andere leden van deze groep zijn osteopaten, beoefenaars van de fysische geneeskunde (vooral gericht op diagnostiek en revalidatie), orthopeden, neurologen, neurochirurgen, fysiotherapeuten, acupuncturisten, kinesiology en vele anderen die speciale oefenprogramma's of massages gebruiken. Wat ze met elkaar gemeen hebben, is dat ze denken dat de wervelkolom en/of de omliggende spieren niet goed functioneren, snel beschadigd raken en dat er een of andere fysieke ingreep nodig is. Een operatie is de meest drastische en behoort tot de meest voorkomende.

Omdat wordt verondersteld dat een ontsteking die op structureel niveau wordt veroorzaakt – maar *waarvan de aard nooit is vastgesteld* – verantwoordelijk is voor een groot deel van de pijn, worden grote aantallen niet-steroïde en steroïde medicijnen voorgeschreven.

Gezien de talloze diagnostische en therapeutische programma's die tegenwoordig worden gebruikt bij de behandeling van deze pijnsyndromen, zou elke significante verstoring in de toepassing van bestaande therapieën een financiële ramp veroorzaken. De diagnose en behandeling van chronische pijn is een gigantische industrie. Met een nauwkeurige diagnose en behandelingsmethode zouden echter enorme hoeveelheden geld kunnen worden bespaard.

In het begin van de jaren zeventig, tijdens deze ontluikende epidemie, begon ik te twijfelen aan de geldigheid van de conventionele diagnoses, en dus aan de behandeling, van nek-, schouder- en rugpijn. Bij nader onderzoek bleek dat de rugspieren, van het achterhoofd tot de billen, de belangrijkste weefsels waren die bij pijnklachten betrokken waren. Dit bevestigde het werk van alle mensen die door de jaren heen fibromyalgie,

fibrositis of myofasciale pijn hadden beschreven. Uit mijn analyse van de medische literatuur en groeiende ervaring met patiënten bleek dat deze aandoeningen deel uitmaakten van een pijnstoornis die ik het *Tension Myositis Syndrome* (TMS) noem. (*Myositis* betekent fysiologische verandering van spieren.) TMS is een pijnlijke, maar onschadelijke verandering van de toestand waarin spieren verkeren.

Maar hoe zit het dan met de neurologische signalen en symptomen in de benen en armen? Een tijdlang dacht ik dat ze veroorzaakt werden door structurele compressie in de wervelkolom of door die mysterieuze ‘ontsteking’ die zo vaak genoemd wordt door andere behandelaars. Maar toen het aantal tegenstrijdigheden alsmaar toenam, kon ik niet anders dan concluderen dat het proces dat de spierpijn veroorzaakte ook verantwoordelijk was voor de zenuwsymptomen. Maar wat was dat proces?

Als artsen een anamnese van een patiënt afnemen, vragen ze standaard naar vroegere of huidige medische aandoeningen of symptomen. Ik ontdekte dat 88 procent van mijn pijnpatiënten in het verleden last had gehad van kleine gastro-intestinale aandoeningen zoals brandend maagzuur, hiatus hernia, colitis, spastisch colon, prikkelbaredarmsyndroom en andere door spanning veroorzaakte reacties zoals spanningshoofdpijn, migraine, eczeem en frequent urineren. Hoewel niet alle behandelaars het erover eens zijn dat deze aandoeningen verband houden met psychologische of emotionele verschijnselen, heeft mijn klinische ervaring als huisarts en mijn eigen persoonlijke medische verleden ervoor gezorgd dat ik me kan vinden in die conclusie. Ik had bijvoorbeeld al een aantal jaren regelmatig migraine, compleet met de kenmerkende ‘lichtjes’ in het gezichtsveld voorafgaand aan de hoofdpijn. Iemand opperde dat onderdrukte boosheid hieraan ten grondslag zou kunnen liggen. De volgende keer dat ik de ‘lichtjes’ als voorbode van de hoofdpijn zag, ging ik rustig zitten en probeerde ik te bedenken welke boosheid ik mogelijk aan het onderdrukken was. Ik kon niets bedenken, *maar voor het eerst in mijn leven bleef de hoofdpijn uit*. Het was een over-

tuigend bewijs dat mijn hoofdpijn een emotionele oorzaak had.

