

INLEIDING

Dit boek is het vervolg op Mind Over Back Pain, dat in 1984 in Amerika is verschenen. Daarin heb ik het Tension Myositis syndroom TMS beschreven, een aandoening die volgens mij de belangrijkste oorzaak is van pijn in nek, schouders, rug, billen en ledematen. Na die eerste publikatie heb ik mijn ideeën over de diagnose en behandeling van TMS verder uitgewerkt en verduidelijkt, wat in dit boek heeft geresulteerd. De laatste jaren komt dit soort pijn steeds vaker voor; het is inmiddels een behoorlijk probleem voor de volksgezondheid geworden. De cijfers wijzen uit dat ongeveer 80 procent van alle mensen wel eens last van een van deze pijnsoorten heeft gehad. Volgens een artikel in het tijdschrift Forbes van augustus 1986 wordt er jaarlijks 56 miljard dollar uitgegeven om de gevolgen van deze alomtegenwoordige aandoening in te dammen. Het is de voornaamste oorzaak van ziekteverzuim in Amerika en, na infecties aan de luchtwegen, de belangrijkste reden om naar een dokter te gaan. Dit is een ontwikkeling van de laatste dertig jaar. Waarom? Is de menselijke rug na een paar miljoen jaren evolutie opeens onbekwaam geworden? Waarom krijgen zoveel mensen last van hun rug? En waarom staan de artsen bij deze epidemie zo volkomen machteloos? Het is de bedoeling van dit boek een antwoord te geven op deze en vele andere vragen over dit veel voorkomende probleem. Het boek gaat uit van de stelling dat deze epidemie, net als alle andere, is ontstaan omdat de geneeskunde de aard van de ziekte niet heeft onderkend, dus geen juiste diagnose heeft gesteld. Deze pest heeft zich als een lopend vuurtje door de wereld verspreid omdat niemand in die tijd iets van bacteriologie of epidemiologie afwist. Het is misschien moeilijk te geloven dat de vooruitstrevende twintigste-eeuwse geneeskunde de oorzaak van zoiets eenvoudigs en gewoons als deze pijnlijke aandoeningen niet kan vaststellen, maar artsen en onderzoekers zijn ten slotte ook maar mensen en dus niet alwetend en bovendien zijn ze ten prooi aan de zwakheid van het vooroordeel. Het hardnekkige vooroordeel dat hierbij een rol speelt is dat deze vaak voorkomende pijnen het gevolg zijn van structurele afwijkingen van de wervelkolom of door spieraandoeningen van hetzij chemische, hetzij mechanische aard. Bij de conventionele geneeskunde bestaat daarnaast het vooroordeel dat gevoelens geen fysiologische veranderingen kunnen bewerkstelligen. De ervaring met TMS is strijdig met beide vooroordelen. De aandoening is een goedaardige (hoewel pijnlijke) fysiologische afwijking van de zachte weefsels (niet de wervelkolom), en wordt veroorzaakt door een emotioneel proces. Ik begon de omvang van dit probleem te beseffen toen ik in 1965 hoofd werd van de polikliniek van het Medisch Centrum van het Howard A. Rusk Instituut voor Revalidatie-geneeskunde aan de Universiteit van New York. Hier kreeg ik voor het eerst grote aantallen patienten te zien met pijn in nek, schouders, rug en billen. Mijn conventionele medische opleiding had me geleerd dat deze pijn

voornamelijk te wijten was aan verschillende structurele afwijkingen van de wervelkolom, meestal artrose (vorm van reuma) of hernia, of aan vage spieraandoeningen, ontstaan door een slechte houding, te weinig beweging, te veel beweging enzovoort. Pijn in benen of armen werd beschouwd als het gevolg van beknelling van de zenuwen. Hoe deze afwijkingen de pijn te weegbrachten was echter allerminst duidelijk. De redenering achter de behandeling was al even verwarrend. De behandeling bestond uit injecties, intense warmte in de vorm van ultrasone golven, massage en oefeningen. Niemand wist precies wat deze technieken voor nut hadden, maar soms leken ze te werken. Men zei dat de buik- en rugspieren door oefening sterker werden zodat ze de wervelkolom steun gaven waardoor pijn kon worden voorkomen. Het was frustrerend en deprimerend deze patienten te behandelen; je kon het resultaat nooit voorspellen. Bovendien was het heel vervelend dat het pijnpatroon en de bevindingen van de arts vaak niet overeenkwamen met de veronderstelde oorzaak van de pijn. De pijn kon bijvoorbeeld toegeschreven worden aan degeneratieve artritis in het lage deel van de wervelkolom, maar de patient had pijn op een plaats die niets te maken had met de lage rug. Of iemand had een tussenwervelschijf die naar links was uitgestulpt, maar pijn in het rechterbeen. Ik twijfelde aan de juistheid van de conventionele diagnose en begon te beseffen dat spierweefsel de voornaamste rol speelde, vooral de spieren van nek, schouders, rug en billen. Maar nog belangrijker was het feit dat 88 procent van mijn patienten andere klachten had gehad zoals spanningshoofdpijn of migraine, maagzuur, hiatus-hernia, maagzweer, colitis (darmontsteking), een overgevoelige dikke darm, hooikoorts, astma, eczeem en verschillende andere aandoeningen die met spanning samenhangen. Het leek een logische conclusie dat hun pijnlijke spieraandoening ook een gevolg van spanning was. Vandaar de term Tension Myositis Syndroom (Myo = spier; het gaat hier om een pijnlijke verandering in de spier). Toen die theorie werd uitgetest en patienten een daarbij passende behandeling kregen, werd het resultaat duidelijk beter. Het werd toen zelfs mogelijk tot op zekere hoogte te voorspellen welke patienten beter zouden worden en welke waarschijnlijk niet. Dat was het begin van het diagnostische en therapeutische programma dat in dit boek beschreven wordt. Let wel, dit boek beschrijft geen 'nieuwe benadering' van de behandeling van rugpijn. TMS is een nieuwe diagnose en moet daarom op een overeenkomstige manier behandeld worden. Toen de geneeskunde ontdekte dat bacteriën de oorzaak van veel infecties waren, probeerde zij een manier te vinden om de ziektekiemen te bestrijden - vandaar antibiotica. Als emotionele factoren verantwoordelijk zijn voor iemands rugpijn moet je op zoek gaan naar een geschikte therapeutische techniek. Een lichamelijke behandeling is dan volstrekt onlogisch. De ervaring heeft geleerd dat er maar één succesvolle en afdoende manier is om het probleem aan te pakken: bij de patienten kennis en begrip aankweken voor hun ziekte. Voor de leek onder de lezers lijkt dat misschien onbegrijpelijk, maar verderop in het boek

zal duidelijk worden hoe dit werkt. Is dit nu holistische geneeskunde? Jammer genoeg is de holistische geneeskunde een allegaartje geworden van wetenschap, pseudo-wetenschap en folklore. Alles wat zich niet conformeert aan de heersende stroming in de geneeskunde wordt holistisch genoemd. De belangrijkste opvatting is dat men de 'hele mens' moet behandelen, een uitzonderlijk intelligente theorie die over het algemeen door de hedendaagse geneeskunde wordt genegeerd. Maar dat betekent niet dat je alles wat zich buiten de medische conventies heeft geplaatst maar holistisch moet noemen. Misschien kan holistisch worden gedefinieerd als die stroming in de geneeskunde die zich richt op zowel de emotionele als de structurele aspecten van gezondheid en ziekte. Wanneer je deze definitie aanvaardt betekent dit niet dat je de wetenschappelijke methode afwijst. Integendeel, wanneer je de zeer ingewikkelde emotionele dimensie aan de medische balans toevoegt worden onderzoek en statistiek des te belangrijker. Daarom is dit geen holistische geneeskunde in de populaire zin. Ik hoop dat het een voorbeeld van verantwoorde geneeskunde is - een combinatie van een juiste diagnose en een effectieve behandeling, en goed onderzoek - conclusies gebaseerd op waarnemingen, geverifieerd door de ervaring. Hoewel spanning de oorzaak van TMS is, wordt de diagnose gesteld naar aanleiding van fysieke, niet psychologische factoren, in de traditie van de klinische geneeskunde. Alle artsen zouden zich moeten bezighouden met 'holistische geneeskunde', in die zin dat ze de wisselwerking tussen geest en lichaam erkennen. Alleen een slechte arts en een slechte wetenschapper laten de emotionele dimensie buiten beschouwing als het om ziekte en gezondheid gaat. Het volgende moet met nadruk gezegd worden: hoewel TMS het gevolg is van een emotioneel verschijnsel, is het een lichamelijke aandoening. De diagnose moet door een arts gesteld worden, door iemand die zowel de fysieke als de psychische aspecten van de ziekte naar waarde weet te schatten. Psychologen vermoeden misschien wel dat de symptomen van een patient door emoties zijn veroorzaakt, maar omdat ze niet hebben geleerd een lichamelijke diagnose te stellen, kunnen ze niet met zekerheid zeggen of het om een geval van TMS gaat. Omdat maar weinig artsen in hun opleiding hebben geleerd een ziekte te herkennen waarvan de oorzaak psychisch is, valt TMS tussen de wal en het schip. Het is vooral zo belangrijk dat de diagnose door een arts wordt gesteld, omdat dan de negatieve conclusie dat de pijn 'tussen de oren' zit, vermeden wordt. Wat vinden artsen van deze diagnose? Waarschijnlijk zijn de meesten zich niet bewust dat ze bestaat. De artikelen en hoofdstukken voor studieboeken die ik erover heb geschreven hebben maar een beperkt medisch publiek bereikt, vooral bestaande uit artsen die zich bezighouden met fysiotherapie en revalidatie. De laatste jaren is het onmogelijk geworden artikelen over TMS door medische tijdschriften geaccepteerd te krijgen, ongetwijfeld omdat deze concepten tegen de dogma's van de hedendaagse medische wetenschap indruisen. De artsen die dit boek onder ogen krijgen wil ik zeggen dat

het vollediger is dan de artikelen die ik heb gepubliceerd en dat ze er iets van kunnen leren ondanks het feit dat het voor een algemeen publiek geschreven is. Afgaand op de reactie van de artsen in mijn onmiddellijke omgeving, zullen de meeste medici de diagnose negeren of afwijzen. Enkele collega's beweren dat ze de diagnose gegrond vinden, maar vinden het desondanks moeilijk deze patienten te behandelen. Het is te hopen dat de nieuwe generatie artsen beter met dit soort aandoeningen weet om te gaan. Met dit boek wil ik onder andere deze jonge artsen bereiken. En hoe zit het met de lezers die pijn hebben in nek, schouders, rug of billen, en denken dat ze misschien TMS hebben? Een boek kan niet de plaats van een arts innemen en het is niet mijn bedoeling met dit boek een diagnose en een behandeling te geven. Ik vind het ethisch en moreel niet verantwoord via een boek of videocassette voor dokter te spelen. Pijnsyndromen moeten altijd goed bestudeerd worden om ernstige ziekten als kanker, tumoren, botziekten en vele andere aandoeningen uit te sluiten. Iemand die herhaaldelijk op een bepaalde plek pijn heeft, moet naar een arts gaan om goed onderzocht te worden. Het voornaamste doel van dit boek is zowel binnen als buiten de medische beroepsgroep interesse te wekken voor dit syndroom, omdat het een belangrijk probleem voor de volksgezondheid vormt dat pas opgelost kan worden als er verandering komt in de manier waarop medici de oorzaak beoordelen. Nu de bedoeling van dit boek duidelijk is, zou het niet eerlijk zijn als ik niet vermeldde dat veel lezers van mijn eerdere boek, Mind Over Back Pain zeggen dat hun klachten minder zijn geworden of zelfs helemaal zijn verdwenen. Dit ondersteunt de theorie dat diagnose en kennis van de ziekte belangrijke therapeutische factoren zijn. De wetenschap vereist dat alle nieuwe theorieën moeten worden bevestigd door ervaring en herhaald experimenteren. Nieuwe ideeën worden pas algemeen geaccepteerd als ze onomstotelijk bewezen zijn. Het is essentieel dat de theorieën die in dit boek naar voren worden gebracht worden onderworpen aan research. Volgens de traditie van de medische wetenschap nodig ik mijn collega's uit mijn werk te verifiëren of te corrigeren. Negeren mogen ze het niet, want rugpijn is een enorm probleem dat schreeuwt om een oplossing.

1 DE VORMEN VAN TMS

Ik heb nog nooit een patient meegemaakt die pijn in de nek, schouders, rug of billen had en niet geloofde dat de pijn door letsel werd veroorzaakt, een 'blessure' die het gevolg was van een lichamelijke activiteit. 'Ik heb me bezeerd bij het trimmen (bij het basketballen, tennissen, bowlen)'; 'de pijn begon toen ik mijn dochtertje optilde' of 'toen ik het raam open probeerde te krijgen, dat vast zat'. 'Tien jaar geleden ben ik van achteren aangereden en sinds die tijd heb ik vaak rugpijn.' Het idee dat pijn het gevolg is van een blessure of letsel, heeft zich diep in het bewustzijn genesteld. Natuurlijk, als de pijn begint wanneer je met een lichamelijke activiteit bezig bent, is het moeilijk de pijn los te zien van die activiteit. (Zoals we later zullen zien is dat vaak bedrieglijk.) Maar het algemeen aanvaarde idee dat de rug kwetsbaar is, gevoelig voor letsel, is niet minder dan een medische catastrofe, omdat er nu op de wereld een waar leger rondloopt van halfinvalide mannen en vrouwen die duidelijke beperkingen ondervinden door hun angst het letsel te verergeren of de gevreesde pijn weer te voelen. je hoort vaak: 'Ik ben bang dat ik me weer bezeer, dus ik ben heel voorzichtig.' Deze gedachte is jarenlang, met de beste bedoelingen, gevoed door artsen en andere heelmeesters. Over het algemeen wordt aangenomen dat pijn in nek, schouders, rug en billen te wijten is aan letsel of een aandoening van de wervelkolom en aanverwante structuren, of aan de gebrekkig functionerende spieren en bindweefselbanden om die structuren heen, zonder dat deze diagnose wetenschappelijk bevestigd is. Aan de andere kant heb ik de voldoening gesmaakt dat ik deze aandoeningen al zeventien jaar met succes heb behandeld op basis van een heel andere diagnose. Ik heb geconstateerd dat deze pijnsyndromen meestal het gevolg zijn van een aandoening van spieren, zenuwen, pezen en bindweefselbanden, die door spanning wordt veroorzaakt. En dat is wel bewezen door het grote percentage gevallen dat ik met succes heb behandeld met behulp van een eenvoudig, snel en grondig programma. Artsen richten al hun aandacht op de wervelkolom, in overeenstemming met de medische filosofie en de artsenopleiding. De moderne geneeskunde is vooral mechanisch en structureel gericht. Het lichaam wordt gezien als een uitermate gecompliceerd apparaat en ziekte als een storing in het apparaat ten gevolge van infectie, trauma, erfelijke stoornissen, degeneratie en, natuurlijk, kanker. Tegelijkertijd heeft de medische wetenschap een liefdesverhouding met het laboratorium, want geen conclusie is gegrond, tenzij zij daar kan worden bewezen. Niemand zou de ongelooflijk grote bijdrage van het laboratorium aan de medische vooruitgang willen betwisten (neem bijvoorbeeld de ontdekking van penicilline en insuline). Jammer genoeg zijn bepaalde dingen heel moeilijk in een laboratorium te onderzoeken. Eén daarvan is de geest en zijn orgaan, de hersenen. Gevoelens lenen zich niet voor experimenten in een reageerbuis, ze kunnen niet gemeten worden en daarom heeft de hedendaagse geneeskunde besloten hen te negeren,

gesterkt door de overtuiging dat gevoelens toch weinig of niets met gezondheid of ziekte te maken hebben. Daarom denken de meeste artsen dat emoties geen rol van enige betekenis spelen bij het ontstaan van lichamelijke aandoeningen, hoewel velen wel toegeven dat een ziekte met een lichamelijke oorzaak erdoor verergerd kan worden. Over het algemeen voelen artsen zich ongemakkelijk als ze een probleem tegenkomen dat met emoties in verband staat. Ze hebben de neiging een scherpe scheiding aan te brengen tussen 'geestelijke zaken' en 'lichamelijke zaken' en voelen zich alleen bij de laatste prettig. Een zweer in de twaalfvingerige darm is een goed voorbeeld. Hoewel enkele artsen het betwijfelen, zijn de meeste het erover eens dat deze zweren vooral door 'spanning' worden veroorzaakt. Tegen alle logica in is de behandeling meestal voornamelijk 'medisch' in plaats van 'psychologisch', en worden er medicijnen voorgeschreven om de afscheiding van maagzuur te neutraliseren of te voorkomen, maar de achterliggende oorzaak van de aandoening wordt niet behandeld. Symptoombestrijding is geen verantwoorde geneeswijze, zo werd ons tijdens de artsenopleiding voorgelaten. Maar de meeste artsen denken dat hun bijdrage ligt in de behandeling van het lichaam, dus wordt het psychische aspect van het probleem genegeerd, ook al is het de voornaamste oorzaak ervan. Toegegeven, sommige artsen proberen spanning wel ter sprake te brengen, maar het blijft vaak oppervlakkig, zoals: 'U moet het wat rustiger aan doen; u werkt te hard.' Pijnsyndromen lijken zo 'lichamelijk' dat het voor artsen heel moeilijk is te overwegen dat de oorzaak wel eens psychisch zou kunnen zijn, dus houden zij zich aan de structurele verklaring. Daardoor zijn zij echter de hoofdschuldigen aan het ontstaan van de pijnepidemie in dit land. Als de pijn in nek, schouders, rug en billen niet te wijten is aan structurele afwijkingen, waaraan dan wel? Onderzoek en de klinische ervaring van vele jaren wijzen erop dat deze algemene pijnsyndromen het gevolg zijn van een fysiologische verandering in bepaalde spieren, zenuwen, pezen en bindweefselbanden, met andere woorden, het Tension Myositis Syndroom TMS. Deze onschadelijke, maar doorgaans erg pijnlijke aandoening wordt veroorzaakt door bepaalde, vrij algemene emotionele situaties. Dit boek wil een gedetailleerde beschrijving van TMS geven. In het volgende deel van dit hoofdstuk komt aan de orde wie er TMS krijgen, in welk deel van het lichaam het zich voordoet, de verschillende pijnpatronen en de algemene invloed van TMS op de gezondheid van de patient en zijn dagelijks leven. In de volgende hoofdstukken komt de psychologie van TMS aan bod (van waar-uit het allemaal begint), de fysiologie, en de behandeling. Ook de conventionele diagnose en behandeling krijgen aandacht, waarna het laatste hoofdstuk gaat over de belangrijke wisselwerking tussen geest en lichaam bij gezondheid en ziekte.

Wie krijgen TMS?

Je zou kunnen zeggen dat TMS een aandoening is die de patient met de paplepel wordt ingegoten, want het komt al voor bij kinderen, al is dat niet eerder dan op vijf- of zesjarige leeftijd. TMS is bij kinderen uiteraard anders dan bij volwassenen. Ik ben ervan overtuigd dat de zogenaamde 'groeipijn' bij kinderen in werkelijkheid een vorm van TMS is. De oorzaak van 'groeipijn' is nooit achterhaald, maar artsen zeggen altijd heel geruststellend tegen de moeder dat het onschadelijk is. Toen op een dag een moeder vertelde dat haar dochttertje midden in de nacht ernstige pijn in haar been had gekregen, bedacht ik dat de pijn van het kind heel erg leek op een volwassen aanval van ischias. Ischias is een van de meest voorkomende vormen van TMS zodat 'groeipijn' bij kinderen ook heel goed onder TMS zou kunnen vallen. Geen wonder dat niemand 'groeipijn' nog heeft kunnen verklaren; TMS heeft meestal geen aanwijsbare lichamelijke oorzaak. Er is een tijdelijke samentrekking van de bloedvaten, waardoor de klachten beginnen, en dan wordt alles weer normaal. De emotionele aanzet voor een aanval van TMS bij kinderen is dezelfde als die bij volwassenen - stress. Je zou kunnen zeggen dat het bij kinderen om een para-nachtmerrie gaat. De pijn komt in plaats van de nachtmerrie; de geest geeft opdracht een lichamelijke reactie tot stand te brengen, in plaats van een pijnlijke emotie te ervaren, en bij volwassenen gaat het net zo. Het andere uiterste heb ik ook gezien; ik heb meegemaakt dat mannen en vrouwen van een jaar of tachtig het syndroom hadden. Er is geen leeftijdsgrens, en waarom ook? Zolang je emoties hebt, ben je er gevoelig voor. Wat zegt de statistiek over de leeftijd waarop TMS het meest voorkomt, en kunnen we daar iets van leren? In een vervolgonderzoek uit 1982 werd aan 177 patienten gevraagd hoe het na de behandeling met hen ging. (Zie voor de gegevens van dit onderzoek pag 96.) Uit dit onderzoek bleek dat 77 procent van de patienten tussen 30 en 60 jaar oud was; 9 procent was in de twintig en er waren maar 4 tieners bij (2 procent). Aan de andere kant was maar 7 procent in de zestig en 4 procent ouder dan zeventig. Deze cijfers wijzen erop dat de oorzaak van de meeste rugpijn emotioneel is, omdat die pijn het meest voorkomt tussen 30 en 60 jaar, de jaren van verantwoordelijkheid. Dat is de periode in het leven waarin je het meest onder druk staat om te slagen en de kost te verdienen, te presteren, en het is dan ook logisch dat de meeste gevallen van TMS in die leeftijds-categorie vallen. Bovendien, als degeneratieve veranderingen in de wervelkolom (bijvoorbeeld osteoartrose, degeneratie van de tussenwervelschijf en hernia, facetartrose en spinale stenose) de voornaamste oorzaken van rugpijn waren, zouden deze cijfers helemaal niet kloppen. In dat geval zou je een geleidelijke stijging zien vanaf een jaar of twintig, en zouden de oudste mensen de meeste klachten hebben. Dit is maar indirect bewijs, maar het is wel heel veelzeggend. Het antwoord op de vraag 'wie krijgen TMS' is dus: 'iedereen', maar vooral mensen in de actieve leeftijd, een periode van grote

verantwoordelijkheid. Laten we nu eens kijken naar de verschillende vormen van TMS.