Het was daarom logisch om te veronderstellen dat deze rugspierpijnen in dezelfde groep van door emoties veroorzaakte lichamelijke aandoeningen zouden kunnen vallen. Toen ik het idee op de proef stelde door tegen patiënten te zeggen dat ik vermoedde dat hun pijn het gevolg was van 'spanning', zag ik tot mijn verbazing dat degenen die de diagnose accepteerden beter werden. Degenen die de diagnose afwezen bleven hun klachten houden.

In die begindagen kregen al mijn patiënten fysiotherapie van therapeuten tegen wie ik had gezegd dat ze tegen de patiënten moesten zeggen dat de therapie bedoeld was om tijdelijk van de symptomen af te komen, maar dat blijvend herstel afhing van het erkennen van de aard van het proces. Degenen die beter werden waren het eens met de diagnose. Dit was dus vergelijkbaar met wat ik met mijn migraine had meegemaakt. Namelijk dat de erkenning dat een emotionele factor een rol speelde bij het ontstaan van de symptomen er op de een of andere manier voor zorgde dat die symptomen verdwenen. Het zou nog jaren duren voordat ik dit fascinerende, mysterieuze fenomeen kon verklaren.

In die tijd was het best moeilijk om tegen patiënten te zeggen dat ik dacht dat hun pijn werd veroorzaakt door 'spanning'. Elke arts zou dit idee bespotten, en de gemiddelde persoon zou beledigd zijn als je zou zeggen dat een lichamenlijk symptoom 'tussen de oren zat'. Dat was een uitdrukking die ik angstvallig vermeed vanwege de negatieve bijklank, hoewel patiënten er vaak zelf mee kwamen aanzetten. Soms lukte het me om het verband tussen spanning en pijn afdoende uit te leggen, maar ik werd behoorlijk gehinderd door mijn eigen gebrekkige inzicht in de psychodynamische aspecten ervan. In plaats daarvan besprak ik bepaalde persoonlijkheidskenmerken die veel voorkwamen bij mensen met TMS en legde ik uit hoe deze kenmerken tot spanning en angst konden leiden. Ik zei bijvoorbeeld dat de symptomen eerder een fysieke dan een emotionele uiting van angst waren en dat hardwerkende, gewetensvolle, verant-

woordelijke, dwangmatige en perfectionistische mensen vatbaar waren voor TMS. Ik kon geen klinische definitie geven van het woord 'spanning', maar het was wel een woord waarmee mensen zich konden identificeren. 'Psychisch' en 'emotioneel' waren negatieve woorden die impliceerden dat je vreemd was. Ik vermeed het woord 'psychosomatisch' omdat de meeste mensen het opvatten alsof de pijn niet echt of denkbeeldig was. Ik bleef wel gewoon de diagnose stellen en het succespercentage van mijn behandeling begon flink te stijgen. Ik had het gevoel dat ik de aard van de aandoening begreep en kon vrij nauwkeurig voorspellen wie beter zou worden en wie niet.

Bij lichamelijk onderzoek bleek het indrukken van bepaalde spieren bij bijna elke patiënt gevoelig te zijn, ongeacht waar in de nek of rug ze de pijn voelden. Iemand had bijvoorbeeld alleen pijn rechts in de onderrug, maar voelde bij onderzoek pijn als ik op de bovenkant van beide schouders (bovenste trapezius), in de taille aan beide kanten (lumbale paraspinale spieren) en het buitenste deel van beide billen (gluteusspieren) drukte. Deze consistente bevinding wees erop dat de oorsprong van het syndroom in het centrale zenuwstelsel (de hersenen) lag en niet in een lokale structurele afwijking.

Halverwege de jaren zeventig concludeerde ik dat het merendeel van de nek-, schouder- en rugpijnsyndromen, evenals de bijbehorende pijn in armen en benen, het gevolg was van een psychologisch geïnduceerd proces, waardoor ik dus met een klassieke psychosomatische aandoening te maken had. Dat wil zeggen, emotionele factoren veroorzaakten een reactie in bepaalde weefsels in het lichaam die resulteerde in pijn en andere neurologische symptomen.