De plaats van de klachten

De spieren

Het voornaamste weefsel waarin TMS zich voordoet is de spier, vandaar de oorspronkelijke naam myositis (myo betekent 'spier'). De enige spieren die gevoelig zijn voor TMS zijn die in de nek, de hele rug en de billen, kortom de houdingspijnen. Ze worden zo genoemd omdat ze de juiste houding van hoofd en romp bepalen en bijdragen aan een effectief gebruik van de armen. Houdingspijnen hebben relatief meer 'langzame' spiervezels dan arm- en beenspijnen, waardoor ze beter geschikt zijn voor de constante inspanning die ze moeten verrichten. Of TMS zich daarom tot deze spiergroep beperkt weten we niet. Het is mogelijk, omdat de spieren waar de aandoening zich het vaakst voordoet, het belangrijkste werk doen. Dat zijn de bilspieren, ook wel gluteusspijnen genoemd. Zij moeten de romp recht op de benen houden en ervoor zorgen dat hij niet kantelt of opzij buigt. Volgens de statistiek komt TMS het meeste voor in de lage rug en de billen. Vlak boven de billen zitten de lumbale of lendespijnen (in het lage deel van de rug), die vaak samen met de bilspieren een rol spelen bij TMS. Sommige mensen hebben alleen klachten in de bilspieren of alleen in de lage rugspieren. Bij ongeveer tweederde van alle TMS-patienten zit de pijn voornamelijk op deze plaatsen. De tweede spiergroep die vaak klachten geeft omvat de nek- en schouderpijnen. De pijn is meestal voelbaar aan de zijkant van de nek en de bovenkant van de schouder, in de bovenste monnikskapspier. TMS kan overal in de rug voorkomen, tussen de schouder en de lage rug, maar veel minder vaak dan in de twee bovengenoemde spiergroepen. Over het algemeen zal een patient klagen over pijn op een van deze plaatsen, bijvoorbeeld in de linkerbil of de rechterschouder, maar de arts zal bij zijn onderzoek een interessante en belangrijke ontdekking doen. Bij bijna alle patienten met TMS blijken de spieren op drie plaatsen drukgevoelig te zijn: beide billen (vooral aan de zijkant), het lage deel van de rug en de beide monnikskapspijnen (schouder). Dit consequente patroon is belangrijk omdat het de hypothese ondersteunt dat het pijnsyndroom in de hersenen ontstaat en dat het niet gaat om een structurele afwijking van de wervelkolom of een spieraandoening.

De zenuwen

Het tweede soort weefsel dat bij dit syndroom een rol speelt is de zenuw, met name het zogenaamde perifere zenuwstelsel. De zenuwen die vooral klachten geven liggen, zoals te verwachten is, vlak bij de spieren waar het

syndroom zich meestal voordoet. De heupzenuw (nervus sciaticus) ligt diep in de bilspier (aan beide zijden). De ruggemergzenuwen in de lage rug liggen onder de lendespijeren. De ruggemergzenuwen van de nek en de plexus brachialis liggen onder de bovenste monnikskapspieren (schouder). Dit zijn de zenuwen die bij TMS de meeste klachten geven. In feite lijkt het erop dat TMS een plaatselijk proces is, niet gericht op specifieke structuren. Als een bepaald gebied aangetast is, krijgen alle weefsels een zuurstoftekort zodat de pijn in zowel de zenuwen als de spieren gevoeld wordt. De klachten variëren en er zijn verschillende soorten pijn mogelijk. Het kan een scherpe, stekende, brandende, plotselinge pijn zijn of een drukkende pijn. Bovendien kunnen er, wanneer de zenuwen een rol spelen, prikkelingen, tintelingen of kan er gevoelloosheid ontstaan, en soms een gevoel van krachteloosheid in benen of armen. In sommige gevallen zijn de spieren meetbaar krachteloos. Dat komt tot uiting bij een elektrogram EMG. EMG-afwijkingen worden vaak gezien als bewijs dat de zenuw door een structurele compressie beschadigd is, maar in feite is een afwijking in het EMG bij TMS heel gewoon. Vaak zijn er veel meer zenuwen bij betrokken dan bij een structurele afwijking het geval zou zijn. TMS in de lage rugzenuw en de heupzenuw is voelbaar in de benen, want daar gaan die zenuwen heen. TMS in de nekzenuw en de plexus brachialis veroorzaakt symptomen in de armen en handen. De traditionele diagnose wijt beenpijn aan een hernia en armpijn aan een 'beknelde zenuw'. Meer daarover later. TMS kan de zenuwen van nek, schouders, rug en billen aantasten, waarvan soms ongebruikelijke pijnpatronen het gevolg zijn. Een van de meest beangstigende vormen van pijn is pijn op de borst. Je denkt bij pijn op de borst onmiddellijk aan het hart en het is heel belangrijk je er inderdaad van te verzekeren dat er met het hart niets aan de hand is. Als dat zeker is, is het goed te bedenken dat de zenuwen in het bovenste deel van de rug door TMS wel eens een licht zuurstoftekort zouden kunnen hebben, en dat dit de oorzaak van de pijn kan zijn. Deze zenuwen lopen zowel naar de voorkant van de romp als naar de rug, vandaar de pijn op de borst. Het is van essentieel belang een arts te raadplegen om een ernstige afwijking uit te sluiten. Dit boek wil geen handleiding zijn voor zelf-diagnose. De opzet is een klinisch syndroom, TMS, te beschrijven. De rol die de zenuwen bij TMS spelen kan aan het licht komen bij de anamnese, een lichamelijk onderzoek, of beide. Ischias kan klachten geven in alle delen van het been, behalve de voorkant van het dijbeen. De pijn kan sterk variëren afhankelijk van de omvang van het zuurstofgebrek in de zenuwstreng. Zoals gezegd kan de patient ook last hebben van andere vreemde verschijnselen en van krachteloosheid. Bij een lichamelijk onderzoek worden de peesreflexen en de spierkracht getest om te bepalen of het zuurstoftekort de zenuw zo heeft geïrriteerd dat de transmissie van motorische impulsen is verstoord. Daarnaast worden de gevoelszenuwen getest (bijvoorbeeld door middel van speldeprikken) om te bepalen of de gevoelsvezels in de zenuw zijn aangetast. Geruststelling van de patienten is het

voornaamste doel van het onderzoek naar gevoel en motoriek. De arts kan hen zo uitleggen dat krachteloosheid, gevoelloosheid of tintelingen volkomen onschuldige symptomen zijn. Bij het onderzoek wordt de patient altijd gevraagd zijn uitgestrekte been op te heffen; dit wordt om verschillende redenen gedaan, afhankelijk van de arts. Als de patient veel bilpijn heeft, zal hij het been nauwelijks omhoog kunnen krijgen en dan nog met veel pijn. De pijn kan veroorzaakt worden door de spier, de heupzenuw, of beide. In de meeste gevallen betekent het niet dat deze patient een hernia heeft die 'de heupzenuw beknelt', zoals ze vaak te horen krijgen. Bij schouder- en armpijn worden gelijksoortige tests gedaan met de armen en handen. Soms hebben patienten aan twee kanten pijn; dat heeft niets te betekenen. Bovendien klaagt men vaak over onregelmatige pijn bijvoorbeeld in de nek of in een van de schouders, naast de pijn in de rechterbil. Dat is niet vreemd, want TMS kan voorkomen bij alle of enkele van de houdingspijnen.

Pezen en bindweefselbanden

Na de publicatie van mijn eerste boek over TMS, begon ik geleidelijk te beseffen dat verschillende vormen van tenalgie (pijn in pezen of bindweefselbanden) waarschijnlijk deel uitmaken van TMS. De term 'myositis' was verouderd, omdat al jaren geleden duidelijk was geworden dat zenuwen bij TMS ook een rol spelen. Nu realiseerde ik me dat nog een ander soort weefsel bij het proces betrokken kon zijn; en in de loop der tijd werd deze conclusie steeds onvermijdelijker. De eerste aanwijzingen in die richting waren de patientengegevens; de patienten waren voor rugpijn behandeld, maar vaak verdween ook de pijn in de pezen, zoals bijvoorbeeld de tenniselleboog. De tenniselleboog is een van de meest voorkomende vormen van tendinitis (peesontsteking). Over het algemeen wordt aangenomen dat de pijnlijke pezen door overmatige activiteit ontstoken zijn geraakt. De behandeling bestaat meestal uit ontstekingsremmende middelen en rust. Eenmaal bedacht op de mogelijkheid dat deze pijnlijke pezen bij TMS zouden kunnen horen, zei ik tegen mijn patienten dat hun tendinitis ook wel eens zou kunnen verdwijnen als ze er op dezelfde manier over gingen denken als over de rugpijn. De resultaten waren bemoedigend en in de loop van de tijd nam mijn vertrouwen in de diagnose toe. Ik kan nu zeggen dat tenalgie vaak het directe gevolg is van TMS en in sommige gevallen het enige symptoom ervan. Het is duidelijk dat de elleboog niet de plaats is waar tenalgie meestal voorkomt. In mijn ervaring is dat de knie. Pijn in de knie wordt vaak gezien als gevolg van kraakbeenverweking, een losse knieschijf of trauma. Bij medisch onderzoek blijkt echter dat een of meer van de pezen en bindweefselbanden om het kniegewricht drukgevoelig zijn en de pijn verdwijnt vaak samen met de rugpijn. Een tweede belangrijke plaats is de voet met enkel, de bovenkant of de onderkant van de voet, of de achillespees. Pijn in de voet wordt toegeschreven aan een neurinoom, botwoekering, plantaire fasciitis,

platvoeten en trauma ten gevolge van overmatige activiteit. De schouder is ook zo'n plaats; de gebruikelijke structurele diagnose is slijmbeursontsteking of een aandoening aan het draaispieraarsel. Weer kan gemakkelijk vastgesteld worden dat de schouderpees drukgevoelig is. Vaak spelen ook de polspezen een rol. Mogelijk maakt het carpale tunnelsyndroom ook deel uit van TMS, maar hier is geen gericht onderzoek naar gedaan. Kort geleden kwam er een patiënte bij me die na een ongelukje pijn had op een andere plaats dan voorheen. Ze zei dat ze nu last had van haar heup en dat uit de röntgenfoto's was gebleken dat ze artritis had in de heupgewrichten, vooral aan de kant waar ze pijn had, en ze had te horen gekregen dat dit de oorzaak van de pijn was. Ze was altijd heel gevoelig geweest voor TMS, dus stelde ik voor dat ze zich door mij zou laten onderzoeken. De röntgenfoto's gaven een lichte vorm van artritis in het gewricht te zien, maar niet meer dan je voor iemand van haar leeftijd zou verwachten. Ze kon het gewricht prima bewegen en had geen pijn als ze met haar volle gewicht op haar been rustte of het bewoog. Toen ik haar vroeg precies aan te wijzen waar de pijn zat, wees ze naar de plek waar een spierpees zich aan het bot hecht, een stukje boven het heupgewricht; aanraking was gevoelig. Ik zei dat ze volgens mij tenalgie had en de pijn verdween binnen een paar dagen. Heuptenalgie wordt over het algemeen toegeschreven aan een slijmbeursontsteking. Dat was hier niet het geval, omdat de pijn gevoeld werd boven de trochanter, het botuitsteeksel bovenaan de zijkant van de heup. TMS kan zich op verschillende plaatsen manifesteren en blijkt van de ene naar de andere plaats te verschuiven, vooral als er iets tegen wordt gedaan. Patiënten krijgen vaak pijn op een andere plaats als de oude pijn verdwijnt. Het is net of de hersenen zich vastklampen aan hun handige manier om de aandacht van de gevoelens af te leiden. Het is daarom vooral belangrijk dat de patiënte weet waar de pijn zoal kan verschijnen. Mijn patiënten weten dat ze me moeten bellen als ze op een andere plaats pijn krijgen, zodat we kunnen bepalen of ook deze pijn een vorm van TMS is. Kortom, bij TMS spelen drie weefsels een rol: spieren, zenuwen en pezen en bindweefselbanden. Laten we nu kijken op welke manier TMS zich manifesteert.

Oorzaak en ontstaan volgens de patiënte

De meeste mensen denken bij hun eerste bezoek dat ze last hebben van een chronische kwaal die het gevolg is van letsel, degeneratie, een aangeboren afwijking, of zwakke of stijve spieren. Meestal denkt men dat de klachten dit letsel voortkomen. Dat klopt vaak met de omstandigheden waarin de pijn is begonnen. Een paar jaar geleden hebben we een onderzoek uitgevoerd waaruit bleek dat de pijn volgens 40 procent van de patiënten met een lichamelijke incident begon. Bij sommigen was dit een auto-ongelukje, meestal een aanrijding van achteren. Velen waren gevallen, bijvoorbeeld op het ijs of van de trap. Daarnaast ging het vaak om het tillen van zware voorwerpen

of overbelasting; en verder kregen sporten als hardlopen, tennis, golf of basketbal natuurlijk vaak de schuld. De pijn begon minuten tot uren of dagen na het incident, wat bepaalde belangrijke vragen oproept ten aanzien van de aard van de pijn. Sommige incidenten waren heel banaal, bijvoorbeeld bukken om een tandenborstel op te rapen of draaien om iets uit een kast te pakken, maar de daaropvolgende pijn was soms even ondraaglijk als bij iemand die een koelkast probeert op te tillen. Ik herinner me een jonge man die aan zijn bureau zat te schrijven en plotseling zo hevig werd getroffen door een pijnscheut onder in zijn rug dat hij met een ziekenauto naar huis moest. De daaropvolgende dagen waren een grote pijniging; hij kon zich niet bewegen zonder een nieuwe golf van pijn te veroorzaken. Hoe kan het dat zulke uiteenlopende gebeurtenissen zulke ondraaglijke pijn tot gevolg hebben? Gezien de verschillen in ernst van de lichamelijke incidenten en in het moment waarop de pijn na het incident optreedt, moet de conclusie wel zijn dat de gebeurtenis op zich niet de oorzaak van de pijn was, maar de aanleiding. Veel patiënten hebben kennelijk geen aanleiding nodig; bij hen komt de pijn geleidelijk of ze worden er 's ochtends mee wakker. In het bovengenoemde onderzoek was dat bij 60 procent het geval. De gedachte dat lichamelijke incidenten slechts de aanleiding zijn voor pijn, wordt bevestigd door het feit dat er wat betreft ernst of duur van de aanval geen onderscheid te maken valt tussen pijn die geleidelijk begint en pijn die er plotseling is. Dit is volkomen logisch als je kijkt naar de aard van de aandoening. Ondanks het feit dat patiënten denken dat ze letsel hebben opgelopen, is dat niet zo. Het lichamelijke incident heeft de hersenen de gelegenheid gegeven met een aanval van TMS te beginnen. Er is nog een reden om te twifelen aan de rol die letsel bij deze vormen van rugpijn speelt. Een van de sterkste krachten die zich in de loop van miljoenen jaren op deze planeet heeft ontwikkeld is het zelfhelend vermogen van het lichaam. Ons lichaam geneest vaak heel snel als het gewond is geraakt. Zelfs het dikste bot van het lichaam, dat van het dijbeen, kan, als het gebroken is, binnen zes weken weer aan elkaar groeien. En de pijn duurt maar heel kort. Het is onlogisch dat een letsel dat twee maanden geleden ontstond nog steeds pijn veroorzaakt, laat staan na twee of tien jaar. En toch zijn de mensen zo doordrongen van dat idee van blijvend letsel, dat ze het kritiekloos accepteren. Die patiënten bij wie de pijn geleidelijk is opgekomen wijten dat altijd aan een gebeurtenis van jaren geleden, bijvoorbeeld een auto- of ski-ongeluk. Voor hun gevoel is rugpijn 'lichamelijk', dat wil zeggen structureel, dus moet het wel een gevolg zijn van letsel. Zij denken dat er een lichamelijke oorzaak moet zijn. Deze gedachte vormt een van de grote obstakels op de weg naar genezing. Daar moet eerst aan gewerkt worden, anders zal de pijn blijven. Patiënten moeten geleidelijk beginnen psychologisch te denken; als de diagnose TMS eenmaal is gesteld, beginnen ze zich vaak te herinneren wat er zich allemaal op het psychische vlak afspeelde toen ze die pijn aanvallen kregen; een nieuwe baan, een huwelijk, ziekte in de familie,

een financiële crisis, enzovoort. Sommige patienten erkennen dat ze altijd nogal zorgelijk zijn, te plichtsgetrouw, te degelijk, dwangmatig en perfectionistisch. Dat is het begin van het ware inzicht, zo kunnen ze de dingen tot de juiste proporties terugbrengen. In dit geval kunnen ze op deze manier leren inzien dat er lichamelijke aandoeningen zijn die in de menselijke biologie een psychische rol spelen. Wie dat niet beseft veroordeelt zichzelf tot een leven met pijn en invaliditeit.

Het begin

De acute aanval

De acute aanval is misschien wel het algemeenste, maar ongetwijfeld het bangstigendste symptoom van TMS. Zo'n aanval komt meestal totaal onverwacht en de pijn is vaak ondraaglijk, zoals in het bovengenoemde geval van de jongeman. De lage rug is meestal het slachtoffer van deze aanvallen, waarbij de lende- en/of bilspieren een rol spelen. Iedere beweging brengt een nieuwe golf van pijn met zich mee, dus dat is, zacht uitgedrukt, behoorlijk bedreigend. Het is duidelijk dat er sprake is van spierspasme. Een spasme is een extreme contractie (samentrekking, spanning) van de spier, een abnormale toestand die vreselijk pijnlijk kan zijn. De meeste mensen hebben wel eens kramp in een been of voet gehad (kuitkramp), en dit is eigenlijk net zoiets, behalve dan dat deze kramp verdwijnt zodra de spier gestrekt wordt. Bij een aanval van TMS is daar geen sprake van. Als de pijn begint te zakken, kan iedere beweging te veel zijn, zodat de klachten opnieuw beginnen. Zoals ook wordt beschreven in het hoofdstuk over fysiologie (zie pag. 71), ben ik van mening dat dit spasme, net als andere vormen van pijn die kenmerkend zijn voor TMS, te wijten is aan zuurstoftekort. Waarschijnlijk wordt de gewone beenkramp ook veroorzaakt door zuurstoftekort. Daarom gebeurt het gewoonlijk in bed, wanneer de bloedsomloop is vertraagd en de beenspieren misschien tijdelijk minder zuurstof toegevoerd krijgen. Bij deze spiercontracties kan de bloedsomloop weer snel op het normale niveau komen. Maar bij TMS wordt de verminderde bloedsomloop in stand gehouden door het autonome zenuwstelsel, zodat het spierspasme blijft. Veel patienten vertellen dat ze het een of andere geluid horen als de pijn begint, een krakend, of knappend geluid. Ze zeggen vaak dat ze 'door hun rug' gingen. Ze weten zeker dat er iets gebroken is. In feite breekt er niets, maar de patient is bereid te zweren dat er sprake is van structurele schade. Het geluid is een raadsel. Het kan zijn dat het net zoiets is als het geluid dat te horen is bij manipulatie van de wervelkolom, het geluid van 'knakkende knokkels', maar dan in de rug. Eén ding is duidelijk - het is onschadelijk. De meeste acute aanvallen treffen de lage rug, maar ze kunnen ook voorkomen in de nek, de schouders, en het bovenste deel van de rug. Ongeacht de plaats waar de aanval toeslaat, is het de ergste pijn die ik in

mijn klinische ervaring ben tegengekomen, hoewel, ironisch genoeg, volkomen onschadelijk. In veel gevallen wordt de romp door een van die aanvallen verwrongen. Hij wordt naar voren of opzij gebogen, of allebei. Waarom en hoe dit gebeurt is niet precies bekend. Het is natuurlijk heel vervelend, maar vrij onbelangrijk. De duur van deze aanvallen is wisselend en de patienten houden er een gevoel van schrik en angst aan over. Meestal denken ze dat er iets vreselijks is gebeurd en dat ze voortaan heel voorzichtig moeten zijn en hun rug moeten ontzien, zodat ze niet meer zo'n aanval krijgen. Als de lage rugpijn samengaat met beenpijn, ischias, zijn ze nog bezorgder en angstiger, want dan doemt het spook van de hernia op en een mogelijke operatie. De media hebben ervoor gezorgd dat maar weinig mensen nog nooit van een hernia hebben gehoord, en die mogelijkheid maakt hen heel angstig, waardoor de pijn nog erger wordt. Als medisch onderzoek een hernia aan het licht brengt, wordt die angst alleen maar erger. En als er sprake is van gevoelloosheid of tintelingen in been of voet en/of krachteloosheid, wat bij TMS het resultaat kan zijn van die bijkomende angst, zijn de voorwaarden voor een zeer langdurige pijn aanval aanwezig. Zoals later duidelijk zal worden, is een hernia zelden de oorzaak van de pijn (zie pag. 109). je kunt maar weinig doen om het herstel te bespoedigen. Als de patient zo fortuinlijk is te weten wat er aan de hand is, dat dit alleen een spierspasme is en dat er structureel niets aan de hand is, zal het bij een korte aanval blijven. Maar dat is zelden het geval. Ik adviseer mijn patienten rustig in bed te blijven, misschien een sterke pijnstiller te nemen en zich geen zorgen te maken. Bovendien moeten ze steeds proberen of ze zich al kunnen bewegen, en niet klakkeloos aannemen dat ze dagen of weken lang in bed moeten blijven. De patient die erin slaagt zijn angst te overwinnen zal veel minder lang last hebben. Verderop zal ik beschrijven wat er na zo'n aanval gebeurt, dat wil zeggen het natuurlijke verloop van TMS.

Het langzame begin

In meer dan de helft van de gevallen van TMS begint de pijn geleidelijk - er is geen dramatische aanval. In sommige gevallen is er geen lichamenlijk ongeval met de pijn in verband te brengen. Soms begint de pijn na een incident, maar dan uren, dagen of zelfs weken erna. Dit patroon komt veel voor bij de zogenaamde whiplash. Een auto wordt van achteren aangereiden en het hoofd van de inzittende klappt naar achteren. Onderzoek en röntgenfoto's brengen geen breuk of ontwrichting aan het licht, maar een tijdje later begint de pijn, meestal in nek en schouders, soms in het middelste of lage deel van de rug. Pijn in arm of hand is ook mogelijk en geeft, net als ischias, aanleiding tot veel zorg. Soms begint de pijn in nek en schouders, en straalt uit naar de hele rug. Als je weet dat het TMS is, kan de pijn van korte duur zijn. Als er een structurele diagnose wordt gesteld duren de klachten vaak maanden, ondanks de behandeling.

Het moment waarop de pijn begint

Acute aanval of langzaam begin, waarom begint de pijn juist op dat moment? Bedenk wel dat het incident op zich, hoe dramatisch ook, alleen de aanleiding is. Het antwoord ligt natuurlijk in de psychische toestand van de patient. Soms is de reden heel duidelijk - een crisis in iemands financiële positie of gezondheid, of soms juist een prettige gebeurtenis zoals een huwelijk of de geboorte van een kind. Ik heb een aantal zeer prestatiegerichte mensen bij me gehad die klachten kregen tijdens een sportwedstrijd, bijvoorbeeld bij het tennissen. Natuurlijk dachten ze dat ze zich 'bezeerd' hadden. Toen ze beseften dat ze TMS hadden, gaven ze toe dat ze heel gespannen waren geweest voor die wedstrijd. Niet de gebeurtenis zelf, maar de mate van angst of woede die erdoor wordt veroorzaakt, bepaalt of er een lichamelijke reactie zal zijn. Belangrijk is de emotie die ontstaat en verdrongen wordt, want we hebben van nature de neiging onprettige, pijnlijke, of beschamende gevoelens te verdringen. Deze onderdrukte gevoelens geven de aanzet tot TMS en andere, gelijksoortige aandoeningen. Angst en woede zijn twee van die ongewenste emoties waarvan we ons liever niet bewust zijn, dus houdt de geest ze indien mogelijk in de onderaardse kerker van het onderbewuste gevangen. Dit alles komt uitgebreid aan de orde in het hoofdstuk over psychologie. Dan is er ook nog de patient die zegt: 'Er was echt niets aan de hand in mijn leven, toen de pijn begon.' Maar als we dan gaan praten over de beproevingen van het dagelijks leven wordt meestal al gauw duidelijk dat deze patient voortdurend gespannen is. Ik ben van mening dat in dergelijke gevallen de spanning wordt opgebouwd totdat de maat vol is en de klachten beginnen. Als deze patienten dat eenmaal weten, kunnen ze zonder al te veel moeite erkennen dat zij perfectionistische, zeer plichtsgetrouwe mensen zijn die als reactie op de spanning van het dagelijks leven heel wat onbewuste woede en angst met zich meedragen.