Wat was de aard van deze reactie? De fysiotherapeutische behandeling bestond uit warmte (met behulp van hoogfrequente geluidsgolven), diepe massage en actieve training van de betrokken spieren. De meeste patiënten meldden op zijn minst tijdelijke verlichting. Omdat ik wist dat deze behandelmethoden de bloedcirculatie bevorderden, lag de conclusie voor de hand dat de oorzaak van de symptomen een verminderde bloedstroom



naar de betrokken weefsels was. De bloedcirculatie staat onder controle van een subsysteem van het centrale zenuwstelsel dat bekendstaat als het autonome zenuwstelsel. Bij veel van de andere mind-body aandoeningen (maagzweer, colitis, migraine en spanningshoofdpijn) is het autonome systeem ook betrokken. Eenvoudiger kan het eigenlijk niet: iets in de hersenen besluit om dit proces in gang te zetten; hersencentra die tot het autonome zenuwstelsel behoren worden geactiveerd en binnen enkele milliseconden wordt de bloedsomloop naar de betrokken gebieden verminderd. Daardoor krijgen deze weefsels onvoldoende zuurstof, wat vrijwel zeker de reden is voor de symptomen. Dit komt overeen met de bevinding van twee Duitse onderzoekers in 1975 dat er een licht zuurstoftekort in de kernen van spiercellen van patiënten met rugpijn was, en met onderzoeken die in de jaren tachtig door een team van Zweedse reumatologen in een medisch tijdschrift werden gepubliceerd.

Omdat dit een logische verklaring was voor de symptomen, ging ik er voortaan van uit dat een zuurstoftekort pijn veroorzaakt. En zelfs als de oorzaak van de pijn een ander door de hersenen in gang gezet proces zou blijken te zijn, was het nog steeds duidelijk dat de definitieve behandeling gericht moest zijn op de hersenen en niet op de lokale weefsels.

Ik zei tegen mijn patiënten dat er niets mis was met hun rug. Ik legde uit dat ze een onschuldige aandoening hadden die behandeld moest worden via de geest, niet via het lichaam. Bewustzijn, inzicht, kennis en informatie waren de magische medicijnen die deze aandoening zouden genezen. Met iets anders zou dat niet lukken.

In 1979 begon ik met het geven van lezingen aan patiënten over de fysieke en psychologische details van TMS. De logica hierachter was, dat als informatie de remedie was ik mijn best moest doen om die te geven. Deze lezingen vormen nu de hoeksteen van het therapeutische programma en lijken voor 80 tot 90 procent van de mensen die volledig herstellen het enige te zijn dat nodig is.

Hoe ik het probleem zag, wordt heel mooi geïllustreerd

door een brief die ik schreef aan columnist Russell Baker van *The New York Times*, die een column had geplaatst met de titel *Where Have All the Ulcers Gone?* (Waar zijn alle zweren gebleven?). Ik stuurde hem de volgende brief:

Geachte heer Baker,

Omdat u een goed geïnformeerd man bent, dacht ik dat u wel geïnteresseerd zou zijn in de werkelijke reden voor de daling van het aantal maagzweren, waarover u een tijdje geleden schreef. Maagzweren en zweren aan de twaalfvingerige darm behoren tot een groep van lichamelijke aandoeningen die, zoals u terecht schreef, de aanwezigheid van veel spanning weerspiegelen. Andere leden van deze ellendige aandoeningen zijn colitis, spastisch colon, spanningshoofdpijn en allergieën, om enkele van de belangrijkste te noemen. Er is er echter nog een die aan de aandacht van de medische gemeenschap is ontsnapt. Of beter gezegd, is blijven voortbestaan onder het mom van iets anders. Het is een heel belangrijke, want zij heeft de rol van de maagzweer overgenomen die vroeger zo vaak voorkwam. Waarom deze verandering heeft plaatsgevonden is een interessant verhaal, waar ik zo op terugkom. Deze andere aandoening is niets anders dan de gewone rugpijn (of nek- of schouderpijn). Jarenlang is aangenomen dat rugpijn te wijten is aan een of ander mankement aan de wervelkolom en aanverwante structuren, maar dit is slechts een diagnostisch rookgordijn dat artsen en andere behandelaars met succes om de tuin heeft geleid. In feite is rugpijn te wijten aan hyperactiviteit in dezelfde tak van het zenuwstelsel die maagzweren veroorzaakt, en de aanjager is een oude bekende kwelgeest: spanning.