De uitgestelde reactie

Er is nog een interessant patroon dat vrij vaak voorkomt. In deze gevallen maken de patienten een zeer stressrijke tijd door, vaak weken of maanden lang, een ziekte in de familie, financiële problemen enzovoort. Ze voelen zich lichamelijk goed zolang de crisissituatie voortduurt, maar een of twee weken erna krijgen ze een aanval van rugpijn, hetzij acuut, hetzij geleidelijk. Het is of ze zich groot houden en doen wat ze kunnen om de problemen het hoofd te bieden, maar als de moeilijke periode eenmaal voorbij is dreigen ze te bezwijken onder de opeenhoping van spanningen en begint de pijn. Het kan ook zijn dat patienten tijdens de crisis geen tijd hebben om ziek te worden; ze stoppen al hun emotionele energie in het omgaan met de problemen.

Ten slotte is het ook mogelijk dat de crisis of de stressrijke periode zoveel emotionele pijn en afleiding geeft dat lichamelijke pijn niet nodig is. Het pijnsyndroom lijkt de aandacht van de patient af te leiden van ongewenste onderdrukte emoties zoals angst en woede. Als je een crisis doormaakt is er meer dan genoeg narigheid en is afleiding niet nodig. Welke psychologische verklaring er ook voor is, dit patroon is heel algemeen en het is belangrijk dat de erkennen, zodat de rugpijn niet wordt toegeschreven aan de een of andere 'lichamelijke'aandoening.

Het weekend/vrije-tijdssyndroom

Het hangt vooral van onze persoonlijkheid af wanneer we gespannen zijn. Maar al te vaak zeggen mensen dat ze bijna altijd een pijnaanval krijgen als ze op vakantie gaan, of dat de klachten die ze hebben tijdens het weekend erger worden. Bij sommigen is de reden overduidelijk. Ze maken zich grote zorgen over hun werk of zaak als ze thuis zijn. Het lijkt een beetje op een uitgestelde reactie; zolang ze aan het werk zijn kunnen ze de spanning 'opbranden', maar als ze vrij hebben en zich zouden moeten ontspannen, hoopt de spanning zich op. Over ontspannen gesproken, er wordt vaak gezegd dat ontspannen goed is; 'ontspan je', alsof dat iets is wat je bewust kunt doen. Er zijn ook heel wat technieken bekend die ontspanning bevorderen, zoals medicijnen, meditatie en biofeedback. Toch zullen mensen ondanks hun poging tot ontspannen aandoeningen als TMS en spanningshoofdpijn krijgen, tenzij ze erin slagen hun onderdrukte angst en woede te verminderen. Sommige mensen hebben de grootste moeite hun dagelijkse besognes achter zich te laten en hun aandacht op iets prettigs te richten. Ik herinner me een patiente die zei dat haar pijn altijd begon als ze ontspannen ging zitten om van een drankje te genieten. Kort geleden kwam er een jongeman bij me, een duidelijk geval van een vrije-tijdssyndroom. Hij vertelde dat hij lange tijd onder grote spanning had gestaan, maar geen rugpijn had gehad. Pas toen hij op huwelijksreis ging werd hij op een nacht na een 'angstige droom' wakker; onmiddellijk daarna werd hij getroffen door een ernstig spierspasme in de rug, waarbij hij, zoals hij zei, 'helemaal door zijn rug ging'. Natuurlijk was het mogelijk dat de stress en spanning van het pasgetrouwd-zijn de oorzaak waren, maar hij was een heel plichtsgetrouw iemand, dus ik was geneigd de pijn met zijn werk in verband te brengen. Hij had nog steeds klachten toen hij drie maanden later bij me kwam, ongetwijfeld omdat uit een MRI-onderzoek was gebleken dat hij een hernia had in het onderste deel van de wervelkolom en er sprake was van een mogelijke operatie. (MRI, Of Magnetic Resonance Imaging is een nieuwe diagnostische techniek die een beeld kan geven van de zachte weefsels, en daardoor bijvoorbeeld tumoren of hernia's aan het licht kan brengen.) Hij had echter het boek over TMS gelezen en vond dat hij dezelfde kenmerken had als de patienten uit het boek, dus kwam hij naar mij toe. Ik onderzocht hem en constateerde TMS.

De klachten konden zelfs niet veroorzaakt worden door de hernia, want hij had een gevoel van krachteloosheid in twee verschillende spiergroepen in zijn been, iets waar de hernia niet verantwoordelijk voor kon zijn. Alleen een aangetaste heupzenuw, kenmerkend voor TMS, kon zo'n neurologisch beeld te zien geven. Hij was in elk geval opgetogen toen hij te horen kreeg dat TMS de oorzaak van zijn rugklachten was en hij herstelde snel. Een andere verklaring die veel mensen maar moeilijk kunnen accepteren, is dat hun persoonlijk leven een bron van angst en woede is - een slecht huwelijk, problemen met de kinderen, de zorg voor een bejaarde vader of moeder. We kennen daar vele voorbeelden van: vrouwen die vastzitten in een slecht huwelijk, in een situatie die ze niet kunnen volhouden, maar toch niet kunnen ontvluchten omdat ze emotioneel en/of financieel van hun man afhankelijk zijn; mensen die in hun werk heel goed zijn, maar niet kunnen omgaan met een lastige partner of kind. ik herinner me een vrouw met chronische pijn die met een heel lastige broer samenwoonde. Ondanks psychotherapie bleef ze pijn houden. Op een dag vertelde ze dat ze iets heel ongewoons had gedaan; ze was razend op haar broer geworden, had geschreeuwd en was tegen hem uitgevaren en was het huis uitgerend. En op dat moment - verdween de pijn. Jammer genoeg lukte het haar niet die sterke houding vol te houden en kwam de pijn weer terug.

Het vakantiesyndroom

Je hoort en leest vaak dat vakantie een grote bron van spanning kan zijn. Wat een tijd van ontspanning en plezier zou moeten zijn, ontardt bij sommige mensen in een bijzonder onprettige ervaring. Mij is opgevallen dat de pijn aanvallen bij veel patiënten beginnen voor, tijdens of kort na een lange vakantie. De reden is duidelijk: voor de langere vakanties moet vaak hard gewerkt worden, vooral door vrouwen, die in onze cultuur de zorg dragen voor het maken en uitvoeren van de vakantieplannen. En natuurlijk eist de maatschappij van hen dat ze dit opgewekt doen, met een glimlach. Meestal zijn de vrouwen zich volkomen onbewust van het feit dat ze een enorme hoeveelheid wrok produceren en komt de pijn volslagen onverwacht. Laatst had ik een gesprek met een jonge huisvrouw, die zei dat ze geen idee had waarom haar pijnsyndroom was begonnen, tot haar man, die gelukkig bij het gesprek aanwezig was, haar eraan herinnerde dat ze, juist op het moment dat ze last kreeg, een invasie van familieleden te verwerken hadden gekregen.

Het natuurlijke verloop van TMS

Welke patronen volgt TMS gewoonlijk? Wat gebeurt er na verloop van tijd als je last blijft houden van deze aandoening?

Conditionering

Essentieel voor een goed begrip van dit proces is kennis over een heel belangrijk verschijnsel, dat conditionering wordt genoemd. Een nieuwe term die hetzelfde inhoudt is programmering. Je kunt alle dieren, inclusief de mens, conditioneren. Het verschijnsel is vooral bekend geworden door een experiment van de Russische fysioloog Pavlov, die de ontdekking van de conditionering op zijn naam heeft staan. Uit zijn experiment bleek dat dieren associaties krijgen, die automatische en herhaalbare fysieke reacties teweeg kunnen brengen. Bij zijn onderzoek liet hij een groep honden voor het eten het geluid van een bel horen. Nadat hij dit een paar keer had gedaan merkte hij dat de honden bij het geluid van de bel kwijlden zonder dat hij ze eten gaf. Ze waren zo geconditioneerd dat ze een lichamelijke reactie kregen bij het horen van de bel. Deze conditionering of programmering lijkt een heel belangrijke rol te spelen bij het bepalen van het moment waarop bij een patient met TMS pijn begint. Een algemene klacht van mensen met lage rugpijn is bijvoorbeeld dat ze er altijd last van krijgen als ze gaan zitten. Dat is zo'n onschuldige handeling dat iemand daar onmogelijk pijn door lijkt te kunnen krijgen. Maar er is sprake van conditionering wanneer er twee dingen tegelijk aan de hand zijn, dus kun je je gemakkelijk voorstellen dat de patient in een vroeg stadium van TMS toevallig pijn heeft bij het zitten. De hersenen associëren het zitten met de pijn, zodat die patient nu zo geprogrammeerd is dat hij pijn verwacht als hij gaat zitten. Met andere woorden, de pijn wordt veroorzaakt door de associatie met zitten, niet omdat zitten slecht is voor de rug. Dit is één manier waarop een geconditioneerde reactie tot stand gebracht kan worden. Waarschijnlijk zijn er nog meer, mij onbekende manieren, want pijn bij het zitten is een heel algemene klacht van mensen met lage rugpijn. Autostoelen hebben een slechte reputatie, dus veel mensen denken dat ze last krijgen als ze in een auto stappen. Iemand heeft hen verteld dat zitten het onderste deel van de wervelkolom samendrukt - dus moet het wel pijn doen als je gaat zitten. Veel mensen zijn voor pijn geprogrammeerd omdat ze iets van anderen hebben gehoord of omdat hun arts hen iets heeft verteld. Bij 'Buk nooit vanuit het middel' zit het er dik in dat er voortaan een pijn aanval komt bij het bukken. Op één plek staan, tillen en dragen hebben allemaal een slechte reputatie en worden al snel opgenomen in de conditionering van de patient. Bij veel mensen worden de klachten minder als ze lopen; anderen krijgen juist pijn bij het lopen. Sommigen hebben 's nachts veel pijn, waardoor ze niet kunnen slapen. Een man deed de hele dag zwaar werk waarbij hij veel moest tillen, zonder klachten. Maar iedere nacht werd hij om een uur of drie wakker met hevige pijn, die aanhield tot hij opstond. Duidelijk een geconditioneerde reactie. Weer anderen slapen goed, maar krijgen last zodra ze wakker worden en opstaan. Bij

deze patienten wordt de pijn in de loop van de dag meestal heviger. Uit de anamnese van deze mensen en uit het medisch onderzoek blijkt dat ze allemaal TMS hebben, maar verschillend geprogrammeerd zijn. Deze reacties verdwijnen binnen een paar weken als de patienten het behandelprogramma volgen, wat erop wijst dat er inderdaad sprake is van conditionering. Als de klachten structureel waren, zouden ze niet verdwijnen na een behandeling die bestaat uit lezingen, en dat gebeurt wel als de behandeling slaagt. De conditionering wordt door het leerproces doorbroken. Het belang van conditionering bij TMS kan nooit te veel nadruk krijgen, want het werpt een nieuw licht op veel van de voor patienten onbegrijpelijke reacties. Als iemand zegt: 'Ik kan iets heel licht optillen, maar meer dan vijf pond is te veel', is het duidelijk dat dit geen structureel probleem kan zijn. Neem bijvoorbeeld dit geval: een vrouw kon zich voorover buigen en haar handpalmen op de grond zetten, zonder ergens last van te hebben, maar kwam bij me met het verhaal dat ze altijd pijn had als ze haar schoenen aantrok. Deze geconditioneerde reacties spruiten voort uit het gevoel van angst dat mensen krijgen wanneer ze rugpijn hebben, vooral in het onderste deel van de rug. Ze hebben gehoord en gelezen dat de rug fragiel en kwetsbaar is, en gevoelig voor letsel, dus als ze iets doen wat kracht vereist, zoals hardlopen, zwemmen of stofzuigen, begint de rug pijn te doen. Ze hebben geleerd activiteit met pijn te associëren; ze verwachten dat ze last krijgen, dus gebeurt het ook. Dat is conditionering. De houding of activiteit die aanleiding geeft tot pijn is op zich niet belangrijk. Wel is essentieel dat je weet dat het deel uitmaakt van de programmering van het TMS-syndroom en daarom psychische in plaats van fysieke betekenis heeft.

Veel voorkomende TMS-patronen

Het patroon dat wellicht het algemeenst is, bestaat uit herhaalde acute aanvallen, zoals die hierboven beschreven worden. Deze kunnen dagen tot weken of zelfs maanden duren, waarbij de hevigste pijn na een paar dagen verdwijnt. De traditionele behandeling is bedrust, pijnstillers en ontstekingsremmende middelen, oraal of via een injectie. Als de patient in het ziekenhuis wordt opgenomen, wordt vaak tractie toegepast, hoewel dat alleen tot gevolg heeft dat de patient zich niet kan bewegen en niet dat de wervels uit elkaar worden getrokken, want dat is met die gewichten niet mogelijk. Ik zeg niet tegen mijn patienten wat ze bij een acute aanval moeten doen, want bij ons programma is het de bedoeling ervoor te zorgen dat zoiets helemaal niet voorkomt. Toch word ik soms om advies gevraagd als iemand een acute aanval heeft; zoals ik eerder in dit hoofdstuk heb gezegd, is het vooral een kwestie van wachten tot de aanval voorbij is. Ik zal misschien een krachtige pijnstiller voorschrijven, maar geen ontstekingsremmend middel, want er is geen ontsteking. De ironie van de zaak is dat de patient in de meeste gevallen beter af zou zijn als hij niemand om advies vroeg. Dat is echter niet ver-

standig, want het zou kunnen zijn dat er echt iets mis is en een onderzoek door een arts is altijd nodig. Aangenomen dat er niets ernstigs aan de hand is, zoals een tumor, is de gebruikelijke diagnose een structurele afwijking van de wervelkolom. Een griezelige diagnose (degeneratieve aandoening van de tussenwervelschijf, een hernia, artrose of vernauwing in het wervelkanaal) samen met de ijselijke voorspellingen van wat er kan gebeuren als de patient onvoldoende bedrust neemt, en de waarschuwing dat hij nooit meer mag hardlopen, stofzuigen, bowlen of tennissen, vormt een perfecte conditionering voor hevige en aanhoudende pijn. Maar de menselijke geest is niet klein te krijgen en uiteindelijk verdwijnen de klachten, al blijft de patient, niet lichamelijk, maar emotioneel, voorgoed getekend, ondanks het feit dat hij nauwelijks nog klachten heeft. Behalve een dappere enkeling, zullen de meeste mensen die ooit zo'n aanval hebben gehad nooit meer onbekommerd en energiek lichamelijk actief zijn. Ze zijn door hun ervaring en de zogenaamde gevolgen gevoelig geworden en denken in mindere of meerdere mate dat ze voorgoed zijn veranderd. Ze zijn bang voor een nieuwe aanval en die komt dan ook. Het kan zijn dat er een half jaar of een jaar overheen gaat, maar de profetie wordt vervuld en de gevreesde pijn komt weer opzetten. Net als eerst schrijft de patient de aanval toe aan de een of andere fysieke activiteit. Deze keer is er misschien zowel beenpijn als rugpijn en nu wordt er gesproken over een mogelijke operatie, als uit een MRI-onderzoek of CT-scan mocht blijken dat de patient een hernia heeft. (CT of Computed Tomography is een nieuwe röntgentechniek die net als MRI informatie geeft over zachte weefsels.) Daardoor groeit de spanning en wordt de pijn misschien nog heviger. Het gebeurt heel vaak dat acute aanvallen zich herhalen. Na verloop van tijd volgen de aanvallen elkaar steeds sneller op, worden ernstiger en duren langer. En bij iedere nieuwe aanval groeit de angst en heeft de patient sterker de neiging zichzelf lichamelijke beperkingen op te leggen. Sommige patienten worden na verloop van tijd zelfs praktisch invalide. Volgens mij vormen de lichamelijke beperkingen en de angst voor lichamelijke activiteit het ergste aspect van deze pijnsyndromen. De pijn komt en gaat, maar zij blijven altijd aanwezig. Ze hebben een diepgaande invloed op alle aspecten van het leven: werk, gezin, vrije tijd. Ik heb patienten met TMS gekend die wat hun dagelijks leven betreft een grotere handicap hadden dan mensen die aan beide benen verlamd zijn. Veel van deze laatsten gaan iedere dag zelfstandig naar hun werk, krijgen kinderen en hebben in alle opzichten een normaal leven, afgezien van hun rolstoel. De patient met een ernstige vorm van TMS moet misschien door de pijn het grootste deel van de dag in bed doorbrengen. Uiteindelijk zullen mensen met herhaalde aanvallen chronisch pijn krijgen. Eerst hebben ze voortdurend lichte pijn, die meestal wordt verergerd door verschillende activiteiten of houdingen waarvoor ze geconditioneerd zijn. 'Ik kan wel op mijn linkerzij liggen, maar niet op mijn rechter'; 'Ik moet altijd een kussen tussen mijn knieën hebben als ik in bed lig'; 'Ik verzet geen stap

zonder mijn zitkussentje'; 'Zonder mijn korset (of kraag) ben ik niets: dan heb ik altijd pijn'; 'Als ik langer dan vijf minuten zit, krijg ik ontzettend veel last'; 'Ik kan alleen op een stoel zitten met een harde zitting en een rechte rug'; enzovoort, enzovoort. Bij sommige mensen gaat hun hele leven om de pijn draaien. Vaak hoor je mensen zeggen dat de pijn het eerste is waar ze zich 's morgens bij het wakker worden van bewust worden en het laatste waar ze voor het slapen gaan aan denken. Ze worden er letterlijk door geobsedeerd. TMS manifesteert zich op verschillende manieren. Er zijn mensen die voortdurend enige pijn hebben, en in wisselende mate lichamelijke beperkingen ervaren. Anderen hebben af en toe een acute aanval, maar leiden tussendoor over het algemeen een normaal leven, met weinig of geen beperkingen. Tot nu toe heb ik de algemeenste en de meest dramatische vormen van TMS beschreven, de lage rug- en beenklachten. Een ernstige aanval van pijn in de nek, schouders en armen kan echter ook een heel dramatische ervaring zijn - en lichamenlijk even beperkend. Dat blijkt wel uit het volgende geval. De patient was een man van middelbare leeftijd, die sinds een jaar of drie herhaaldelijk pijn aanvallen in de nek en schouders had, en pijn, gevoelloosheid en tintelingen in zijn handen. De klachten die hem ertoe hadden gebracht mij om advies te vragen waren ongeveer acht maanden geleden begonnen, met pijn in de linkerarm. Hij was bij twee neurologen geweest, had een aantal ingewikkelde onderzoeken ondergaan, en te horen gekregen dat de pijn voortkwam uit een 'aandoening van een tussenwervelschijf in de nek. Er werd over een spoedoperatie gesproken; hij zou wel eens verlamd kunnen raken als hij zich niet liet opereren. Het was niet zo vreemd dat de pijn zich vervolgens van zijn arm naar zijn nek en rug verspreidde; hij kon niet meer skiën of tennissen, zijn lievelingssporten. Hij was ontzettend bang. Uit mijn onderzoek bleek dat hij TMS had en dat er geen neurologische afwijkingen waren. Gelukkig zei een derde neuroloog dat zijn pijn geen structurele oorzaak had, waardoor hij de diagnose TMS gemakkelijk kon accepteren. Hij volgde het programma en binnen een paar weken had hij geen pijn meer en kon hij weer sporten zoals vroeger. Hij heeft geen terugval gehad. Soms doen de problemen zich voor in de schouder of in de knie. Voor iedereen die lichamenlijk actief probeert te zijn kan kniepijn zeer slopend zijn. Ik heb zelf zo'n periode gehad en kan u verzekeren dat het een beangstigende, hardnekkige en belemmerende ervaring kan zijn. Alle pezen en bindweefselbanden in armen en benen en alle spieren en zenuwen van nek, schouders, rug en billen kunnen bij TMS een rol spelen. Hoewel we bij ieder geval te weten moeten komen om welke structuren het gaat, is dat het minst belangrijke deel van het consult. Iedere ontmoeting met een patient is een excursie in zijn of haar leven. Zodra we hebben vastgesteld welke lichaamsdelen klachten geven, vergeten we die informatie weer, want we werken niet direct aan de spieren, zenuwen en bindweefselbanden. Er is iets in het emotionele leven van die persoon dat tot de klachten kan hebben bijgedragen en daar gaat het ons om. Dat doet me

denken aan het geval van een man die genoeg verdiend had om zich op vrij jonge leeftijd uit het zakenleven terug te trekken en die kort daarna last van het pijnsyndroom kreeg, waarvoor hij bij mij kwam. Tijdens ons gesprek werd duidelijk dat hij zich sinds zijn pensionering had beziggehouden met een aantal familieproblemen; er waren wat sterfgevallen in de familie, hij maakte zich zorgen over het bedrijf waar hij was uitgestapt (en dat nu door familieleden werd geleid), en was zich gaan afvragen wat zijn leven nu helemaal betekende, nu hij gepensioneerd was en voor de eerste keer van zijn leven over ouderdom en sterfelijkheid nadacht. Zijn bewuste en onbewuste zorgen over al deze dingen hadden aanleiding gegeven tot voldoende spanning (en woede) om het begin van TMS te verhaasten. De conventionele geneeskunde had de pijn toegeschreven aan degeneratie van de wervelkolom en de behandeling had, natuurlijk, geen effect gehad. Hij had TMS; zijn problemen lagen niet in zijn wervelkolom - ze lagen in zijn leven. Samen-vattend, TMS openbaart zich in de houdingsspieren, de zenuwen in en om deze spieren en in verschillende pezen en bindweefselbanden in armen en benen. Op deze plaatsen heeft de patient pijn, mogelijk 'slapende' armen of benen en/of een gevoel van krachteloosheid. De klachten manifesteren zich in vele verschillende patronen en op verschillende plaatsen en met een aanzienlijke verscheidenheid in de mate van ernst, variërend van lichte ergernis tot bijna volledige invaliditeit. Herhaalde aanvallen, angst voor herhaling en voor lichamenlijke activiteit en niet reageren op behandeling, zijn de kenmerken van TMS. Symptomen als pijn, gevoelloosheid, tintelingen en krachteloosheid zijn tekenen die de hersenen geven om duidelijk te maken dat er iets mis is met het lichaam. Voor de meeste mensen, zowel artsen als leken, betekent dat lichamenlijk letsel, zwakte, gebrek, ouderdom, of een combinatie van deze verschijnselen. Daarbij komt dat de pijn vaak samen met een lichamenlijke activiteit begint, hoe krachtiger hoe beter. De patient moet wel tot de conclusie komen dat er iets kapot is of verschoven. 'Ik ben door mijn rug heen gegaan' is de gebruikelijke verklaring. Bovendien wordt het idee van een structureel probleem nog ondersteund doordat mensen vaak zo geprogrammeerd worden dat ze een aantal eenvoudige, doodgewone dingen als zitten, staan, bukken en tillen gaan vrezen. Het uiteindelijke resultaat van de symptomen, de angsten, de veranderingen in levenswijze en het dagelijks leven is een mens wiens aandacht sterk gericht is op het lichaam. In de volgende hoofdstukken zullen we zien dat dit de bedoeling van het syndroom is - de persoon af te leiden zodat hij ongewenste emoties uit de weg kan gaan. Het lijkt duur betaald, maar niemand weet precies hoe de geest werkt en we kunnen alleen maar vermoeden hoe afkerig de geest van beangstigende, pijnlijke gevoelens is.

2. DE PSYCHOLOGIE VAN TMS

Nek-, schouder- en rugpijn is geen mechanisch probleem dat op een mechanische manier kan worden opgelost. De pijn heeft te maken met de gevoelens en de persoonlijkheid van de mens en de wisselvalligheden van het leven. Als dat zo is, is de conventionele behandeling van deze pijnsyndromen een karikatuur van de geneeskunde. De traditionele medische diagnose richt zich op het mechanisme, het lichaam, terwijl het echte probleem verband lijkt te houden met wat dat mechanisme aan het werk zet - de geest. TMS wordt gekenmerkt door lichamelijke pijn, maar de acute pijn ontstaat door psychologische verschijnselen in plaats van door structurele afwijkingen of een aandoening van de spieren. Het is heel belangrijk dat te beseffen; hoe het precies werkt zal in dit hoofdstuk duidelijk worden. Maar eerst wil ik enkele definities geven om er zeker van te zijn dat u weet wat ik met de volgende termen bedoel.

Spanning

Spanning is een woord dat veel wordt gebruikt en voor verschillende mensen verschillende dingen betekent; in mijn onderzoek en in dit boek wordt de aandoening het Tension Myositis Syndroom genoemd. Het woord tension (spanning) verwijst naar emoties die in het onderbewuste ontstaan en daar, grotendeels, blijven. Deze gevoelens zijn het gevolg van een gecompliceerde wisselwerking tussen verschillende delen van onze geest en tussen de geest en de buitenwereld. Veel van deze gevoelens zijn onaangenaam en pijnlijk, of génant, en op de een of andere manier onaanvaardbaar voor ons en/of de maatschappij, en daarom verdringen we ze. De gevoelens waar ik het over heb zijn angst, boosheid, minderwaardigheidsgevoel. Deze worden verdrongen omdat de geest niet wil dat wij ze ervaren en dat de buitenwereld ze ziet. Waarschijnlijk zouden de meeste mensen de onprettige gevoelens wel onder ogen willen zien, als ze een bewuste keus konden maken; maar de menselijke geest zit zo in elkaar dat ze onmiddellijk en automatisch worden verdrongen -je hebt gewoon geen keus. Kort gezegd zal het woord spanning hier worden gebruikt als er sprake is van verdrongen, onaanvaardbare emoties.

Stress

Het woord stress wordt vaak met spanning verward en lijkt te staan voor alles wat emotioneel negatief is. Ik gebruik het graag voor factoren, invloeden of omstandigheden die de persoon op de proef stellen of onder druk zetten. We kunnen last hebben van lichamelijke of emotionele stress. Uitzonderlijke hitte of koude zijn fysieke stressfactoren; een veeleisende baan of familieproblemen vallen onder emotionele stress. Dr. Hans Selye

was de eerste wetenschapper die aandacht schonk aan de invloed van stress op het lichaam; hij heeft veel research gedaan en veel gepubliceerd en zijn werk wordt gezien als een van de grootste prestaties van de twintigste-eeuwse geneeskunde. Dr. Selye's definitie van biologische stress is: 'De niet-specifieke reactie van het lichaam op eisen die eraan gesteld worden.' Stress kan zowel extern als intern zijn. Voorbeelden van externe stress zijn problemen op het werk, financiële moeilijkheden, ziekte, een nieuwe baan of een nieuw huis, de zorg voor kinderen of ouders. De interne stressfactoren lijken echter een grotere bijdrage aan spanning te leveren. Deze factoren zijn de persoonlijke kenmerken, zoals plichtsbesef, perfectionisme, ambitie enzovoort. Veel mensen zeggen dat ze stressrijk werk hebben en dat ze daarom gespannen zijn. Maar als ze niet zo plichtsgetrouw waren, als ze niet zo hun best deden hun werk goed te doen, iets te bereiken en uit te blinken, zouden ze niet gespannen raken. Vaak zijn zulke mensen zeer prestatiegericht en vastbesloten hogerop te komen. Typerend voor hen is dat ze zichzelf kritischer bekijken dan anderen dat doen. Een huismoeder met deze persoonlijkheidskenmerken raakt op dezelfde manier gespannen als iemand die buitenshuis werkt, maar het onderwerp van haar zorg is haar gezin. Ze maakt zich zorgen over haar kinderen, haar man, haar ouders. Ze wil het beste voor iedereen en zal al het mogelijke doen om dat te realiseren. Ze zal trouwens ook zeggen dat ze het belangrijk vindt aardig gevonden te worden, dat ze van streek raakt als ze het gevoel krijgt dat iemand boos op haar is. (Dit dwangmatig verlangen iedereen te vriend te houden zien we niet alleen bij vrouwen; een man van middelbare leeftijd liet zich laatst tegenover mij in diezelfde geest over zichzelf uit.) Stress ligt buiten de innerlijke kern van de emotionele structuur en bestaat uit de bekommernissen van het dagelijks leven en, meer nog, uit aspecten van de eigen persoonlijkheid. Stress leidt daarbij tot spanning (onderdrukte, onaanvaardbare gevoelens). Laten we nu eens kijken hoe die persoonlijkheid precies in elkaar zit.

De bewuste geest

Het deel van je persoonlijkheid waar je je bewust van bent zetelt in de bewuste geest; het is het rijk van de voelbare emoties. Je voelt je verdrietig, blij, opgetogen, terneergeslagen; je weet ook dat je een plichtsgetrouw, hardwerkend, zorgelijk mens bent, misschien dwangmatig en perfectionistisch. Je beseft misschien dat je vaak prikkelbaar bent, of je weet dat je jezelf moet bewijzen. Mannen voelen zich soms ontzettend macho en zijn zich daarvan bewust, zijn er zelfs trots op. Dit zijn de bewuste gevoelens die lijken te bepalen wat we met ons leven doen en hoe we ons gedragen. Maar is dat ook zo? Vaak getuigen deze uitwendige kenmerken van een innerlijke drang waarvan we ons soms volslagen onbewust zijn; daarom is het belangrijk naar het onbewuste te kijken, dat in dit hoofdstuk ook aan de orde zal

komen. Veel mensen met TMS beseffen dat ze een plichtsgetrouwe persoonlijkheidsstructuur hebben. Ze vinden dat ze bij type A horen, een onderverdeling van de artsen Friedman en Rosenman, die in hun boek Type A Behaviour and your Heart uitlegden welk type persoonlijkheid volgens hen gevoelig was voor hart- en vaatziekten. Zij beschreven een zeer harde werker, voor wie het werk een ware obsessie was. Zo iemand zou kunnen zeggen dat hij achttien uur per dag werkt en nooit moe is. Dit is niet kenmerkend voor patiënten met TMS. Hoewel zij hard werken, kennen zij hun grenzen en zijn ze zich ervan bewust dat ze ook gevoelens hebben. Ik heb de indruk dat de ware type A-persoonlijkheid zich volkomen onbewust is van zijn eigen emoties. Hij ontkent zijn gevoelens alsof ze een teken van zwakte zouden zijn. Dat er een belangrijk verschil is tussen de patiënt met TMS en de type A-persoonlijkheid, is gebaseerd op het feit dat TMSpatiënten zelden hart- en vaatziekten hebben gehad of krijgen. Er zijn natuurlijk uitzonderingen, maar er zijn veel meer patiënten die aan andere aandoeningen hebben geleden, zoals maagklachten, colitis, hooikoorts, spanningshoofdpijn, migraine, acne, netelroos, en vele andere kwalen die met spanning in verband lijken te staan. Deze komen overeen met TMS en getuigen van een lager niveau van dwangmatigheid dan type A-gedrag. De bewuste persoonlijkheidskenmerken vormen slechts een deel van onze emotionele structuur en zijn waarschijnlijk minder belangrijk dan het onbewuste deel.

De onbewuste geest

Het woord onbewust heeft zich stevig in de psychologische literatuur genesteld en verwijst daar naar dat deel van de emotionele handelingen waar we ons niet van bewust zijn. Onderbewust zou waarschijnlijk een betere term zijn, en die zullen we dan ook gebruiken wanneer we het hebben over andere dan emotionele aspecten van het onbewuste. Het onbewuste is het onderaardse rijk van het verborgene, van het mysterie; de plaats waar allerlei gevoelens zetelen, sommige onlogisch, sommige onaardig en sommige ronduit beangstigend. In onze dromen krijgen we er een idee van wat er in ons onbewuste omgaat. Iemand heeft gezegd dat we 's avonds bij het slapen gaan allemaal stilletjes ongevaarlijk waanzinnig worden. Want in de slaap kunnen de resten van ons kinderlijke, primitieve, wilde gedrag, die deel uitmaken van ons aller emotionele repertoire, zich laten zien zonder onder de censuur van onze wakkere, bewuste geest te vallen. Het onbewuste is de vergaarplaats van al onze gevoelens, ongeacht hun maatschappelijke of persoonlijke aanvaardbaarheid. Het is ontzettend belangrijk het onbewuste te kennen, want wat daar gebeurt kan de basis vormen voor de persoonlijkheidskenmerken die bepalen hoe we ons gedragen als we wakker zijn - en uit die kenmerken ontstaan TMS en andere aandoeningen. Interessant om te weten is dat het emotioneel en geestelijk functioneren voor het overgrote

deel onder de oppervlakte van het bewuste plaatsvindt. De menselijke geest heeft wel iets van een ijsberg - het deel waar we ons van bewust zijn, de bewuste geest, vormt maar een minuscuul deel van het geheel. In het onderbewuste zijn al die gecompliceerde processen aan de gang waardoor we bijvoorbeeld kunnen schrijven en spreken, denken, redeneren, onthouden, kortom de meeste dingen kunnen doen waardoor we mensen zijn. Ons vermogen de dingen om ons heen te doorgronden, gezichten te herkennen, en tientallen andere processen uit te voeren die we als vanzelfsprekend beschouwen, is het resultaat van hersenactiviteit waarvan we ons niet bewust zijn. Waarschijnlijk vinden de meeste emotionele reacties plaats in het onbewuste. Gevoelens die daar blijven, doen dat omdat ze worden onderdrukt, en zijn verantwoordelijk voor de reeks gebeurtenissen die TMS veroorzaakt. Deze aandoening begint en eindigt in het onbewuste. Freud heeft lange tijd geleden al gewezen op het verschil met zaken die geen deel uitmaken van het bewuste, maar die met enige moeite bewust gemaakt kunnen worden, zoals de herinneringen in ons geheugen. Freud noemde dat geestelijke domein het voorbewuste. Het onbewuste is onbereikbaar en kan niet teruggeroepen worden. We weten gewoon niet wat zich daar afspeelt. Om beter te leren begrijpen hoe en waarom TMS ontstaat is het belangrijk om te kijken hoe deze onbewuste emotionele processen verlopen.

Minderwaardigheidsgevoel

Het is bijna schrikwekkend hoeveel mensen diep van binnen een minderwaardigheidsgevoel hebben. Daar moet een culturele reden voor zijn die wordt bepaald door de opvoeding die we als kind genoten hebben en door onze latere ontwikkeling die op deze opvoeding berust. Dit zou onderwerp van diepgaand onderzoek moeten zijn en zo ver zal het ongetwijfeld nog wel eens komen. Dat minderwaardigheidsgevoel is diep geworteld en verborgen, maar komt naar buiten via ons gedrag. Over het algemeen overcompenseren we onaangename gevoelens: iemand die zich zwak voelt, gedraagt zich sterk. Een aantal jaren geleden werd dit prachtig geïllustreerd door een zogenaamde stoere jongen die bij me kwam met vreselijke rugpijn. Mijn medewerkers vertelden dat hij voortdurend zat op te scheppen over zijn vechtkunst, over zijn rijkdom en zijn succes bij vrouwen. In mijn spreekkamer zat hij ontroostbaar te huilen omdat hij niets aan zijn rugpijn kon doen. Emotioneel was hij een heel klein jongetje dat wanhopig probeerde zichzelf en de wereld te bewijzen hoe stoer hij wel was. Waarschijnlijk geldt voor de meeste mensen dat het dwangmatig verlangen goed werk te leveren, te slagen in het leven en iets te bereiken, een uiting is van een diepgeworteld minderwaardigheidsgevoel. Waar het ook vandaan komt, het verlangen iets te bereiken, of het een of andere ideaal te benaderen, bijvoorbeeld de perfecte ouder, leerling of werknemer, is heel algemeen bij mensen met TMS. Neem die patiënt die door zijn dwangmatig hard werken

een heel succesvolle zaak had opgezet en de weldoener van zijn grote familie was geworden. Hij genoot van zijn rol als hoofd van zijn bedrijf en zijn familie, maar de verantwoordelijkheid drukte zwaar. Zijn hele leven had hij last van lage rugpijn die op geen enkele behandeling reageerde. Tegen de tijd dat hij bij me kwam waren de pijnpatronen diep ingesleten en maakten ze deel uit van zijn dagelijks leven. Hij begreep dat de pijn door spanning was veroorzaakt, maar was niet in staat zijn levenspatroon te veranderen. Hij vond dat hij te oud was voor psychotherapie, iets wat voor zulke patiënten vaak onmisbaar is. De meeste baat die hij van de behandeling had was de geruststelling dat er structureel niets mis was met zijn rug. Een ander typerend voorbeeld was dat van een jongeman van in de twintig, die zijn eerste kind had gekregen vlak voordat hij een nieuw filiaal van het familiebedrijf had geopend. De gelijktijdige komst van twee nieuwe plichten gaf bij deze zeer plichtsgetrouwe jongeman aanleiding tot ernstige lage rugpijn, het gevolg van TMS. Zodra hij beseftte dat spanning de bron van zijn klachten was, verdween de pijn. Zoals we later zullen zien is dit besef de sleutel tot genezing. Deze twee mensen hadden allebei een groot verantwoordelijkheidsgevoel en een sterke innerlijke drang om te slagen in hun werk en hun gezin. Zulke mensen hoeven niet gecontroleerd te worden; ze zijn gemotiveerd, gedisciplineerd: hun eigen strengste critici. Mensen met TMS zijn vaak zeer prestatiegericht, eerzuchtig, doelgericht en meestal bijzonder talentvol. In onze cultuur vereist succes vaak het vermogen effectief te concurreren, en dat doen ze ook. Ze zijn gewend zichzelf enorm onder druk te zetten en hebben vaak het gevoel dat ze dat niet voldoende hebben gedaan. Soms uit het perfectionisme zich op een ongebruikelijke manier. Ik herinner me een jongeman die op een boerderij was opgegroeid. Hij zei dat hij mijn eerste boek had gelezen en dat hij eerst niet zag hoe dat perfectionisme op hem van toepassing was, totdat hij beseftte dat hij bij het hooien een dwangmatige neiging had de hooibalen perfect op elkaar te stapelen. Op dit moment krabt u zich misschien mentaal eens achter de oren, u afvragend waarom hardwerkende, plichtsgetrouwe of dwangmatig perfectionistische mensen TMS krijgen; u hebt gelijk. Er is duidelijk een relatie tussen deze persoonlijkheidskenmerken en dit pijnsyndroom, maar welke? Om dat te kunnen begrijpen moeten we ons richten op de gevoelens van angst en woede.

Angst en woede

Ik ben niet opgeleid in de psychologie of psychiatrie en besef dat mijn ideeën en verklaringen over dit psychofysiologische proces deskundigen op dit gebied misschien naïef in de oren zullen klinken. Dit boek is echter bestemd voor een lekenpubliek, zodat de afwezigheid van jargon en ondoorzichtige theorieën waarschijnlijk welkom zal zijn. Ondanks mijn gebrek aan opleiding op dit gebied, doen psychologen er goed aan mijn observaties over

de aard en oorzaken van dit pijnsyndroom serieus te nemen. We hebben hier te maken met het vrijwel onontgonnen terrein tussen het puur geestelijk-emotionele en het lichamelijke. Er bestaat een krachtig en belangrijk verband dat de hedendaagse medische wetenschap (enkele uitzonderingen daargelaten) helaas weigert te onderzoeken. De reden daarvoor komt in Hoofdstuk 7 aan de orde. Mijn ervaring in de diagnose en behandeling van TMS werpt enig licht op de gebeurtenissen in dat mysterieuze domein van de geest waar het emotionele en het lichamelijke met elkaar verbonden zijn. Angst en woede worden samen besproken, want ik ben van mening dat deze gevoelens nauw met elkaar samenhangen; ze zijn de voornaamste onderdrukte gevoelens achter TMS en andere gelijksoortige aandoeningen. Vanaf het begin van mijn ervaring met TMS is gebleken dat de meeste patiënten de persoonlijkheidskenmerken hadden die ik hierboven beschreven heb. Zij die deze kenmerken bij zichzelf ontkenden, gaven uiteindelijk toe dat ze veel emotionele zorgen hadden, maar die probeerden ze te ontkennen en juist 'uit hun hoofd te zetten'. Na die constatering volgde al gauw de veronderstelling dat angst verantwoordelijk was voor TMS. Iemand met deze persoonlijkheidskenmerken zit meestal angstig in spanning over wat er gaat gebeuren. Deze angstige spanning is een uniek menselijk verschijnsel dat nauw samenhangt met angst, maar veel subtieler is dan dat, omdat zij voortkomt uit een vermogen dat dieren niet bezitten - het vermogen vooruit te zien. Angstige spanning is een reactie op het waarnemen van gevaar en is logisch tenzij de waarneming onlogisch is, wat vaak het geval is. De angstige persoon ziet vaak gevaar waar weinig of helemaal geen gevaar is. Dit is de aard van het menselijke dier. Toch is de mens zich vaak niet bewust van zijn angst, omdat deze een onbewust gevolg is van voornamelijk onbewuste gevoelens die door het bekende mechanisme van de verdringing in het onbewuste worden gehouden. De onaangename, gênante, vaak pijnlijke aard van deze gevoelens en de angst die ze meebrengen, maakt het noodzakelijk ze buiten het bewustzijn te houden, en dat is ook het doel van de verdringing. Zoals we later zullen zien is het doel van TMS bij te dragen aan het proces van verdringing.

Narcisme

We hebben gezien dat een laag gevoel van eigenwaarde een rol speelt bij TMS. Daarnaast bestaat er een ander, even diep verborgen en even belangrijk gevoel, dat narcisme wordt genoemd. Dit is een overmatig egocentrisme, de menselijke neiging 'van zichzelf te houden'. De culturele evolutie in de Verenigde Staten lijkt een volk geproduceerd te hebben dat meer gericht is op het 'ik' dan op het 'wij'. Ik heb begrepen dat veel van de Amerikaans-Indiaanse volken geen woorden hadden voor 'ik' en 'mij', omdat ze een groot gevoel voor gemeenschap hadden en deel uitmaakten van iets wat groter was dan zichzelf. De moderne Noordamerikaan gelooft daaren-

tegen in 'individualisme' en heeft grote bewondering voor mensen die 'het in hun eentje opknappen'. Maar de andere kant van de medaille is dat het individu zich te zeer op zichzelf gaat richten en dan kan vervallen in hebzucht en gierigheid, als hij zijn motivatie tenminste niet uit hoogstaande idealen put. Het is schokkend en onthullend te zien hoeveel gerespecteerde mensen uit bedrijfsleven en regeringskringen zich schuldig maken aan oplichting, maar dat is niet zo vreemd als je bedenkt dat dit het logische gevolg is van de hedendaagse narcistische tendens.

Woede

Ieder mens is tot op zekere hoogte narcistisch. Een sterk narcisme kan problemen opleveren, want daardoor raakt de persoon in kwestie gauw geïrriteerd, vaak gefrustreerd in zijn contacten t-net anderen die niet, of verkeerd, doen wat hij zegt. Het resultaat is woede en als iemand heel narcistisch is, kan hij voortdurend boos zijn, al is hij zich daar niet van bewust omdat hij zijn woede, net als zijn angst, verdringt. Het zit allemaal in het onbewuste. Dit is behoorlijk paradoxaal. Aan de ene kant hebben we een laag gevoel van eigenwaarde, maar vervolgens gaan we ons door ons narcisme als heersers gedragen. Het is als in het verhaal van de prins en de arme man - zij zijn één en dezelfde persoon. Deze tegengestelde gevoelens zijn twee kanten van dezelfde medaille en, hoe vreemd het ook lijkt, over het algemeen functioneren ze tegelijkertijd. Dit is typerend voor de menselijke geest. Het lijkt wel een pakhuis van vaak tegengestelde emoties en neigingen, waar we ons meestal niet van bewust zijn. Ook om andere redenen kunnen we boos zijn. Alles wat ons (onbewust) angstig maakt, maakt ons vaak ook boos. Je probeert goed werk te doen; je bent bang dat het niet goed komt (angst); maar je bent ook kwaad over de problemen die je tegenkomt, zoals bepaalde mensen (boosheid). Hoewel angst en boosheid vaak samenhangen met het werk, zijn persoonlijke contacten ook een belangrijke bron van verdrongen emoties. Uit familieverhoudingen komen vaak ernstige problemen voort, die zo subtiel zijn dat ze niet herkend worden. Een van mijn patienten was een vrouw van tegen de vijftig, die een heel beschermde jeugd had gehad, jong getrouwd was en, zoals in haar subcultuur gebruikelijk was, zich daarna alleen aan haar huis en haar gezin had gewijd. Ze deed het allemaal prima, want ze was een intelligente, bekwame en meelevende vrouw. Toch begon ze op een gegeven moment een wrok te koesteren omdat ze als kind nooit naar school had gemogen en dus niet kon lezen en schrijven, dat ze niet kon autorijden en zoveel ervaringen had gemist omdat de behoeften van haar gezin haar leven zo hadden overheerst. Ze was zich volkomen onbewust van deze wrokgevoelens en kreeg als gevolg daarvan een hevige rugpijn die niet overging, ondanks een operatie. Toen ze bij mij kwam had ze voortdurend pijn en kon ze bijna niets meer. Door ons lesprogramma en door psychotherapie werd ze zich bewust van deze onderdrukte gevoelens en verdween de pijn