Ik meen dit heel serieus en heb mijn mening in de medische literatuur gepubliceerd. Enige luchtigheid is echter wel op zijn plaats, want zelfs de meest invaliderende en pijnlijkste rugpijn is een weerspiegeling van een zeer goedaardig

proces. Een veel goedaardiger proces dan zweren die kunnen bloeden of een perforatie kunnen veroorzaken en er nogal een smerige boel van kunnen maken. Al deze aandoeningen behoren tot dezelfde groep en vertegenwoordigen varianten van een gelijksoortig onderliggend proces, namelijk spanning die zich uit in fysieke symptomen, oftewel een psychosomatische aandoening. Hartaanvallen zijn uitingen van een ernstiger soort psychosomatisch proces en dienen niet gelijk te worden gesteld aan een maagzweer.

Waarom heeft deze verandering plaatsgevonden? Dat begrijp je pas als je je realiseert dat een fysieke uiting van spanning er is om ons te misleiden. Onze hersenen hebben besloten dat het sociaal aanvaardbaarder is dat er 'fysiek' iets mis met je is dan *je gespannen te voelen*, wat de gepaste reactie is op *gespannen zijn*. En dus maken de hersenen een paar aanpassingen in het systeem en in plaats van dat je overkomt als een nerveus wrak, krijg je buikpijn of rugpijn. De reden waarom maagzweren het veld moesten ruimen, was dat iedereen zich begon te realiseren dat hij in werkelijkheid gespannen was en de zaak bedroog, en dat is sociaal niet acceptabel.

Rugpijn is altijd al een equivalent van spanning geweest, maar tot de komst van de moderne geneeskunde besteedde niemand er veel aandacht aan. Hier, zeiden de hersenen, is een uitstekende kandidaat. Iedereen denkt dat rugpijn een puur fysieke aandoening is en dus is hij een perfecte vervanger van spanning. De maagzweer heeft zijn waarde verloren, dus pakken we rugpijn als de nieuwe, maar goed verborgen vaandeldrager van het leger van gespannen mensen.

En daardoor heeft bijna iedereen met wie je praat wel een verhaal over rugpijn te vertellen. Het aantal nieuwe gevallen van allerlei pijnsyndromen waarbij de achterkant van de westerse *homo sapiens* betrokken is, is de afgelopen twintig jaar drastisch gestegen, terwijl de in diskrediet geraakte maagzweer in de vergetelheid raakt.

Is dat geen fascinerend verhaal?

Een paar dagen later ontving ik de volgende brief, die is overgenomen met de vriendelijke toestemming van de heer Baker:

Geachte heer Sarno,

Dat is inderdaad een fascinerend verhaal en het werpt enig licht op mijn eigen 'rugpijn'. Deze aandoening overkomt me na vier of vijf uur achter de typemachine wanneer ik als het ware voor een publiek optreed. Vaak is hij extra erg als ik me ervan bewust ben dat het schrijven niet lekker loopt. Vorige week moest ik mijn zoon helpen verhuizen en ik waarschuwde hem dat ik waarschijnlijk na een paar uur zou moeten afhaken vanwege mijn rug. De verhuizing was eigenlijk best leuk, tenminste in de zin dat het hersenloze arbeid was, dingen halen, tillen en sjouwen, in een aangename, rustieke sfeer en met een volledig ontspannen geest. Na tien uur bezig te zijn geweest, dacht ik voor het eerst sinds die ochtend weer aan mijn rug, en het enige wat ik opmerkte was dat ik er de hele dag geen last van had gehad.

Met vriendelijke groet,  
Russell Baker

In 1981 geloofde ik dat lichamelijke symptomen een substituut waren voor angst. Later leidde een verandering in mijn opvatting tot een veel beter begrip van het probleem en daardoor tot een effectievere behandeling. Deze subtiele maar belangrijke verandering was dat onbewuste emotionele verschijnselen fysieke symptomen *noodzakelijk maakten*.