geleidelijk. Het proces was niet zonder psychische gevolgen, want nu moest ze de afkeuring van haar familie en vrienden onder ogen zien, samen met haar eigen ingesleten gedragspatronen. Ze lag behoorlijk met zichzelf overhoop en had nu emotionele pijn. Maar dat hoorde erbij en dat was stukken beter dan de lichamelijke pijn waar ze het hulpeloze slachtoffer van was geweest. Een belangrijke bron van woede en wrok, waar we ons meestal niet van bewust zijn, is ons gevoel van verantwoordelijkheid ten opzichte van mensen die ons na staan, zoals ouders, partner en kinderen. Hoewel we van hen houden, kunnen ze ons op verschillende manieren belasten; de woede die daarvan het gevolg is wordt geïnternaliseerd. Maar hoe kun je boos zijn op bejaarde ouders of op een baby? Een goed voorbeeld: een man van middelbare leeftijd ging een weekend naar zijn ouders in een andere stad. Tijdens het bezoek kreeg hij opnieuw rugpijn, voor de eerste keer sinds hij een jaar tevoren het behandelprogramma voor TMS had gevolgd. Toen ik suggereerde dat de terugval erop wees dat er hem onbewust iets dwarszat, zei hij dat het weekend prettig was verlopen. Daarna vertelde hij dat zijn moeder zwak was, dat hij het grootste deel van het weekend van alles voor haar had gedaan, en dat hij zich over beide ouders zorgen maakte. Om het nog erger te maken, woonden ze ver weg. Maar hij was een goed mens en zijn ouders konden het niet helpen dat ze bejaard waren. Dus hij had zijn natuurlijke (intrinsieke, onbewuste, uit narcisme voortgekomen) ergernis (woede, wrok) volkomen verdrongen, wat om redenen die straks duidelijk zullen worden, leidde tot hernieuwde rugpijn. Of neem het geval van de jonge vader wiens eerstgeborene maar niet wilde slapen. Niet alleen kreeg hij slaapgebrek, maar zijn vrouw was de hele dag met de baby bezig. In zijn vrije tijd moest hij haar helpen, hun sociale contacten leden eronder en wat voor de komst van de baby een lange bruidstijd leek, werd een hele opgave. Hij kreeg rugpijn omdat hij boos was op de baby (bespottelijk) en boos op zijn vrouw omdat zij niet langer aan zijn emotionele en lichamelijke verlangens kon tegemoetkomen (absurd). Bovendien moest hij nu ook nog parttime kindermisje spelen en eten koken. Hij was zich volkomen onbewust van deze gevoelens - ze lagen diep in zijn onbewuste weggestopt en om ervoor te zorgen dat ze daar bleven, kreeg hij rugpijn - TMS. Veel psychologen en artsen zouden de situatie van de jonge vader anders interpreteren. Zij zouden zeggen dat zijn rug pijn deed omdat hij de baby moest tillen en niet voldoende slaap kreeg; en dat de pijn heel erg was omdat hij probeerde onder zijn taken uit te komen - hij had een goed excuus. Natuurlijk, zouden ze zeggen, speelt dit zich in het onderbewuste af. Deze theorie verklaart de zogenaamde secundaire winst uit chronische pijn. Het probleem is dat deze theorie ervan uitgaat dat de pijn een structurele oorzaak heeft, wat meestal niet erg waarschijnlijk is (de vader van deze baby was een verwoed voetballer); en ten tweede kent deze theorie groot belang toe aan een gevoel dat onbelangrijk is, zo het al bestaat, namelijk dat de persoon voordeel heeft van de pijn. Gedragspsychologen zijn er echter nogal weg van, omdat het een

eenvoudige verklaring is en je alleen maar 'niet-pijngedrag' hoeft te belonen en 'pijngedrag' te straffen. Je hoeft je niet te bekommeren om akelige onbewuste gevoelens als angst en woede. Jaren geleden, voordat ik iets wist van TMS, heb ik deze benadering geprobeerd, maar ik merkte dat het weinig effect had. Geen wonder - het was een verkeerde diagnose. Alle familie-relaties zijn emotioneel geladen. Dat is een van de eerste dingen die je moet bedenken als iemand zomaar, opeens, een aanval van TMS heeft. De combinatie van werkelijke bezorgdheid en liefde voor het familielid en innerlijke wrok over de plichten en taken die met de relatie samenhangen, vormen een bron van diepgaande conflicten, de perfecte voedingsbodem voor TMS. Het volgende is een klassiek verhaal dat een interessant licht werpt op het natuurlijk verloop van TMS. De patient was een negenendertigjarige getrouwde man die aan het hoofd stond van een familiezaak. De zaak was door de vader opgezet en de man vertelde dat zijn vader nog steeds actief was in de zaak, maar dat hij meer last van hem had dan gemak. Hij gaf toe dat hij daar ruzie met zijn vader over had gehad en dat hij zich er schuldig over voelde. Het pijnsyndroom was ongeveer tweeënhalf jaar daarvoor begonnen en een maand of vier na het begin had hij mijn eerste boek gelezen. Hij had het onzin gevonden en had het hele medische systeem doorlopen, vastbesloten van zijn pijn af te komen. Hij zei dat hij allerlei artsen had afge- lopen en bijna alle bekende behandelingen had geprobeerd, zonder enig effect. Twee jaar later had hij nog steeds pijn, werd er helemaal door geob- sdeerd en ondervond hij allerlei lichamelijke beperkingen. Hij was bang voor lichamelijke activiteit en kon zich niet eens meer bukken. Op dat mo- ment las hij het boek weer en ongeloofig vertelde hij dat 'het een heel andere indruk op me maakte'. Hij zei dat hij zichzelf op iedere bladzij herkende. Zijn verklaring was dat hij pas bereid was te erkennen dat de pijn een psych- ische oorzaak had toen hij alle onderzoeken achter de rug had en alle dokters had geraadpleegd. Het spreekt vanzelf dat hij prima op het programma rea- geerde en al gauw geen pijn meer had. Tijdens ons gesprek vond ik hem zo opmerkzaam en ingesteld op het psychische dat ik me niet kon voorstellen dat hij de diagnose in eerste instantie had afgewezen. Voor mij was dat een leermoment: een van de nadelen van het werken aan een aandoening als TMS is dat de meeste mensen het idee afwijzen tot ze wanhopig zijn. De reden voor het pijnsyndroom, het conflict dat de man had in de relatie met zijn vader, was heel duidelijk. Ook het volgende verhaal geeft een goed beeld van de rol die de familieverbanden spelen bij het ontstaan van klachten. Er kwam een vrouw bij me die twee jaar tevoren behandeld was voor lage rugpijn. Ze klaagde over pijn in haar nek, schouders en armen, maar was er zeker van dat de oorzaak te vinden was in een psychologisch pijnlijke situatie met betrekking tot haar man en haar stiefdochter, een tiener. Ik moedigde haar aan het zonder behandeling vol te houden, maar de situatie bleef onveranderd en de pijn werd steeds erger; bovendien kon ze haar beide schouders niet meer bewegen, een veel voorkomend verschijnsel

bij TMS in de nek en schouders. Toen besloot ze op een dag het probleem onder ogen te zien en haar man te vertellen wat ze ervan dacht. Het resultaat was een verrassend eenvoudige oplossing die de crisis bezwoer en zodra haar persoonlijke problemen waren opgelost, verdween ook de pijn. Ze had ongetwijfeld veel wrok gekoesterd en zolang dat het geval was, bleef de pijn. Wat je in zo'n situatie moet doen, komt aan de orde in het hoofdstuk over behandeling, maar dit geval geeft een duidelijk beeld van het verband tussen onderdrukte woede en TMS. Een van de belangrijkste oorzaken van conflicten in het onbewuste is de strijd die woedt tussen de gevoelens en verlangens die uit de bovengenoemde narcistische impulsen voortkomen en een ander wezenlijk deel van de geest dat probeert vast te stellen wat goed, redelijk en volwassen is, of - nog moeilijker wat je eigenlijk zou moeten doen. De bekende psychoanalyticus, schrijfster en docente Karen Horney beschreef wat zij 'de tirannie van het moeten' noemde, iets wat het hele leven van een mens kan overheersen. Patienten vertellen vaak tot in de kleinste details hoe hun leven door deze gedragscodes wordt beheerst. Een vrouw vertelde, nadat ze eerst had ontkend dat ze dwangmatig of perfect- ionistisch was, dat ze uit een gezin kwam waar men trots was op het sterke karakter en de onbuigzaamheid ervan, zijn zelfbeheersing en zo meer. Het was duidelijk dat er andere kanten aan haar persoonlijkheid zaten, zachter en plooibaarder, dus er moet zich in haar onbewuste een enorme strijd hebben afgespeeld. Soms dwingt de cultuur je tot een bepaald gedrag. Ik herinner me een opvallend aantrekkelijke vrouw; ze was lid van een religieuze groe- pering die voor grote gezinnen was: zes of acht kinderen was heel gewoon. Hoewel ze erkende dat haar pijn werd veroorzaakt door 'spanning' bleef ze klachten houden en ze begreep maar niet waarom. Ik zei dat ze misschien boos was omdat ze hard moest werken en de verantwoordelijkheid moest dragen voor zo'n groot gezin. Ze ontkende dat steeds en bleef zeggen dat ze helemaal niet boos was, en de pijn bleef, soms zelfs heel hevig. Ik wees erop dat ze zich niet bewust hoefde te zijn van het gevoel, omdat het onbewust was, weggestopt. Ons beider doorzettingsvermogen had ten slotte effect. Ze begon iets te voelen van haar diep verborgen boosheid en opeens verdwenen haar klachten. Hoe langer ik met TMS werk, des te meer raak ik onder de indruk van de rol van de woede. We hebben allemaal geleerd onze boosheid zo totaal te onderdrukken dat we ons er in veel situaties helemaal niet be- wust van zijn. Ik ben me zelfs gaan afvragen of woede niet belangrijker is voor het ontstaan van de klachten dan angst en of angst op zichzelf mis- schien een reactie zou kunnen zijn op verdrongen woede. Het volgende geval maakte diepe indruk op me. De man was midden veertig en had onder andere af en toe paniekaanvallen. Dit is een teken van acute angst. Toen ik hem had onderzocht en had vastgesteld dat hij aan TMS leed, spraken we over de psychologie van de aandoening en vertelde ik hem dat ik begon te vermoeden dat woede wel eens belangrijker zou kunnen zijn dan angst. Hij zei dat hij zojuist iets had meegemaakt wat daar ook op wees. Hij was ont-

zettend kwaad op iemand geworden en had op het punt gestaan flink uit te varen, toen hij besloot dat het niet netjes zou zijn, dat hij het maar beter kon inslikken. Binnen enkele seconden had hij een paniekaanval! Hij was waarschijnlijk meer dan boos - hij was woedend en het verlangen om de woede te verdringen, had hem, zowel onbewust als bewust tot een reactie genoodzaakt, vandaar de paniekaanval. Zoals we straks zullen zien, is dit precies het soort situatie waarin TMS en andere fysieke reacties ontstaan. Maar laten we eerst het verschijnsel verdringing eens nader bekijken. Waar komt het vandaan?

Verdringing

Ik herinner me een moeder die me trots vertelde hoe ze een eind had gemaakt aan de driftbuien van haar dreumes van vijftien maanden. De 'wijze' huisarts had haar aangeraden ijskoud water in het gezicht van het kind te gooien als hij een driftbui kreeg. Het werkte prima - hij had nooit meer driftbuien. Op de gevorderde leeftijd van vijftien maanden had hij de techniek van de verdringing geleerd. Hij was zo geprogrammeerd dat hij woede onderdrukte omdat het erg onaangename gevolgen had en hij zou dat twijfelachtige vermogen zijn hele leven met zich meedragen. Als dit kind als man wordt geconfronteerd met al die frustrerende, ergerlijke, soms razend makende gebeurtenissen die iedereen dagelijks overkomen, internaliseert hij zijn natuurlijke woede automatisch en als die woede zich opstapelt zal hij TMS krijgen, of een gelijksoortige fysieke reactie. Dit verhaal illustreert een van de bronnen van de verdringing: de goedbedoelde ouderlijke invloed. Dat is misschien wel de meest algemene oorzaak van verdringing. In een poging goede mensen van hun kinderen te maken, scheppen ouders per ongeluk de voorwaarden voor psychische moeilijkheden in hun latere leven. Er zijn eigenlijk heel wat redenen waarom we onze woede onderdrukken, allemaal even logisch en meestal onbewust. Iedereen wil aardig of lief gevonden worden, niemand vindt afkeuring leuk, dus onderdrukken we on-aardig gedrag. We zouden het niet graag toegeven, maar onbewust zijn we bang voor wraak. De culturele gedragscodes van familie en maatschappij vormen een sterke motivatie om geen boosheid te tonen; dit gedrag, dat al in de vroege jeugd begint, raakt diep in ons verankerd. We beseffen, volkomen onbewust, dat we niet boos horen te zijn, dat de boosheid voortkomt uit ergernissen die ons niet boos zouden moeten maken, en dus verdringen we het boze gevoel. Instinctief voelen we dat woede vernederend is en, misschien nog sterker, we voelen onze zelfbeheersing wegglijden als we boos zijn en dat is voor de TMS-persoonlijkheid heel moeilijk te verteren. Dit zijn allemaal onbewuste processen en daarom zijn we ons niet bewust van ons verlangen de woede te verdringen. In plaats daarvan krijgen we een fysiek symptoom, TMS, of bijvoorbeeld maag-darmklachten. Dat heb ik heel vaak. Ik heb gemerkt dat brandend maagzuur wil zeggen dat ik ergens boos over

ben zonder het te weten. Dus denk ik na over de mogelijke oorzaak van mijn klachten en als ik het antwoord vind, verdwijnt het maagzuur. Het is opvallend hoe diep de woede soms zit. Over het algemeen gaat het bij mij om een ergernis waarvan ik niet wist dat ik me er zo kwaad over maakte. Soms is het iets wat zo emotioneel geladen is, dat ik lang moet zoeken naar het antwoord. Na zeventien jaar ervaring met TMS is wel duidelijk dat we in onze cultuur allemaal angst en woede produceren en dat in iedere cultuur mensen hun mogelijk problematische emoties onderdrukken. Anders gezegd, de psychische omstandigheden die psycho-fysiologische reacties als TMS, maagzweren en colitis veroorzaken, zijn universeel; ze verschillen alleen in ernst. Patientten die een extreme vorm van hun aandoening hebben, met ernstige klachten, noemen we neurotisch, maar in feite zijn we allemaal min of meer neurotisch, waardoor het woord zijn betekenis verliest. Het concept van verdringing en dat van het onbewuste zijn nauw met elkaar verbonden. Freud gaf ze voor het eerst een hechte wetenschappelijke onderbouwing. Peter Gay vertelt in zijn uitstekende biografie over Freud (Freud: A Life for Our Time, Norton, New York, 1988, pag. 128) een prachtige anekdote over het onbewuste: 'Het eigenlijke onbewuste heeft meer weg van een zwaar bewaakte gevangenis voor asociale gevangenen die er al jaren rondhangen, of pas binnengekomen zijn, gevangenen die ruw behandeld worden en streng bewaakt, maar nauwelijks onder controle te houden zijn en die voortdurend proberen te ontsnappen' (cursief van mij). De emotionele verschijnselen die in dit hoofdstuk beschreven worden zijn de 'asociale gevangenen' van het onbewuste. We hebben kennelijk een ingebouwd mechanisme dat ons in staat stelt emotioneel onaangename zaken uit de weg te gaan, en dat is de reden voor verdringing. Maar er is waarschijnlijk een even sterke kracht in de geest die deze gevoelens juist naar de oppervlakte wil brengen ('voortdurend proberen te ontsnappen') en dat is de reden om er versterkingen bij te halen, wat psycho-analytici afweermecanismen noemen. Een tijdje geleden kwam er een vrouw bij me met een bijzonder interessant verhaal. Nadat ik haar had onderzocht en had verteld dat ze TMS had en wat dat inhield, zei ze dat de pijn was begonnen toen ze een oudere zus op haar kosten had meegenomen naar Europa. Ze begon zich zorgen te maken of haar zus het wel naar haar zin had en had het gevoel dat het haar plicht was ervoor te zorgen dat dit het geval was; vervolgens werd ze daar boos en wrokkig over. Bovendien zei ze dat ze over haar moeder en zus begon te dromen en dat ze weer moest denken aan haar vroegere verwijten aan hun adres, gebaseerd op het (ongetwijfeld onterechte gevoel) dat ze samenspannen en haar onder druk zetten - om lief te zijn' en dat ze haar buitensloten. Dit alles werd nog versterkt door dat ze het gevoel had dat haar vader, met wie ze een goede band had gehad, haar in de steek had gelaten - hij stierf toen ze elf jaar was. Dit is het soort gevoelens waaruit TMS vaak voortkomt: angst, woede, wrok, gevoelens die tijdens de jeugd ontstaan zijn. Ik vond het opmerkelijk dat ze bij de eerste de

beste hint van mijn kant al die belangrijke psychologische gegevens oplepelde. Deze psychologische verschijnselen zijn universeel: meer dan 80 procent van de Amerikaanse bevolking heeft wel eens last van een van deze pijnsyndromen gehad en in de loop van de laatste dertig jaar is er een toename te zien van het aantal mensen dat deze klachten heeft. Rug- en nekpijn is de voornaamste oorzaak van ziekteverzuim in dit land. Geschat wordt dat de gevolgen van rugpijn de Verenigde Staten jaarlijks ongeveer 56 miljard dollar kosten. Deze aandoening, je zou bijna kunnen zeggen epidemie, kan alleen goed verklaard worden vanuit een universeel psychofysiologisch proces.

Lichamelijke afweermechanismen tegen verdrongen emoties

Jarenlang heb ik in de veronderstelling geleefd dat TMS een soort lichamelijke uiting of ontlading van de zojuist beschreven onderdrukte emoties was. Dat heb ik in de eerste editie van dit boek ook gesuggereerd. Ik was er vanaf het begin van de jaren zeventig van doordrongen dat deze algemene rug- en nekpijn toe te schrijven was aan verdrongen emoties. Achtentachtig procent van een grote groep patiënten met TMS had eerder last gehad van andere aandoeningen die met spanning in verband staan, zoals maagzweren, colitis, spanningshoofdpijn en migraine. Maar de theorie dat TMS een lichamelijke uiting was van nerveuze spanning, was op de een of andere manier onbevredigend en onvolledig. En wat belangrijker was, het verklaarde niet waarom de pijn ophield, de patient 'genas', zodra hij inzag welke rol de pijn in een psychologisch proces speelde. Mijn collega, de psychoanalyticus dr. Standley Coen, met wie ik samen aan een medisch artikel werkte, suggereerde dat het niet de functie van de pijn was uiting te geven aan de verborgen emoties, maar juist te voorkomen dat ze naar de oppervlakte kwamen. Dit, verklaarde hij, noemen we een afweermechanisme. Met andere woorden, de pijn bij TMS (of de klachten bij een maagzweer, colitis ulcerosa of spanningshoofdpijn, of de benauwdheid bij een astmatische aanval) is het gevolg van de behoefte de aandacht van de patient af te leiden van wat er in de emotionele sfeer aan de hand is. Het is de bedoeling dat de patient zijn aandacht op zijn lichaam richt, in plaats van op zijn geest. Het is een reactie op het verlangen de verschrikkelijke, asociale, onvriendelijke, kinderachtige, boze, egoïstische gevoelens (de gevangenen) uit het bewustzijn te houden. Daaruit volgt dat TMS geen lichamelijke aandoening in de gebruikelijke zin is; integendeel, het maakt deel uit van een psychologisch proces. Je kunt je tegen je verdrongen emoties verweren door je aandacht op iets anders te richten dan de gevoelens die verborgen blijven in het onbewuste. Patiënten gebruiken verschillende vergelijkingen om dat proces te beschrijven: dat het afweermechanisme een camouflagetruc is; dat het een afleidingsmanoeuvre is. Het moet je aandacht vasthouden, anders werkt het

niet, en het werkt nog beter als je er volkomen door in beslag wordt genomen of erdoor wordt geobsedeerd. Daarom is een lichamenlijk afweermechanisme ook zo effectief. Het is in staat je aandacht echt te vangen, vooral als het een pijnlijke en beangstigende handicap wordt. En dat gebeurt bij TMS. Het veel voorkomende rug-, nek- en schouder syndroom heeft in de laatste dertig jaar in de Verenigde Staten epidemische vormen aangenomen, omdat het een favoriet afweermechanisme is geworden tegen de bovengenoemde onderdrukte emoties. Een goed camouflagemiddel wordt niet als zodanig herkend, zodat niemand weet dat er iets onder verstopt wordt. Bijna niemand die aan zo'n pijnsyndroom lijdt, beseft dat het in verband staat met emotionele factoren. Integendeel, de meeste mensen denken dat het te wijten is aan letsel, of een van de vele aangeboren of degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom. Een andere groep aandoeningen uit het repertoire van TMS wordt toegeschreven aan de pathologie van de weke delen (onder andere fibromyalgie [pijn in bindweefsel en spieren], fibrositis [ontsteking van bindweefsel] en myofasciitis [ontsteking van spieren en het vlies dat de spieren omgeeft]), maar deze aandoeningen worden toegeschreven aan letsel, een slechte spierfunctie enzovoort - het perfecte camouflagemiddel. Zolang de aandacht van de patient gericht blijft op het pijnsyndroom, bestaat er geen gevaar dat de emoties aan het licht komen. Ik heb al vaak opgemerkt dat de pijn van TMS even hevig is als de pijn van de verdrongen emotie. De patient die als gevolg van vroegere kindermishandeling een groot gevoel van wrok blijkt te koesteren, zal bijvoorbeeld meestal zeer hevige pijn hebben, die hem ernstige lichamelijke beperkingen oplegt, en die pas verdwijnt als die patient de gelegenheid krijgt de vreselijke kwelende woede te uiten die jaren in zijn onbewuste gevangen heeft gezeten - nog een geval waarbij woede de aanzet is tot pijn bij TMS.

Equivalenten van TMS

Zoals ik al zei, kunnen andere aandoeningen hetzelfde doel dienen als TMS. Hier volgt een lijst van de meest voorkomende klachten:

- Voorstadium van een maagzweer
- Spanningshoofdpijn
- Maagzweer
- Migraine
- Hiatus-hernia
- Eczeem
- Spastische dikke darm
- Psoriasis
- Overgevoelige dikke darm
- Acne, netelroos
- Hooikoorts

- Duizeligheid
- Astma
- Oorsuizingen
- Prostaatontsteking
- Frequent urineren

Voor al deze klachten moet u door uw huisarts onderzocht worden. Hoewel het mogelijk is dat ze een psychisch doel dienen, moeten ze lichamen worden onderzocht en behandeld. Het zou fijn zijn als de patiënt ook enig bijkomend advies krijgt. Deze lichamelijke aandoeningen dienen allemaal om bij te dragen aan de verdringing. Hoe vaker de artsen de diagnose 'puur lichamen' stellen, des te vaker ondersteunen ze het afweermechanisme, hetgeen betekent dat de pijn, de maagzweer, de hoofdpijn of wat dan ook, niet overgaat. Zolang de afweer werkt, blijven ook de klachten. Lichamen (in tegenstelling tot geestelijke) afweermechanismen tegen onderdrukte emoties komen ongetwijfeld het meest voor, omdat ze zo effectief zijn. Ze werken ook heel goed omdat een patiënt van de ene klacht op de andere kan overstappen. Er zijn bijvoorbeeld uitstekende medicijnen gevonden tegen een maagzweer. Als gevolg daarvan verschuift de geest zijn aandacht eenvoudig naar een andere lichamen aandoening. Een man van midden veertig vertelde me dat hij tien jaar geleden lage rugpijn had gekregen; na vele jaren was hij met succes geopereerd. Een paar maanden daarna kreeg hij een maagzweer en daar hield hij bijna twee jaar last van. De dokter probeerde een aantal medicijnen, maar het lukte hem niet de maagzweer onder controle te krijgen. Toen de patiënt uiteindelijk geen last van de maagzweer meer had, kreeg hij nek- en schouderpijn; die klachten had hij bijna twee jaar toen hij besloot bij mij te komen om advies. De rugoperatie en de behandeling van de maagzweer verlichtten zijn achterliggende problemen niet; ze werkten alleen als een placebo en gaven de geest volmacht de lichamen klachten naar een andere plaats te verschuiven.