En natuurlijk zijn maagzweren niet echt in de vergetelheid geraakt, ze worden nu toegeschreven aan de aanwezigheid van een bacterie in de maag. Naar mijn mening worden ze nog steeds veroorzaakt door stress en is de bacterie slechts een onderdeel van het proces. Ze komen niet meer zo vaak voor als vroeger en ook niet zo vaak als de pijnstoornissen.

In 1982 voerde ik het eerste vervolgonderzoek uit onder

mijn patiënten. 170 patiënten van wie de dossiers willekeurig waren gekozen uit degenen die tussen 1978 en 1981 waren behandeld, kregen vragen over hun pijnniveau en hun functionele capaciteit. 76 procent leidde een normaal leven en was in wezen pijnvrij. Bij 4 tieners was sprake van lichte verbetering en bij 28 (16 procent) werd de behandeling als mislukt beschouwd.

Twee belangrijke feiten over deze groep patiënten moeten worden opgemerkt. Ten eerste hadden de meesten van hen al heel lang last van rugpijn en hadden ze meerdere behandelingen ondergaan, sommigen zelfs operaties, maar toch bleven ze ernstige symptomen houden. En ten tweede, ik had ze geen van allen gescreend voordat ze een afspraak maakten. Sinds 1987 heb ik een intakegesprek met patiënten die bellen voor een afspraak, om te bepalen of ze geschikt zijn voor ons programma. De meeste mensen met deze pijnsyndromen verwerpen het idee dat hun pijnklachten een emotionele oorzaak kunnen hebben en zouden daarom geen baat hebben bij ons therapeutische programma, omdat acceptatie van de diagnose heel belangrijk is voor een succesvol resultaat. Ik accepteer ongeveer 50 procent van de mensen die bellen. Als ik kritiek krijg op deze selectiviteit, herinner ik mijn critici eraan dat ik gebruikmaak van mijn voorrecht om alleen te werken met patiënten die een redelijke kans op succes hebben. Deze selectiviteit is niet alleen in mijn voordeel, maar het bespaart de potentiële patiënt ook onnodige kosten en ergernis.

Hoewel we vóór 1987 niet zo selectief waren, bleek uit een tweede vervolgonderzoek in 1987 dat de effectiviteit van het programma sinds 1982 was toegenomen. Deze keer maakten we het onszelf moeilijker en beperkten we de onderzochte populatie tot mensen met een hernia die met CT-scans was aangetoond. Deze afwijking is verantwoordelijk voor de meeste rugoperaties, maar onze ervaring leert dat ze zelden verantwoordelijk is voor de pijn. Met 109 van deze willekeurig geselecteerde patiënten werd een intakegesprek gehouden. Eén tot drie jaar na de behandeling waren 96 (88 procent) van hen pijnvrij en leidden een normaal leven, 11 mensen ervoeren een

lichte verbetering en bij slechts twee was er geen verandering. De uitkomst was een aanzienlijke verbetering ten opzichte van het onderzoek uit 1982.

Wat was verantwoordelijk voor deze significante verbetering van onze resultaten? Ik was beter geworden in het uitleggen van TMS en daardoor succesvoller in het stimuleren van het vertrouwen in de diagnose. Bovendien ging ik in 1985 door met het voorschrijven van fysiotherapie. Hoewel alle therapeuten zich volledig bewust waren van de aard van het proces en zich trouw hielden aan het concept dat de pijn werd veroorzaakt door psychologische in plaats van fysieke factoren, werd het duidelijk dat sommige patiënten zich zouden richten op de fysieke behandelingen, lippendienst zouden bewijzen aan de ideeën die ik onderwees en een placebogenezing zouden ervaren, als daar al sprake van was. Een placebogenezing is een genezing op basis van blind vertrouwen, die meestal niet blijvend is. En door van de patiënten te verlangen dat ze twee of drie keer per week een lichamelijke behandeling ondergingen, richtten we hun aandacht op hun lichaam. Terwijl het succes van de behandeling juist afhing van het verschuiven van de aandacht van het lichamelijke naar het emotionele. Het mogelijke voordeel van de fysieke therapie woog niet op tegen de potentiële negatieve effecten. Ik geloof dat dit een belangrijke rol speelde in de verbeterde statistieken.

Hoewel er nog geen derde vervolgonderzoek is gedaan, geloof ik dat onze resultaten nu nog beter zijn dan in 1987. Ik schrijf dit toe aan het selectieproces en aan mijn diepere inzicht in de psychologische aspecten van TMS.