De maagzweer

De maagzweer is een aandoening met een interessante geschiedenis. In de Verenigde Staten en Canada komen maagzweren de laatste twintig tot dertig jaar steeds minder voor, gedeeltelijk door de effectieve medicijnen die in die tijd zijn ontwikkeld. Voor een betere verklaring ben ik echter Russell Baker dank verschuldigd; hij vroeg in een van zijn zondagse columns in het New York Times Magazine (16 augustus 1981): 'Waar zijn al die maagzweren gebleven?' Baker merkte op dat mensen steeds minder vaak last hebben van een maagzweer. Het artikel zette me aan het denken. Iedereen, zowel arts als leek, beseft dat een maagzweer een uiting van spanning was, zodat de aandoening de spanning niet meer verhulde en steeds minder mensen er last van kregen. Zou dat de reden kunnen zijn waarom nek-, schouder- en rugpijn de

laatste jaren zo vaak voorkomen? Is het mogelijk dat deze klachten nu een veel betere schuilplaats vormen voor spanning dan de maag?

Lichaam en geest

Ik heb de indruk dat de geest bijna ieder orgaan of systeem in het lichaam als afweermiddel tegen onderdrukte emotionaleiteit kan gebruiken. Hieronder vallen ook aandoeningen van het immuunsysteem, zoals hooikoorts of CARA (chronische specifieke respiratoire aandoeningen), steeds terugkerende ontstekingen van de luchtwegen, de geslachtsdelen of de urinewegen. Een uroloog die ik ken heeft eens gezegd dat bij meer dan 90 procent van zijn patiënten met een prostaatontsteking, spanning de oorzaak van de klachten is. Ik heb een patiënt die steeds een droge mond heeft, omdat de afvoerbuizen van de speekselklieren zich door spanning samentrekken. Ook laryngitis kan een emotionele oorzaak hebben; volgens oogartsen is spanning vaak de oorzaak van gezichtsproblemen enzovoort. Nogmaals, alle symptomen moeten goed bestudeerd worden, om er zeker van te zijn dat structurele, infectieuze of neoplastische processen geen rol spelen. Dit onderwerp komt in het hoofdstuk over geest en lichaam nader aan de orde. Hoewel het verstandig is de zogenaamde organische aandoeningen uit te sluiten, moet de diagnose van psychofysiologische klachten positief gesteld worden, en niet negatief, door uitsluiting. Een diagnose door uitsluiting is geen diagnose. Dat betekent: 'Ik weet niet wat er aan de hand is, dus zal het waarschijnlijk wel spanning zijn.' De diagnosticus moet in feite kunnen zeggen: 'Nu ik de mogelijkheid van een gezwel of kanker heb uitgesloten, kan ik verder zoeken in de wetenschap dat het er alle schijn van heeft dat deze lichamen aandoening het gevolg is van een emotioneel proces.' Dat wordt echter zelden gedaan, want de meeste praktiserende artsen zien niet in dat de klachten van psychofysiologische aard zijn of, als dat wel het geval is, behandelen ze de aandoening symptomatisch, alsof de oorzaak organisch is.

Angst voor pijn

De ernst van TMS wordt niet alleen door de hevigheid van de pijn bepaald, maar ook door de mate waarin er sprake is van lichamen beperkingen. Waar is de patiënt bang voor, wat kan hij niet meer doen? Deze beperkingen zijn soms belangrijker dan de pijn zelf, omdat ze bepalen in hoeverre de patiënt zich persoonlijk, professioneel, sociaal en sportief kan bewegen. Op den duur vormen angst voor en aandacht voor lichamen beperkingen een effectiever psychisch afweermechanisme dan pijn. Een hevige pijn aanval kan binnen een paar dagen over zijn, maar als de patiënt bang is bepaalde dingen te doen, omdat hij bang is een volgende pijn aanval te veroorzaken, of omdat hij gemerkt heeft dat er altijd onmiddellijk pijn op volgt, al hoeft

dat niet altijd een acute aanval te zijn, dan is hij voortdurend geobsedeerd door zijn lichaam en functioneert het afweermecanisme onophoudelijk. Bij de meeste patienten met wie ik werk is dit de belangrijkste factor. Soms heb ik een patient die zegt dat hij geen lichamelijke beperkingen ervaart, dat de pijn het enige probleem is. Maar zulke patienten zijn zeldzaam; de meesten zijn bang voor lichamelijke activiteit, waardoor het probleem in plaats van te verdwijnen steeds weer leidt tot meer angst en vaak tot neerslachtigheid. Het gaat in die gevallen werkelijk om een fysicofobie, angst voor lichamelijke activiteit. De mate waarin de patient zich met zijn klachten bezighoudt, bepaalt de ernst van de aandoening. Veel patienten vertellen dat het syndroom hun leven beheerst, terwijl anderen duidelijk door hun aandoening worden geobsedeerd. Het is het eerste waar ze bij het wakker worden, en het laatste waar ze bij het slapen gaan aan denken. Een jonge vrouw die ik behandelde zei op een dag dat ze 'doodsbenauwd was voor de pijn'. In de loop van ons gesprek werd echter duidelijk dat ze in werkelijkheid doodsbenuwd was voor emotionele zaken en dat het pijn-syndroom haar in staat had gesteld die uit de weg te gaan. Ik heb gemerkt dat de algemene ernst van het pijnsyndroom, inclusief de obsessie, een goede leidraad is voor het bepalen van het belang van de onderliggende emotionele toestand van de patient. Daarmee bedoel ik hoeveel woede en angst hij verbergt, en hoe ernstig de trauma's uit zijn vroegere leven zijn, die hebben bijgedragen aan zijn tegenwoordige psychische toestand. Mensen die als kind mishandeld zijn, emotioneel of lichamenlijk, maar vooral seksueel, hebben vaak een enorme hoeveelheid angst en woede in zich. Dat is een van de eerste dingen waar ik aan denk als ik iemand met een bijzonder ernstige vorm van TMS te zien krijg. De lichamelijke symptomen stellen hen in staat contact met enkele verschrikkelijke, beangstigende, diep verborgen gevoelens te vermijden. Ik overdrijf niet - de geest van deze mensen wordt gekweld door een grote angst en waarschijnlijk een enorme woede die zij niet durven erkennen. Zulke patienten vertellen vaak dat ze begrijpen waarom de pijn niet verdwijnt, want zodra ze de verborgen gevoelens benaderen, raken ze in paniek en kunnen ze niet verder. Ze hebben naast het behandelprogramma altijd psychotherapie nodig. Aan de andere kant is bij de overgrote meerderheid van de mensen met TMS, ongeveer 95 procent, de angst minder hevig en de reden ervoor veel milder, zodat zij ook geen emotionele reactie krijgen als de pijn verdwijnt. Het lijkt alsof in deze gevallen de geest overdreven heeft gereageerd op de boosheid en de spanning, alsof het afweermecanisme eigenlijk helemaal niet nodig was. Het voorgaande is in onze cultuur universeel; alleen de mate waarin mensen hun emotionaliteit onderdrukken verschilt. En in onze cultuur heeft de natuur een mechanisme ontwikkeld waardoor we ons niet bewust zijn van die slechte gevoelens - en dat veroorzaakt lichamelijke klachten. Gelukkig is er een manier om een einde te maken aan wat voor de meeste mensen een verkeerde reactie is. Logisch beredeneerd reageren de hersenen bij TMS op een kinderachtige manier.

Mijn onderzoek naar TMS heeft echter aangetoond dat de hersenen ook andere eigenschappen hebben en dat ze het proces dat tot lichamelijke klachten leidt, kunnen omkeren. Angst is allesdoordringend. Alles wat angstige spanning doet toenemen, vergroot ook de ernst van de klachten. Een van mijn patienten vertelde dat ze bij het bezoek aan een arts vreselijk geschrokken was, omdat ze te horen had gekregen dat het onderste deel van haar wervelkolom aan het degenereren was. Ze zei dat ze bijna flauwviel op straat en dat haar pijn daarna veel erger werd. Een jongeman van in de twintig, met de conditie van een voetballer, vertelde dat hij de sterke figuur in het familiebedrijf was. Op een dag besloot hij mee te gaan toen zijn vader naar een specialist ging, omdat bij het tanden poetsen het onderste deel van zijn rug wat pijn was gaan doen. Er werden röntgenfoto's gemaakt en het onderste deel van de wervelkolom bleek een afwijking te vertonen; toen hij dat te weten kwam werden zijn lichte klachten erger. Toen de pijn aanhield, kreeg hij de raad naar een specialist te gaan. Er werd een CT-scan gedaan (zie pag. 36) waaruit bleek dat hij een hernia had. Hij kreeg te horen dat hij een ernstige aandoening had en dat hij geen zware dingen meer mocht tillen, nooit meer basketbal mocht spelen (een van zijn favoriete sporten) en ook verder heel voorzichtig moest zijn. Hij was er kapot van. Hoewel de pijn in het begin heel licht was geweest, had hij nu iedere dag hevige pijn en was hij in zijn werk en leven ernstig beperkt. Hij was dankzij de lichamelijke diagnose en de implicaties daarvan invalide geworden. Hij geloofde nu dat zijn rug een ernstige afwijking vertoonde en dat hij nooit meer zware dingen kon tillen of kon sporten. Toen ik hem te zien kreeg was hij ernstig depressief. Gelukkig had hij TMS. Hij reageerde goed op de behandeling en hij leeft nu weer een normaal leven (inclusief basketbal). Veel aspecten van rugpijn geven aanleiding tot angst. Het Amerikaanse volk is er nu van overtuigd dat de rug een fragiele, tere structuur is, waar gemakkelijk iets mis kan gaan en die altijd kwetsbaar blijft. Er zijn tientallen regeltjes: niet bukken, niet tillen, tillen met een rechte rug, niet op een zachte stoel of bank zitten, geen crawl of vlinderslag zwemmen, geen hoge hakken dragen, je rug niet naar achteren buigen (wat gebeurt bij crawl, vlinderslag en hoge hakken), op een harde matras slapen, niet hardlopen, geen al te zware sporten doen, enzovoort, enzovoort. Veel van de patienten die ik met succes heb behandeld (een paar duizend) hebben aangetoond dat dit onjuiste instructies zijn. Het enige effect dat ze hebben is dat ze het pijnsyndroom in stand houden en het leven tot een hel maken. Mensen zijn bang voor een nieuwe aanval. Iedereen die een ernstige pijnaanval in de rug heeft gehad moet wel doodsbenuwd zijn voor de volgende. De ironie is dat deze angst voor pijn de angstige spanning alleen maar erger maakt en bijna garandeert dat er vroeg of laat een nieuwe aanval komt. Angst en woede worden sterker als de patient zich realiseert geen ideale ouder, echtgenoot, seksuele partner, kostwinner of huismoeder te zijn, of welke andere functie hij of zij ook maar in het leven heeft. je kunt niet naar een bioscoop, theater, concertgebouw of

restaurant omdat je niet lang kunt zitten. De ellende is nog veel groter als je zelfstandig ondernemer bent. De treurige werkelijkheid is dat de patient met rugpijn een gevangene is van een alles doordringende angst voor pijn - en deze angst is een van de voornaamste factoren die het pijnsyndroom in stand houden.

Met de problemen omgaan

Ik heb wel eens horen zeggen dat mensen door spanning pijn krijgen omdat ze hun problemen niet de baas kunnen. Het tegendeel is waar; TMS ontstaat omdat ze dat juist te goed doen. Als we onze problemen het hoofd willen bieden moeten we de emoties verdringen die ons daarvan kunnen weerhouden en verschijnt TMS om de verdrongen emoties eronder te houden. Er kwam laatst een machtig zakenman bij me, die me vertelde dat hij nooit nee kan zeggen tegen vrienden en familieleden die hem iets vragen, omdat nee zeggen voor hem betekent dat hij het opgeeft. Ja zeggen, met de taak beginnen en die afmaken, betekent winnen, wat het hem emotioneel ook kost. Hij heeft de touwtjes in handen en hij is een prima kandidaat voor TMS. Dit verhaal illustreert ook enkele andere kenmerken van de TMS-persoonlijkheid: de behoefte aan liefde, bewondering, respect; de drang iets te bereiken; en de intense prestatiegerichtheid. Als we overal goed in willen zijn, moeten we de prijs daarvoor betalen - uiterlijk gaat het ons fantastisch, maar innerlijk lijden we.

Het afwijzen van de diagnose

Jammer genoeg zouden de meeste mensen de diagnose TMS afwijzen als ze ermee geconfronteerd worden. Dat is niet zo vreemd, want in onze maatschappij bestaat er nog steeds een sterk vooroordeel tegen alles wat met psychische problemen en psychotherapie te maken heeft. Het doet niet ter zake dat de overweldigende meerderheid van deze 'aandoeningen' licht is of dat jaarlijks miljoenen mensen psychotherapie ondergaan. Emotionele problemen vallen blijkbaar in dezelfde categorie als raciale en religieuze vooroordelen. Afgaand op recente politieke gebeurtenissen is de maatschappij er kennelijk beter in geslaagd de raciale en religieuze fobieën te overwinnen dan de psychische. Uit het reilen en zeilen van het hele politieke wereldje blijkt dat een groot aantal tegenwoordige politici ontzettend veel aan psychotherapie zouden hebben. Onder deze omstandigheden is het niet erg waarschijnlijk dat een politicus zal toegeven dat hij TMS heeft.

Ook de meeste atleten zouden de diagnose afwijzen, want psychische syndromen worden gelijkgesteld met zwakheid, en atleten moeten hun krachtige en onoverwinnelijke uitstraling houden. Ik ken een paar sportmensen die naar mij verwezen zijn, maar die nooit gekomen zijn. Natuurlijk heerst hetzelfde vooroordeel binnen de geneeskunde. Artsen geven er de voorkeur aan lichamelijke aandoeningen te behandelen; ze voelen zich onzeker als ze

worden geconfronteerd met patienten die emotionele klachten hebben. Hun gebruikelijke reactie is het voorschrijven van medicijnen en hopen dat het overgaat. Zelfs de psychiatrie kent een groot aantal specialisten dat aan een behandeling met medicijnen de voorkeur geeft. En ik weet van een aantal psychiaters die TMS afwezen als mogelijke oorzaak van hun rugpijn. Aan de andere kant komen mensen met lichamelijke aandoeningen maar zelden dergelijke vooroordelen tegen. De verzekering betaalt zelfs de meest ingewikkelde diagnostische en therapeutische technieken, maar in de meeste polissen is een vergoeding van de kosten van psychotherapie uitgesloten of uiterst beperkt. Er worden duizenden dollars uitgegeven voor een levensreddende orgaantransplantatie, maar een therapie die de kwaliteit van het leven verbetert moet het met maar een paar centen doen. Geen wonder dat de geest strategieën bedenkt om emotionele problemen te vermijden. Onbewust hebben we liever lichamelijk pijn dan dat we erkennen dat we door emotionele onrust gekweld worden. Toen ik hierover met een patiente praatte, kwam ze met een overtuigende opmerking. Ze zei: 'Als je mensen vraagt je niet lastig te vallen omdat je het emotioneel te zwaar hebt, hoef je niet te verwachten dat je een sympathieke reactie krijgt; maar als je zegt dat je ergens pijn hebt, of andere lichamelijke klachten, dan zijn ze onmiddellijk meelevend en bezorgd.' Ze heeft helemaal gelijk. Een lichamelijke klacht is volkomen acceptabel in onze cultuur, maar mensen deinzen vaak terug als er emotioneel iets aan de hand is. Des te meer reden voor de geest om een lichamelijke boven een emotionele uitingsvorm te verkiezen, als hij wordt geconfronteerd met onaangename emotionele verschijnselen.

Komt TMS over de hele wereld voor?

Soms vragen mensen mij of er ergens ter wereld een cultuur bestaat waar TMS niet voorkomt. Dr. Kirkaldy-Wallis, een arts die in Engeland is opgeleid en tweeëntwintig jaar in Kenya heeft gewerkt, kwam met het antwoord. Tijdens een medisch congres in 1988 vertelde hij dat rugpijn zelden bij inheemse Afrikanen voorkwam, maar bij blanken en Aziaten even vaak als in de Verenigde Staten en Canada. Volgens hem was dit gedeeltelijk toe te schrijven aan culturele verschillen en het feit dat Afrikanen minder gespannen leven dan wij. Volkomen logisch.

TMS is niet nieuw

Toen vele jaren geleden alle informatie over deze aandoening naar buiten kwam, kon ik maar moeilijk geloven dat niemand hier ooit eerder op was gestuit. Een zoektocht door de medische literatuur leverde een artikel op dat in 1946 door een zekere majoor Morgan Sargent in het New England Journal of Medicine was gepubliceerd. De auteur beschreef een grote groep luchtmacht personeel die met rugpijn uit de oorlog terugkwam. Dr. Sargent, geen

psychiater, vertelde dat 96 procent van een grote groep een door psychische factoren veroorzaakte pijn had en gaf vervolgens een accurate beschrijving van TMS. Het was veelzeggend dat dr. Sargents artikel door het tijdschrift werd geaccepteerd. Het zou nu waarschijnlijk zijn afgewezen als 'onwetenschappelijk'. (Ik zal in Hoofdstuk 7 nader ingaan op de veranderde houding ten opzichte van het verband tussen lichaam en geest.)

De oplossing

Op dit moment zal de patient zeggen: 'Goed, goed, u hebt me overtuigd. Ik begrijp waarom ik pijn heb. Maar hoe moet ik nu mijn persoonlijkheid veranderen, mijn problemen oplossen (vooral de onoplosbare, zoals mijn negentigjarige moeder), hoe moet ik ervoor zorgen dat ik niet boos en angstig meer ben en mijn gevoelens niet meer verdring?' Moeder Natuur is in dit geval wel heel vriendelijk geweest, want die moeilijke veranderingen zijn in de meeste gevallen helemaal niet nodig. Natuurlijk, een klein aantal patienten heeft psychotherapie nodig om te genezen, maar die groep vormt nog geen 5 procent van alle patienten. De rest wordt beter, alleen door alles te weten te komen over TMS en anders te leren denken over hun rug. Klinkt dit eenvoudig? Dat is het, en tegelijkertijd ook niet, zoals uit het hoofdstuk over behandeling zal blijken.

3. DE FYSIOLOGIE VAN TMS

Het woord fysiologie verwijst naar de manier waarop de verschillende systemen en organen van het lichaam functioneren. Alle biologische systemen zijn uitzonderlijk gecompliceerd en hoe hoger het dier op de evolutionaire ladder staat, hoe complexer zijn fysiologie is. Dit geldt vooral voor TMS, omdat deze aandoening het gevolg is van een wisselwerking tussen het geestelijk-emotionele en het lichamelijke aspect van de menselijke biologie. De medische wetenschap heeft in de laatste honderd jaar ontzettend veel geleerd over de fysiologie van de meeste biologische systemen en de chemische en fysische samenstelling van het menselijk lichaam, maar er is vrijwel niets bekend over de wisselwerking tussen lichaam en geest, die van essentieel belang zou kunnen zijn voor een helder inzicht in zowel ziekte als gezondheid. TMS lijkt een klassiek voorbeeld te zijn van de manier waarop lichaam en geest op elkaar kunnen inwerken, maar we weten niet welke chemische, fysische of celbiologische processen ervoor zorgen dat emoties een lichamelijke reactie op gang brengen - en toch gebeurt dat. Hier volgt mijn theorie over hoe dat bij TMS werkt.

Het autonoom zenuwstelsel

De fysiologie van TMS begint in de hersenen. Hier brengen verdrongen emoties als angst en woede een proces in werking waarbij het autonoom zenuwstelsel de bloedtoevoer naar bepaalde spieren, zenuwen, pezen of bindweefselbanden vermindert, met als gevolg pijn en andere vormen van disfunctie in deze weefsels. Het autonoom zenuwstelsel is een deel van het zenuwstelsel dat verantwoordelijk is voor alle onwillekeurige functies van het lichaam. Het bepaalt hoe snel het hart pompt hoeveel zuur er bij de spijsvertering naar de maag wordt geloofst, hoe snel je ademhaalt, en bepaalt een heel scala van andere fysiologische processen die zorgen dat ons lichaam ieder moment optimaal functioneert onder alledaagse omstandigheden of in noodsituaties. De zogenaamde vecht- of vluchtreactie die alle dieren kennen, en die vooral bij de lagere diersoorten van groot belang is, wordt door het autonome systeem gestuurd. Ieder orgaan en systeem van het lichaam is goed voorbereid op zo'n noodsituatie. Sommige systemen moeten helemaal ophouden te functioneren zodat het lichaam alles op alles kan zetten om het gevaar beter het hoofd te bieden. Typisch is dat de meeste voedings- en afscheidingsfuncties van het lichaam ermee ophouden, het hart sneller klopt en het bloed wordt weggeleid van de minder belangrijke functies, zodat er meer bloed beschikbaar komt voor systemen die essentieel zijn voor de vlucht of de strijd, zoals de spieren. Het cruciaal belang van het autonoom zenuwstelsel moge duidelijk zijn. Het autonoom zenuwstelsel regelt de bloedsomloop en wel met de allergrootste precisie. Het kan de bloedtoevoer doen toenemen of afnemen waar het wil, en heeft daar meestal

goede redenen voor, zoals hierboven beschreven. Maar wat het zenuwstelsel bij TMS doet hebben we aangemerkt als een abnormale autonome activiteit. De reactie heeft geen nut in de gebruikelijke zin. Zij draagt niet bij tot het normale dagelijkse functioneren en bereidt het lichaam niet voor op vechten of vluchten. Zij reageert op een psychische behoefte. We beschouwen dit proces echter als afwijkend, omdat het leidt tot pijn en andere onprettige symptomen.

Zuurstofgebrek - de pathofysiologie van TMS

We hebben gesteld dat het autonome systeem bij TMS de bloedtoevoer naar bepaalde spieren, zenuwen, pezen en bindweefselbanden vermindert, als reactie op de aanwezigheid van onderdrukte emoties zoals angst en woede. Dit proces wordt wel ischemie genoemd, dat wil zeggen dat het weefsel in kwestie minder bloed krijgt dan normaal. Dat betekent dat er voor deze weefsels minder zuurstof beschikbaar is dan zij gewend zijn, zodat er klachten ontstaan - pijn, gevoelloosheid, tintelingen en soms krachte-loosheid. Dat komt door de essentiële rol van zuurstof bij alle fysiologische processen. Als het zuurstofpeil lager ligt dan normaal kun je verwachten dat er een reactie komt waaruit dat blijkt. Het is echter moeilijk te begrijpen waarom het autonome systeem zo reageert dat het pijn en andere onaangename verschijnselen veroorzaakt, terwijl het normaal gesproken verantwoordelijk is voor een optimaal functionerend lichaam, wat er ook gebeurt. Dat is heel tegenstrijdig, het lijkt er dan ook op dat er ergens een dringende behoefte aan de reactie is. Zoals we al eerder zeiden, die behoefte bestaat uit het verlangen van de geest de aandacht van de patient af te leiden van die zeer onaangename, vaak pijnlijke emoties die hij verborgen wil houden. Het is alsof de geest besluit dat lichamelijke pijn de voorkeur verdient boven geestelijke pijn. Als je het zo bekijkt is dat proces nog niet eens zo onlogisch.

Zuurstofgebrek als oorzaak van TMS

Hoe kun je weten of de pijn wordt veroorzaakt door zuurstofgebrek? Ten eerste zijn veel lichamelijke klachten het gevolg van abnormale autonome processen die op gang komen bij woede en angst. De bekendste is de maagzweer (jaren geleden bestond de behandeling van een maagzweer vaak uit een operatie waarbij de autonome zenuwen naar de maag werden doorsneden), maar ook een spastische dikke darm, spanningshoofdpijn, migraine en vele andere aandoeningen zijn in deze categorie onder te brengen. Daarom leek het logisch dat de pathologische fysiologie van TMS ook uit het autonome stelsel voortkwam. Aangenomen dat het autonome stelsel een rol speelt bij TMS, biedt de bloedsomloop de beste gelegenheid om spieren en zenuwen aan te tasten. De kleine bloedvaten die het bloed naar deze weefsels voeren (arteriolen) hoeven alleen maar een beetje samen te trekken,

waardoor er minder bloed in het betreffende gebied terechtkomt, de weefsels een licht zuurstofgebrek krijgen, en pijn ontstaat. Het bewijs dat de fysiologische verandering bij TMS door zuurstofgebrek bestaat, is gedeeltelijk klinisch. Het is al lang bekend dat warmte, door middel van diathermie of een behandeling met ultrasone golven naar de spieren geleid, tijdelijk verlichting geeft. Dat geldt ook voor dieptemassage en oefeningen van de desbetreffende spieren. Het is bekend dat deze drie lichamelijke behandelingen de doorbloeding van de spier stimuleren. Een betere bloedsomloop betekent meer zuurstof, en als de pijn dan minder wordt, is het een logische gevolgtrekking dat zuurstofgebrek de oorzaak was van de pijn. Deze conclusie wordt ook ondersteund door wetenschappelijk onderzoek. In 1973 schreven twee Duitse onderzoekers, H.G. Fassbender en K. Wegner, dat ze spierbiopten hadden genomen bij patiënten met rugpijn en in de nucleï van de spieren microscopische veranderingen hadden geconstateerd die op zuurstofgebrek wezen ('Morphologie und Pathogenese des Weichteilrheumatismus', *Z Rheumaforsch*, DI. 32, pag. 355). Verdere gegevens die wijzen op de belangrijke rol van zuurstofgebrek bij TMS, zijn afkomstig van een groep onderzoekers die de afgelopen jaren door middel van experimenten heeft aangetoond dat bij patiënten met primaire fibromyalgie het bloed te weinig zuurstof bevat. Enkele van deze onderzoekers, N. Lund, A. Bengtsson en P. Thorborg hebben een artikel, getiteld 'Muscle Tissue Oxygen Pressure in Primary Fibromyalgia' in het *Scandinavian Journal of Rheumatology* gepubliceerd. Met behulp van een verfijnde nieuwe techniek waren ze erin geslaagd heel precies het zuurstof-gehalte van de spier vast te stellen; ze constateerden dat de zuurstofrijke bloedstroom bij patiënten met fibromyalgie in de pijnlijke spieren slecht was. Dit betekent voor de oorzaak van TMS, dat fibromyalgie, of fibrositis en myofibrillitis synoniem zijn met TMS. Ik heb een groot aantal mensen behandeld die bij me kwamen met de diagnose fibromyalgie; de anamnese en het onderzoek wezen op een ernstige vorm van TMS. Ze zijn genezen, een bewijs dat deze diagnose juist was. Daarom valt redelijkerwijs aan te nemen dat een licht zuurstofgebrek in de spieren van patiënten met fibromyalgie de hypothese ondersteunt dat pijn bij TMS dezelfde oorzaak heeft - zuurstoftekort. Zoals eerder gezegd uit TMS zich op vele verschillende manieren, zowel kwalitatief als kwantitatief, en het is duidelijk dat fibromyalgie een vorm van TMS is. Het is een van de ernstigste vormen, want de patiënt heeft vaak pijn in vele verschillende spieren, lijdt aan slaperigheid en is niet alleen angstig en depressief, maar heeft ook last van algehele vermoeidheidsverschijnselen. Al deze symptomen worden beschouwd als uitingen van in zeer hoge mate onderdrukte emotionaleiteit, vooral woede, waardoor de klachten ernstiger zijn. De meeste huidige medische wetenschappers kunnen die verklaring maar moeilijk aanvaarden, omdat zij strijdig is met hun fundamentele hypothese dat de etiologische verklaringen van lichamelijke afwijkingen in het lichaam zelf te vinden moeten zijn. Ze kunnen niet begrijpen hoe iets als rugpijn in

de hersenen kan ontstaan. En dat is tragisch voor de patiënt, want zolang die onwil blijft bestaan, zal de patiënt het slachtoffer blijven van een verkeerde diagnose.

De gevolgen van zuurstofgebrek

De spier

Spieren die te weinig zuurstof krijgen zijn pijnlijk om twee bekende redenen, en misschien om andere redenen die we nog niet kunnen doorgronden. Kramp is de eerste en meest opvallende oorzaak van zuurstoftekort. Het is verantwoordelijk voor de afschuwelijke pijn die mensen bij een acute aanval voelen, zoals in Hoofdstuk 1 beschreven werd. Als de aanval eenmaal over is, is de spier echter niet meer verkrampd. Bij de duizenden patiënten die ik in de loop van de jaren heb onderzocht, was er zelden sprake van een spierspasme. Het tweede mechanisme is, zoals dr. Holmes en dr. Wolfé in 1952 in hun artikel 'Life Situations, Emotions and Backache' aangaven (*Psychosomatic Medicine*, DI. 14, pag. 18), dat de chemie van de spieren bij deze patiënten veranderd was en dat ze pijn kregen omdat de afvalstoffen van de melkzuurstofwisseling zich in de spier ophoopten. Het is bijzonder interessant dat zowel spierspasmen als deze chemische verandering voorkomen bij lange-afstandslopers die ook last hebben van zuurstofgebrek in de spieren. De aanwezigheid van spierpijn, spontaan of als gevolg van druk, wijst erop dat de spier een zuurstoftekort heeft. Het betekent niet dat de spier 'gespannen' is. Let wel, het gaat in deze gevallen meestal om een licht zuurstofgebrek dat de weefsels niet beschadigt. Dat geldt vooral voor de spier.

Trigger-punten

De term trigger-punten die al vele jaren gebruikt wordt, verwijst naar de drukgevoeligheid van bepaalde spieren in nek, schouders, rug en billen. Er bestaat verschil van mening over welke weefsels pijnlijk zijn, maar de meeste artsen zijn het erover eens dat het de spieren zijn. Reumatologen die een vooraanstaande rol spelen bij het onderzoek naar fibromyalgie (TMS), lijken deze term niet graag te gebruiken, waarschijnlijk omdat hij in de loop van de jaren voor verschillende diagnoses is gebruikt. Ik gebruik noch vermijd hem, want ik heb geconstateerd dat deze pijnlijke plaatsen niets meer en niets minder zijn dan de kern van het zuurstoftekort. Bovendien heeft onderzoek uitgewezen dat bepaalde plaatsen bij TMS-patiënten zoals ik, altijd drukgevoelig blijven, ook al is de pijn verdwenen. In Hoofdstuk 1 werd gezegd dat de meeste patiënten met TMS op zes belangrijke plekken pijn hebben: de buitenkant van beide billen, beide zijden van de lage rug (de lendestreek) en de bovenkant van de beide schouders. Deze pijnlijke plek-

ken of trigger-punten, de naam is niet belangrijk, zijn typerend voor TMS en het zijn deze punten die na de behandeling meestal drukgevoelig blijven. Het is een belangrijk aspect van de fysiologie van TMS dat de hersenen hebben besloten deze spieren bij dit syndroom te betrekken. Patienten vragen vaak of het misschien helpt pure zuurstof in te ademen. Dit heeft men geprobeerd, maar helaas verlicht het de pijn niet. Als de hersenen van plan zijn een zuurstoftekort tot stand te brengen, zullen ze dat doen, hoe zuurstofrijk het bloed ook is.

De zenuw

Zenuwweefsel is gevoeliger en kwetsbaarder dan spierweefsel. Waarschijnlijk veroorzaakt zuurstofgebrek zenuwpijn omdat het lage zuurstofpeil een bedreiging vormt voor de integriteit van de zenuw, wat bij de spier niet het geval is. Met andere woorden, de spier kan heel wat zuurstoftekort hebben voordat hij beschadigd raakt, veel meer dan bij TMS voorkomt. Het gevoeliger zenuwweefsel loopt echter gemakkelijker schade op en de pijn begint al bij een heel licht zuurstofgebrek, om de hersenen te waarschuwen dat er iets mis is. Daarom denk ik dat zenuwpijn bij TMS een waarschuwings-signaal is. Ook andere zenuwklachten komen vaak voor bij TMS. De patient kan last krijgen van gevoelloosheid, tintelingen, slapende armen of benen, een branderig gevoel, een gevoel van druk, en andere, minder vaak voorkomende klachten. De klachten worden in dat deel van het lichaam gevoeld waar de zenuw naar toe loopt. Zenuwen zijn bundels draden die verbindingen tot stand brengen tussen de hersenen en alle delen van het lichaam. Ze brengen boodschappen over van de hersenen naar de spieren, om de spieren te activeren lichaamsdelen te bewegen. Maar ze brengen ook boodschappen over in omgekeerde richting; ze geven de hersenen informatie over wat er in het lichaam aan de hand is. Als je jezelf bijvoorbeeld met een speld prikt, gaan er impulsen door de zenuw zodat de hersenen registreren dat er iets pijnlijks gebeurt. Als de zenuw ergens geïrriteerd of beschadigd raakt, wordt de pijn in dat deel van het lichaam gevoeld waar deze informatie normaal gesproken vandaan zou komen. Als de heupzenuw (nervus ischiadicus) bijvoorbeeld ergens in de bilspier aan zuurstofgebrek lijdt, is de pijn voelbaar in het been waar de heupzenuw naar toeloopt. Deze zenuw loopt vrijwel door het hele been (door beide benen loopt een heupzenuw), zodat er vele vormen van ischias zijn. Sommige mensen hebben pijn langs de achterkant van hun been, anderen alleen aan de zijkant. Of de pijn is alleen voelbaar in een deel van het been of de voet, het dijbeen, de kuit of het scheenbeen, de bovenkant of onderkant van de voet. Soms is de pijn voelbaar aan de zijkant van het dijbeen, om vervolgens naar de voet over te springen. In sommige gevallen is er alleen ergens in het been of de arm zenuwpijn, zonder nek- of rugpijn. Er zijn patienten bij wie de zenuwen van het bovenste deel van de lage rug een rol spelen; in dat geval kan de pijn

voelbaar zijn in het bovenbeen, de lies, of zelfs het onderste deel van de buik. Hoewel de zenuwen van het onderste deel van het heiligbeen naar de geslachtsorganen lopen, hebben sommige patienten pijn in het scrotum of de labia, veroorzaakt door een van de zenuwen uit het bovenste gedeelte van de lage rug. In Hoofdstuk 1 staat beschreven welke zenuwen in het bovenste en onderste deel van de lage rug een rol kunnen spelen. De zenuwvezels die informatie overbrengen naar de hersenen worden ook wel sensibele zenuwen genoemd. Motorische zenuwen lopen in tegengestelde richting. Zij brengen boodschappen (impulsen) over van de hersenen naar de spieren en zetten de spieren aan tot samentrekken, en dus bewegen. Als een spier samentrekt wordt hij korter en zo komt het dat een deel van het lichaam beweegt. Als een spier voortdurend krachtig samengetrokken wordt, spreken we van kramp of spasme. Zo'n spier voelt hard aan en kan tijdelijk niet ontspannen worden. Een spasme is doorgaans ontzettend pijnlijk, het is dan ook een abnormale toestand van de spier. De meeste zenuwen, zoals de heupzenuw, bestaan uit sensibele en motorische zenuwvezels. Daarom gaat beschadiging of irritatie van een zenuw soms gepaard met klachten als pijn, tintelingen, gevoelloosheid, branderig gevoel, gevoel van druk en soms, al gebeurt dat niet zo vaak, zijn er alleen klachten over een gevoel van krachteloosheid of werkelijke krachteloosheid. Bij TMS verschillen de symptomen van patient tot patient. Vaker is er sprake van een combinatie van beide.

Pezen en bindweefselbanden

TMS blijft in veel opzichten een raadselachtige aandoening en de rol van de pezen en bindweefselbanden is wel zeer moeilijk te begrijpen. Een peesontsteking in de elleboog, schouder of knie bijvoorbeeld verdwijnt vaak in de loop van een TMS-behandeling. Daarom moet aangenomen worden dat deze aandoeningen deel uitmaken van het syndroom. Als dat zo is, welke fysiologische verandering is dan verantwoordelijk voor de pijn? Over het algemeen wordt aangenomen dat er bij een peesontsteking sprake is van een ontstekingsreactie, maar er is niets wat daarop wijst. Omdat de klachten deel uitmaken van TMS is de verleiding groot ze aan zuurstoftekort toe te schrijven. Hoewel er geen bloedvaten door de pezen lopen, is de pees een levend weefsel dat voeding en zuurstof nodig heeft. Je kunt gevoeglijk aannemen dat zuurstoftekort ook verantwoordelijk is voor pijn in pezen en bindweefselbanden. Welk mechanisme hier ook aan het werk is, het is duidelijk dat deze structuren ook betrokken zijn bij het schimmenspel dat de hersenen organiseren om angst en woede te vermijden en het is heel belangrijk te beseffen dat ook de peesontsteking deel uitmaakt van het Tension Myositis Syndroom.

Samenvatting

Samenvattend kun je zeggen: TMS ontstaat door een bepaalde emotionele toestand die een activiteit in werking stelt binnen het centrale zenuwstelsel, met name het autonoom zenuwstelsel, waardoor plaatselijk een zekere samentrekking van een bloedvat met een licht zuurstoftekort optreedt in bepaalde spieren, zenuwen, pezen en bindweefselbanden. Dit zuurstoftekort is verantwoordelijk voor de pijn die de voornaamste klacht is bij TMS en voor de mogelijke aanwezigheid van sensore afwijkingen (gevoelloosheid, slapende ledematen) en motore aandoeningen zoals krachteloosheid of veranderingen in de reflexen. (Welke spieren, zenuwen, pezen en bindweefselbanden kunnen worden aangetast staat uitgebreider beschreven in Hoofdstuk 1) Waarom de geest heeft besloten deze spieren, zenuwen, pezen en bindweefselbanden bij TMS te betrekken, kunnen we op dit moment nog niet overzien. Waarschijnlijk zijn we in dit stadium van de evolutie van de menselijke geest nog niet in staat te begrijpen hoe de hersenen over het algemeen functioneren, hoe ze taal begrijpen en produceren, hoe ze gedachten en herinneringen voortbrengen enzovoort. Het mechanisme dat bij TMS een rol speelt is gewoon een van die onbegrijpelijke aspecten van de menselijke hersenfunctie. Hoewel het misschien wetenschappelijk interessant is zekerheid over de fysiologie van TMS te hebben, is het niet noodzakelijk. We weten wat we moeten doen om de aandoening een halt toe te roepen, hoe we haar moeten 'genezen', want we kennen de werkelijke oorzaak. De chemische en fysieke veranderingen die in de spieren, zenuwen, pezen en bindweefselbanden plaatsvinden en daar pijn en andere klachten veroorzaken, zijn het gevolg van een proces dat om psychische redenen door de hersenen op gang is gebracht. Iedere verandering in de normale fysiologie die tot fysieke klachten leidt, zou daarvoor gebruikt kunnen worden, dus het is niet belangrijk precies te weten wat er in die weefsels aan de hand is. Zoals we in het volgende hoofdstuk over de behandeling van TMS zullen aantonen, is het juist nadelig je te veel bezig te houden met de fysiologie en de symptomatologie van TMS, omdat dit de aandoening juist in stand houdt.

4. DE BEHANDELING VAN TMS

De geschiedenis

Mijn behandeling van TMS heeft zich gedurende de afgelopen zeventien jaar ontwikkeld op grond van een duidelijk diagnostisch concept - dat de pijn het gevolg is van de wisselwerking tussen lichaam en geest. Toen dit tot me doordrong, was mijn eerste reactie de patient uit te leggen wat er volgens mij aan de hand was. Tegelijkertijd schreef ik alle patienten fysiotherapie voor. Mijn redenering was dat dit geen kwaad kon en omdat ik geloofde dat de klachten te wijten waren aan zuurstofgebrek dacht ik dat het zelfs heilzaam kon zijn, want alles wat ik voorschreef veroorzaakte een betere plaatselijke doorbloeding. Na verloop van tijd kwam er een interessant gegeven naar voren. Ik merkte dat de meeste patienten die beter werden, het idee aanvaardden dat hun pijn het gevolg was van emotionele factoren. Sommigen wie het beter ging, bleven aan de diagnose twijfelen, maar reageerden goed op de fysiotherapie. Ook was duidelijk dat sommige fysiotherapeuten vaker succes hadden dan anderen. Op grond van deze waarnemingen trok ik twee conclusies ten aanzien van de behandeling:

1. De belangrijkste factor bij het herstel is dat de patient moet leren beseffen wat er aan de hand is; met andere woorden, de gegeven informatie is 'penicilline' voor deze aandoening.
2. Sommige patienten krijgen door fysiotherapie en/of door een fysiotherapeut een placeboreactie. Zoals al eerder werd opgemerkt is een placeboreactie prima, maar meestal tijdelijk van aard. Het was ons doel een volledige en blijvende genezing te bewerkstelligen.

Het effect van de placeboreactie was gemakkelijk te begrijpen, maar ik begreep totaal niet waarom het kennelijk zo belangrijk was de patient uit te leggen wat er met hem aan de hand was. Dat zou informatietherapie zijn en dat leek volkomen onbegrijpelijk. Ik was echter opgetogen over de resultaten, en het aantal patienten dat er baat bij had, nam duidelijk toe. Bovendien had ik eindelijk het gevoel dat ik wist wat er bij TMS gebeurde, al kon ik niet alles tot in de details verklaren. Dat was niet zo erg, want het ging tenslotte om een proces dat in de hersenen plaatsvond en het is algemeen bekend dat we nog weinig weten over de hersenfunctie. In die tijd werkte ik nauw samen met een groep kundige fysiotherapeuten die alles wisten van het Tension Myositis Syndroom en hun behandeling combineerden met een gesprek over de psychische factoren die er een rol bij speelden. Ze waren fysiotherapeut en tegelijkertijd een vervangend middel voor mij. Het besluit later geen fysiotherapie meer voor te schrijven was moeilijk omdat ik het werk van deze toegewijde specialisten zo waardeerde.

Ik kreeg in die tijd ook een nauwe werkrelatie met een kleine groep psychologen die bij het Howard A. Rusk Instituut voor Rehabilitatie-geneeskunde werkten. Van hen heb ik veel over psychologie geleerd en zij hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de behandeling van die patienten die psychotherapie nodig hadden om te kunnen genezen. We functioneerden in feite als een team. In 1979, misschien later dan strikt noodzakelijk was, begon ik patienten in groepen bij elkaar te brengen voor informatieve bijeenkomsten. Ieder jaar werd duidelijker dat informatie over TMS de cruciale therapeutische factor was. Soms kwam er een patient bij me die lange tijd psychoanalyse of psychotherapie had gehad, maar desondanks een pijnsyndroom had. Blijkbaar was psychologisch inzicht alleen niet genoeg om TMS te voorkomen. Pas als patienten informatie over TMS kregen, verdween de pijn. We begonnen met vier lezingen van een uur en dat werden later twee lezingen van twee uur, waarvan de eerste wordt besteed aan de fysiologie en diagnose van TMS en de tweede aan de psychologie van TMS en de behandeling. De reden voor de lezingen was duidelijk - als informatie zo belangrijk was voor de toestand van de patienten, dan moesten ze over TMS geïnformeerd worden. Duidelijker uitgedrukt, het was essentieel voor patienten te weten waar ze niet aan leden (alle structurele diagnoses) en waar ze wel aan leden (TMS). Fysiek gesproken is TMS onschadelijk; daarom hoefden ze zich wat dat betreft geen zorgen te maken. De vele verboden en geboden waren nutteloos. Die droegen zelfs bij tot het probleem door angst op te roepen waar dat niet nodig was.