Terwijl ik samen met een collega, de psychoanalyticus Stanley Coen, aan een medisch artikel werkte, opperde hij dat de lichamelijke symptomen waarschijnlijk geen lichamelijke uiting van angst waren, wat jarenlang mijn werkhypothese was geweest, maar het resultaat waren van een afweermechanisme. Dat is een psychoanalytische term die ik enigszins misleidend vind. Het doel van een afweermechanisme (in dit geval de lichamelijke symptomen) is om de aandacht af te leiden naar het lichaam,

zodat mensen zich niet bewust hoeven te worden van bepaalde onbewuste (verdrongen) gevoelens of er geen confrontatie mee hoeven aan te gaan. Dit nieuwe inzicht in de rol van verdringing was een belangrijke mijlpaal in het proces waaraan ik ongeveer vijftien jaar eerder was begonnen. Niet alleen paste dit idee perfect bij de diagnose, maar ik had ook een verklaring voor de vraag waarom mensen beter werden als ze ontdekten en accepteerden wat er met hen aan de hand was. Nu was het duidelijk waarom iemand in Peoria (Illinois) door een van mijn boeken over TMS te lezen volledig herstelde, zonder ooit met mij te hebben gesproken of door mij te zijn onderzocht. Het mysterie was opgelost. Als de patiënt eenmaal wist en accepteerde wat er gaande was, dan werd de strategie van de hersenen ondermijnd. Hoewel we altijd al hadden geweten dat TMS een door de hersenen veroorzaakt proces was, wisten we niet waarom de hersenen dit proces in gang zetten. Nu was het duidelijk dat de symptomen bedoeld waren om de aandacht van de persoon af te leiden van verborgen emoties. En dat de pijn zou verdwijnen door de undercoveroperatie bloot te leggen en daarmee te beëindigen, zoals ook gebeurde.

Deze ideeën over de connectie tussen geest en lichaam zijn het resultaat van vierentwintig jaar klinische ervaring en vormen het uitgangspunt van dit boek. Hoewel ze voortkwamen uit de diagnose en behandeling van pijn, ben ik ervan overtuigd ik dat ze voor talloze medische aandoeningen relevant zijn. Sterker nog, ik geloof dat iedereen fysieke mind-body symptomen heeft. Bijna niemand gaat door het leven zonder een of meer van deze symptomen, want ze weerspiegelen de evolutionaire hedendaagse structuur van de menselijke psyche. Het belangrijkste is dat de symptomen aantonen dat geest en lichaam niet van elkaar gescheiden zijn, dat ze onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Je kunt de pathologie van menselijke ziekten niet bestuderen zonder rekening te houden met de rol van de psyche. Uit mijn ervaring met de meest voorkomende pijnsyndromen blijkt wel hoe dwaas het is om de emotionele component van menselijke ziekten buiten beschouwing te la-

ten. In sommige gevallen spelen de emoties een bijrol, in andere zijn ze de hoofdrolspelers. Het negeren van deze dimensie van ziektepathologie is net zo nalatig als het negeren van de rol die micro-organismen spelen bij ziekten van de mens.

Welke emoties kunnen zo heftig zijn dat ze de hersenen ertoe aanzetten iemand te onderwerpen aan ernstige lichamelijke pijn en beangstigende neurologische symptomen? Het antwoord op deze vraag is niet alleen fundamenteel voor het begrijpen van deze pijnsyndromen, maar voor het volledige scala aan psychosomatische aandoeningen.

In het onbewuste woeden voortdurend conflicten die voortkomen uit de verschillende elementen die het mozaïek van de menselijke psyche vormen. Deze conflicten leiden tot emoties die niet getolereerd kunnen worden en daarom verdrongen moeten worden. Omdat het erop lijkt dat deze ongewenste gevoelens hun best doen om erkend te worden, moet de geest iets doen om te voorkomen dat we ons er bewust van worden. Vandaar het mind-body symptoom. In dit boek worden de aard en de betekenis van deze ongewenste gevoelens onderzocht en wordt uitgelegd waarom de geest ervoor kiest om heftige emoties te maskeren met lichamelijke pijn.