Hedendaagse therapeutische concepten

Als het de functie van pijn is de aandacht op het lichaam te richten en als je door deze lezingen de patient zover kunt krijgen dat hij zijn lichamelijke klachten negeert en in plaats daarvan over zijn psychische problemen nadenkt, is dan het pijnsyndroom niet overbodig geworden? Het is net als een geheime transactie die je rondbazuint. Zolang de patient niet beseft dat de pijn als afleidingsmanoeuvre bedoeld is, zal de pijn blijven. Maar zodra het beseft daagt (en dat moet wel gebeuren, want alleen een intellectueel begrip van het proces is niet genoeg), dan werkt de truc niet meer; de pijn stopt, want zij is niet meer nodig. En dat komt door de informatie. De illustratie op pag. 84 laat zien hoe dit proces werkt. De onaanvaardbare emoties die in het hoofdstuk over de psychologie beschreven staan, ontstaan in de hersenen, het orgaan van de geest, vandaar de pijl rechtsboven. Helemaal bovenaan ziet u de bewuste geest, of het 'geestesoog'. De onaanname emoties worden onderdrukt, dat wil zeggen, in het onbewuste gehouden, om te voorkomen dat de bewuste geest ze waarneemt. Iets in de geest is bang dat ze niet verborgen zullen blijven, dat ze proberen tot bewustzijn te komen, want er wordt besloten dat er een afweermechanisme nodig is en psychologisch gezien is een afweermechanisme alles wat de

bewuste geest (het 'geestesoog') van de onderdrukte emotie afleidt. TMS komt dus uit de hersenen voort - de pijn naar links. Nu moet de patient aandacht besteden aan alle symptomen van TMS en hoeft hij die onprettige, slechte gevoelens aan de rechterkant niet te ervaren. Deze illustratie is vooral nuttig om te gaan begrijpen hoe het komt dat TMS verdwijnt als je er informatie over krijgt. Als ik de bewuste geest ervan kan overtuigen dat TMS niet ernstig is en al die aandacht niet waard is, of beter nog, dat het een nepaandoening is, een schertsvertoning, eerder bespottelijk dan beangstigend, dat de meeste structurele diagnoses niet kloppen en dat alleen die verdrongen gevoelens aandacht nodig hebben, wat heb ik dan bereikt? Dan is TMS zinloos geworden; dan is het niet meer in staat de aandacht van de bewuste geest te trekken; het afweermiddel is een sof (het geheim is uitgelekt, de transactie is aan het licht gekomen) en de pijn verdwijnt. Dat klinkt misschien als een sprookje of een science-fictionverhaal, maar het werkt wel en het heeft de laatste zeventien jaar bij duizenden mensen gewerkt. Neem bijvoorbeeld het volgende opmerkelijke geval. Een vrouw van buiten de stad volgde met veel succes het programma. Binnen een paar weken na de lezingen was haar pijn verdwenen en kon ze alles weer doen, inclusief tennissen en hardlopen. Ongeveer negen maanden na het programma kreeg ze op een dag bij het hardlopen pijn op een andere plaats, de buitenkant van een van haar heupen, een andere vorm van TMS. Later vertelde ze me er meer over. Ze ging naar haar huisarts die röntgenfoto's liet maken en constateerde dat ze een slijmbeursontsteking in de heup had. Hij gaf injecties en medicijnen. Ze zei dat ze veel pijn had - al drie weken lang - toen ze me opbelde en gaf toe dat ik terecht op haar mopperde omdat ze naar haar dokter had geluisterd. Nadat ze met mij had gepraat bleef ze een paar minuten nadenkend staan, en toen werd ze kwaad echt kwaad op zichzelf en vooral op haar hersenen die zo'n truc met haar hadden uitgehaald - en ze sprak haar hersenen eens heel streng toe. Binnen twee minuten was de pijn verdwenen en ze heeft er sindsdien nooit meer last van gehad. Stomverbaasd over haar snelle herstel begon ze weer met hardlopen; nu concentreerde ze zich echter op het werkelijke probleem; onbewuste angst voor een sportblessure. Dit verhaal toont aan dat informatie de cruciale factor was en dat de pijn zo snel verdween omdat ze ons programma al had gevolgd en de concepten van TMS al in zich had opgenomen (diep in zich aanvaard). Als ze het verschijnsel TMS niet had gekend, zou de pijn niet onmiddellijk verdwenen zijn. Maar omdat ze het wel kende, omdat ze de lezingen had gevolgd, verdween de heuppijn zodra ze beseftte dat het een symptoom van TMS was. De pijn kon haar aandacht niet langer als een legitieme fysieke aandoening vasthouden en kon haar niet meer afleiden van de wereld van haar emoties. Maar, zult u vragen: 'Waarom kwam de pijn dan eigenlijk terug?' Pijn bij TMS wijst altijd op verborgen onprettige gevoelens, zoals woede en angst. 'Maar uw programma moet dat soort dingen toch voor-komen? Waarom lukte dat hier dan niet?' Het feit dat deze

mevrouw op een andere plaats pijn kreeg, wijst erop dat haar hersenen nog steeds probeerden de verdrongen gevoelens te verbergen door middel van TMS. Ik heb daar met haar over gepraat en we vonden allebei dat het, als de pijn weer terugkwam, verstandig was eens over psychotherapie te denken (zie pag. 94, waar aan de orde komt wie wel en wie geen psychotherapie nodig heeft). Hoewel dit onderwerp in het hoofdstuk psychologie al aan bod is geweest, is het misschien goed om nog eens te benadrukken dat er duidelijk tegengestelde krachten aan het werk zijn in de geest als het om het uiteindelijke lot van deze onderdrukte verdrongen emoties gaat. Er moet een kracht zijn (ik kan geen beter woord vinden) die deze gevoelens, ondanks hun onaan-gename lading, naar de oppervlakte probeert te brengen. Als de gevoelens onderbewust waren en bleven, zou het niet nodig zijn zo'n afleidingsmanoeuvre als TMS te hulp te roepen. Het bestaan van TMS wijst erop dat iets probeert deze onprettige gevoelens aan het licht te brengen. Dit is misschien een cirkelredenering, maar er zijn aanwijzingen in de psychologische literatuur waaruit blijkt dat mensen verschillende gedragingen kunnen vertonen, die hen in staat stellen onaangename of pijnlijke emotionele ervaringen uit de weg te gaan. Een klassiek voorbeeld is de bacteriefobie. De patient wordt geobsedeerd door bacteriën en wast zijn handen honderd keer per dag. (Sommigen noemen dit een dwangneurose, maar het dwangmatige handen wassen is het gevolg van de angst voor bacteriën.) Dergelijke onlogische gedragingen worden al lang gezien als een soort vervangingsmiddel voor sterke, onbewuste gevoelens waar de patient niet mee kan omgaan, vandaar de bacterie-obsessie. TMS dient hetzelfde doel; evenals verschillende andere lichamelijke aandoeningen (spanningshoofdpijn, migraine, hooikoorts, eczeem en hartkloppingen, om er maar een paar te noemen) je aandacht op je lichaam gericht.

Behandelingstrategieën

De behandeling rust op twee pijlers:

1. Het vergaren van kennis, van inzicht in de aard van de aandoening.
2. Het vermogen naar die kennis te handelen en zo het gedrag van de hersenen te beïnvloeden.

Psychisch denken, je moet alles te weten komen over TMS de oorzaak van de pijn, welk deel van de hersenen hierbij een rol speelt - alles uit de hoofdstukken over fysiologie en de vormen van TMS. Daarna moet je over de psychologie van de aandoening nadenken, het feit dat iedereen in onze cultuur ten prooi is aan woede en angst, en dat dit vooral geldt voor mensen met een meer dwangmatige en perfectionistische persoonlijkheid. Vervolgens moet je je aanwennen 'psychisch te denken' in plaats van fysiek. Met

andere woorden, ik spoor mijn patienten aan hun aandacht, wanneer ze pijn hebben, bewust op iets psychisch te vestigen, bijvoorbeeld iets waar ze zich zorgen over maken, een langdurig probleem in het gezin, financiële moeilijkheden of een terugkerende bron van irritatie, want dan gaat er een boodschap naar de hersenen dat de patient niet langer door de pijn wordt afgeleid. Als die boodschap diep in de geest aankomt, in het onderbewuste, verdwijnt de pijn. Dat brengt me op een belangrijk onderwerp. Natuurlijk wil iedereen dat de pijn meteen ophoudt. Patienten zeggen vaak: 'Goed, ik begrijp uitstekend wat je wilt zeggen - waarom heb ik dan nog steeds pijn?' De laatste regels van een gedicht door Edna St. Vincent Millay verklaren waarom de pijn niet snel weggaat:

'Heb medelijden, mijn hart is altijd traag geweest
Vergeleken met de snelle wendingen van mijn geest'

Als we 'onbewuste' lezen voor 'hart', zal duidelijk zijn wat ik bedoel. De bewuste geest is snel; hij kan alles snel begrijpen en aanvaarden. Het onbewuste reageert traag, weloverwogen, en accepteert niet snel nieuwe ideeën en veranderingen, wat ongetwijfeld maar goed is ook. Als het niet zo was, zouden mensen hele labiele schepsels zijn. Maar op zulke momenten, als we heel snel veranderingen willen, zitten we ongeduldig te wachten op dat treuzelende onderbewuste. Hoe lang duurt het dan voordat de pijn verdwijnt? Hoewel ik niet graag cijfers geef, heeft de ervaring geleerd dat de klachten bij de meeste mensen binnen twee tot zes weken verdwijnen. Het kan echter langer duren als de patient de dagen of weken telt, of ontmoedigd raakt als genezing te lang naar zijn zin op zich laat wachten. Mensen zijn geen machines en er zijn veel factoren die de genezing beïnvloeden. Hoe sterk zijn de onderdrukte emoties? Hoeveel angst heeft de patient in de loop der jaren opgebouwd? Hoeveel moeite heeft hij of zij met het afwijzen van de eerder gemaakte organische diagnose?

Praat met uw hersenen

Een andere verdienstelijke strategie lijkt eerst wat vreemd, maar is heel nuttig. Ik moedig de mensen aan met hun hersenen te praten. Zoveel patienten hebben dit uit eigen beweging met succes gedaan, dat ik het nu altijd adviseer, ook al blijft het wat gênant. Het gaat er in feite om dat je bewust de teugels in handen neemt, in plaats van je het hulpeloze, geïntimideerde slachtoffer te voelen, wat patienten met dit syndroom vaak doen. De patient moet zich assertief opstellen, tegen zijn hersenen zeggen dat hij dit soort dingen niet accepteert - en het werkt. Patienten blijken inderdaad de pijn een halt te kunnen toeroepen door dit te doen. De vrouw over wie ik op pag. 85 schreef, deed het ook en haar pijn verdween onmiddellijk. Het is een heel nuttige strategie.

Beweging

Weer (intensief) bewegen is misschien wel het belangrijkste (maar moeilijkste) wat patienten moeten leren. Dat betekent dat ze hun angst moeten overwinnen voor bukken, tillen, hardlopen, tennissen of andere sporten, en voor duizend en één andere doodgewone bewegingen. Het betekent dat ze van alles moeten afleren, al die onzinnige regels over bukken, tillen, zitten, staan, liggen, welke zwemslagen goed en welke slecht zijn, welke stoel of matras je moet gebruiken, welke schoenen, welk korset, welke steungordel, en allerlei andere ideeën uit de medische mythologie. De verschillende specialismen die in de rug geïnteresseerd zijn, zijn erin geslaagd met behulp van hun middeleeuwse theorieën over structurele schade en letsel als oorzaak van rugpijn, in dit land een heel leger van semi-invaliden uit de grond te stampen. Iedere patient moet zijn angst verwerken en terugkeren tot een volkomen normaal bewegingspatroon, hoe moeilijk dat ook is. Hij moet dit niet alleen doen om weer als een normaal mens te kunnen functioneren (hoewel dat op zich al een goede reden is, zowel fysiek als psychisch), maar ook om zichzelf te bevrijden van de angst voor lichamelijke activiteit, die er vaak nog beter dan de pijn zelf in slaagt de aandacht van de geest op het lichaam te richten. Dat is het doel van TMS: de geest af te leiden van emoties. Zoals Snoopy, onze grote hedendaagse filosoof, eens zei: 'Er gaat niets boven wat fysieke pijn als je je emotionele problemen wil vergeten.' Charles M. Schultz, de schepper van Peanuts is een opmerkelijk mens. Ik ben nu van mening dat de lichamelijke beperkingen die het gevolg zijn van TMS veel belangrijker zijn dan de pijn, zodat het essentieel is die beperkingen geleidelijk te overwinnen. Als een patient daar niet in slaagt, is hij gedoemd tot steeds terugkerende pijn. Een paar bladzijden terug beschreef ik een fobie. De alles doordringende, universele angst voor lichamelijke activiteit bij mensen met zo'n pijnsyndroom, heeft me op een nieuw woord gebracht -fysicofobie. Deze factor speelt een grote rol bij het instandhouden van het lage-rugpijnsyndroom. Ik moet er trouwens bij zeggen dat ik in de loop van de laatste zeventien jaar een heel groot aantal mensen heb geadviseerd alle, ook zware, lichamelijke activiteiten weer op te pakken. Ik kan me niet één patient herinneren die vervolgens meldde dat hij daardoor meer last van zijn rug had gekregen. Ik spoor de mensen aan weer lichamenlijk actief te worden als ze een duidelijke verbetering bespeuren en als ze het gevoel hebben dat de diagnose juist is. Te vroeg beginnen leidt vaak tot pijn en angst, waardoor de genezing vertraagd wordt. De meeste patienten zijn zo geconditioneerd dat ze bij beweging op pijn rekenen en ze moeten niet proberen de gevestigde geprogrammeerde patronen te veranderen voordat ze behoorlijk wat vertrouwen hebben in de diagnose. Eén van mijn patienten, een advocaat van in de dertig, had een interessante ervaring die hiermee te maken had. Hij volgde het programma net als alle anderen en had binnen

een paar weken geen pijn meer; hij deed alles weer - op één ding na. Hij durfde niet hard te lopen. Hij vertelde me later dat het er bij hem zo lang was ingehamerd dat hardlopen slecht was voor je rug, dat hij de moed gewoon niet kon opbrengen het te proberen, hoewel hij wel andere dingen deed die veel meer van zijn rug vergden. Na bijna een jaar besloot hij dat dit onzin was; hij zou gaan hardlopen. Hij deed het en de pijn kwam terug. Nu kon hij twee kanten op; zou hij weer gaan lopen, of het opgeven? Hij belde mij om advies, maar jammer genoeg was ik op vakantie en moest hij zelf een beslissing nemen. Hij was zo verstandig door te zetten. Op een nacht werd hij vervolgens wakker met een scherpe pijn in het bovenste deel van de rug, maar zijn lage rugpijn was verdwenen. Hij wist dat TMS zich tijdens het herstelproces vaak verplaatst; hij bedacht dat hij het waarschijnlijk gewonnen had en dat bleek ook zo te zijn. Binnen een paar dagen was de hoge rugpijn ook verdwenen en sinds die tijd heeft hij geen rugpijn meer gehad. Je moet TMS het hoofd bieden, ertegen vechten, anders blijft de pijn. Niet bang zijn en normaal bewegen zouden wel eens de belangrijkste aspecten van de behandeling kunnen zijn.

Stoppen met elke vorm van lichamelijke behandeling

Voor een volledig herstel is het ook belangrijk te stoppen met elke vorm van fysieke behandeling of therapie. Het is veelzeggend dat ik pas twaalf of dertien jaar nadat ik de juiste diagnose had gesteld, besloot geen fysiotherapie meer voor te schrijven. Zo lang duurde het voordat ik helemaal gebroken had met alle oude tradities waarin ik was opgeleid. Fysiotherapie past niet in de enig mogelijke rationele behandeling: onderricht en informatie, waardoor het proces onschadelijk wordt gemaakt waar het begint - in de geest. Bovendien was duidelijk gebleken dat sommige patienten al hun vertrouwen hadden gevestigd op de fysiotherapie (of -therapeut) en een placebo-reactie vertoonden (zie pag. 127), hetgeen betekende dat ze vroeg of laat weer pijn zouden krijgen. Het gaat erom dat de patient iedere structurele verklaring zowel van de pijn als van de genezing moet afwijzen, omdat anders de klachten niet verdwijnen. Manipulatie, warmte, massage, beweging en acupunctuur gaan uit van een fysieke aandoening die met behulp van fysieke technieken kan worden behandeld. Pas als die mogelijkheid volkomen wordt verworpen, zal er een eind komen aan de pijn en de andere klachten. Patientten schrikken meestal als ze te horen krijgen dat ze met de rek- en strek-oefeningen voor hun rug moeten ophouden. Maar dat is heel belangrijk omdat dan de geest er goed van wordt doordrongen wat belangrijk is. Het ligt natuurlijk anders als je beweging neemt voor je algemene conditie; dat moet sterk aangemoedigd worden.

Het dagelijkse geheugensteuntje

Dit is een belangrijke strategie, maar je moet ervoor waken dat dit geen ritueel wordt. Patientten krijgen een lijst met twaalf belangrijke overwegingen, en moeten ten minste eenmaal per dag ongeveer een kwartier lang rustig de tijd nemen om erover na te denken. Dit wordt het dagelijkse geheugensteuntje genoemd.

- De pijn is het gevolg van TMS, niet van een structurele afwijking.
- De directe oorzaak van de pijn is zuurstofgebrek.
- TMS is een onschadelijke aandoening die te wijten is aan mijn verdrongen emoties.
- De belangrijkste emotie is mijn verdrongen woede.
- TMS bestaat alleen om mijn aandacht van mijn emoties af te leiden.
- Mijn rug vertoont geen afwijkingen, dus ik heb niets te vrezen.
- Daarom is lichamelijke activiteit niet gevaarlijk.
- En ik moet al mijn lichamelijke activiteiten weer oppakken.
- De pijn zal mij niet bezorgd of bang maken.
- Ik zal mijn aandacht verschuiven van de pijn naar emotionele kwesties.
- Ik ben degene die de teugels in handen heeft, niet mijn onderbewustzijn.
- Ik moet altijd psychisch denken, niet fysiek.

Na de tweede lezing ga ik ervan uit dat de informatie over TMS intellectueel verwerkt is. De patientten moeten deze informatie dan de kans geven te 'bezinken', te integreren, te aanvaarden in het onderbewuste, want hoewel bewuste aanvaarding een essentiële eerste stap is, is dit niet voldoende om TMS een halt toe te roepen. Ze kunnen het ongeveer twee tot vier weken de tijd geven en mij dan bellen als ze niet voldoende zijn vooruitgegaan. Als ze dat doen maak ik een afspraak voor een persoonlijk gesprek of, vaker, voor een bijeenkomst met een kleine groep andere patientten die ook weinig of niet zijn vooruitgegaan, of die een terugval hebben nadat ze maanden of jaren geen klachten hebben gehad. Tijdens deze gesprekken wordt geprobeerd de reden voor de terugval of het langzame herstel naar boven te halen.

Nazorg in groepsverband

Ten eerste moet worden vastgesteld of de patient de diagnose begrijpt en aanvaardt. Neem bijvoorbeeld deze fictieve patient, een vijftigjarige zakenman. Hij komt naar de bijeenkomst om dat het na de lezingen niet beter met hem gaat. Mogelijke redenen hiervoor zijn:

1. Hij aanvaardt 90 procent van de diagnose, maar is nog bang dat de hernia die uit de CT-scan of het MRI -onderzoek bleek, iets met de pijn te

maken heeft.

2. Hij kan maar moeilijk geloven dat die pijn zomaar door een paar lezingen kan verdwijnen.
3. Hij aanvaardt de diagnose, maar kan de moed nog niet opbrengen lichamelijke actief te worden.

Geestelijke hindernissen zoals deze maken het de hersenen mogelijk door te gaan met TMS, omdat de patient zijn klachten nog steeds als een fysieke aandoening ziet. Zolang hij zijn aandacht op zijn lichaam richt, zal de pijn blijven. Zijn vertrouwen in de diagnose moet versterkt worden zodat hij kan aanvaarden dat hij TMS heeft. De patiente die naast hem zit is een dertigjarige huisvrouw, echtgenote en moeder. Ze vertelt dat het na die lezingen niet beter met haar is gegaan, maar dat verbaast haar niets, omdat haar leven nog even chaotisch is als altijd en ze altijd moe en prikkelbaar is, en omdat ze nooit het gevoel heeft dat ze het helemaal goed doet. Ze krijgt te horen dat ze altijd een perfectioniste zal blijven, dat ze het altijd te druk zal hebben, maar dat het om TMS te overwinnen niet nodig is jezelf te veranderen, maar dat ze moet erkennen dat er door de combinatie van haar leven en persoonlijkheid bij haar een enorme hoeveelheid angst en woede is ontstaan. Ja, ook woede. Ze heeft waarschijnlijk nooit erkend dat ze, hoeveel ze ook van haar drie dochtertjes houdt, tegelijkertijd boos op hen is om de eisen die ze stellen. Het idee dat ze onbewust boos is op haar kinderen, ligt buiten haar ervaring. Zodra ze inziet dat haar genezing in de erkenning van deze onaanvaardbare onderbewuste gevoelens ligt, zal de pijn verdwijnen. Een man op de achterste rij is de volgende die zijn hand opsteekt. Hij is een vijfenvertigjarige bouwvakker die drie jaar geleden het programma heeft gevolgd en tot de vorige week geen klachten had - geen pijn, geen lichamelijke beperkingen, geen problemen. Nu is hij zomaar ineens door een acuut spasme in de lage rug getroffen en heeft hevige pijn. Als hij het programma niet had gevolgd zou hij behoorlijk bang zijn. Maar hij begrijpt niet waar dit uit voortkomt. 'Wat is er aan de hand in je leven?' vraag ik hem. 'Niets bijzonders,' antwoordt hij. 'Met mijn vrouw gaat het prima, het gaat goed met de kinderen, we hebben geen financiële problemen en er is geen ziekte.' Maar een acuut spasme wijst erop dat er psychisch iets mis is, want TMS is een emotionele barometer. Dus blijf ik doorvragen, tot uiteindelijk blijkt dat hij problemen heeft gehad op zijn werk, moeilijkheden met een van de mannen die onder hem werken, en kritiek van zijn baas. 'Ik kan het wel aan,' zegt hij, maar hij beseft niet dat er, ondanks het feit dat hij het wel 'aankan', ondertussen een grote hoeveelheid angst en woede is ontstaan. Onder het niveau van bewustzijn zijn er altijd belangrijke emotionele processen aan de gang waar we niets van merken, tenzij we uit ervaring hebben geleerd hun bestaan te vermoeden en te voorkomen. Als deze man de bijeenkomst verlaat weet hij wat meer over zijn emotionele innerlijk. De rugpijn zal verdwijnen en hopelijk zal hij de volgende keer, als

hij weer met een stressrijke situatie wordt geconfronteerd, nadenken over zijn innerlijke reactie. De bijeenkomsten in kleine groepen zijn waardevol gebleken als hulpmiddel bij de behandeling. Patienten leren niet alleen hun eigen situatie beter begrijpen, maar doen ook hun voordeel met de ervaring van anderen. Het is altijd een hele geruststelling te horen dat andere mensen hetzelfde hebben doorgemaakt. Bovendien geven deze bijeenkomsten mij de gelegenheid te bepalen welke patienten hulp van een psychotherapeut nodig hebben.

Psychotherapie

Hoewel ongeveer 95 procent van onze patienten het programma zonder Psychotherapie volgt, hebben sommigen deze ondersteuning wel nodig. Dat betekent eenvoudig dat ze meer angst, woede en andere onderdrukte gevoelens hebben en dat hun hersenen niet bereid zijn deze gemakkelijke techniek om gevoelens te verstoppen, zomaar op te geven. Als iemand tegen mij zegt dat hij moeite heeft de diagnose te aanvaarden, vermoed ik dat het onderbewuste zich ertegen verzet TMS op te geven. Ik herinner me een patient die vertelde dat de gevoelens die hij zo lang had verdrongen zo pijnlijk en beangstigend waren dat hij aarzelde ze te verwerken toen hij zich er eenmaal van bewust begon te worden. Deze mensen zijn niet geestelijk ziek; zij leiden een normaal, productief leven, maar dragen een onderbewuste emotionele last met zich mee waar ze zich nog nooit bewust van zijn geweest. Soms gebeuren er dingen in iemands jeugd, die hem een massa wrok en woede bezorgen, maar stopt hij die gevoelens diep weg, omdat ze sociaal onaanvaardbaar zijn of te beangstigend om naar buiten te laten komen. Zoals ik al eerder zei, is deze neiging onaangename gevoelens te verdringen, universeel; we doen het allemaal in meerdere of mindere mate. Het is niet neurotisch - anders zouden we allemaal neurotisch zijn. Maar soms - bijvoorbeeld als iemand als kind mishandeld is zijn de verdrongen gevoelens sterk en heeft de patient hulp nodig om het bestaan van die gevoelens te leren erkennen en verwerken. Dat is de functie van psychotherapie. Helaas loopt de maatschappij nog steeds achter als het gaat om het besef dat psychotherapie een essentiële functie heeft. Veel mensen denken dat iemand die psychotherapie nodig heeft, wel zwak of dom moet zijn. Het bestaan van onderdrukte gevoelens heeft niets te maken met de kracht van de persoonlijkheid of de geestelijke vermogens. En toch zijn we in de Verenigde Staten zo slecht op de hoogte van dit alles, dat het praktisch uitgesloten is carrière te maken in de politiek als je ooit in psychotherapie bent geweest. Ik ben van mening dat we beter geregeerd zouden worden als psychotherapie een voorwaarde zou zijn voor het bekleden van een openbaar ambt. Bepaalde schandalen over hooggeplaatste personen, die ons land met zo'n trieste regelmaat teisteren, zouden ons dan misschien bespaard zijn gebleven. Twee dingen moet ik in verband met psychotherapie als onderdeel van ons

programma benadrukken: slechts 5 procent van alle patiënten heeft het nodig; het is geen schande bij die 5 procent te horen. Ik heb grote bewondering voor de mensen die ons programma volgen. Ze moeten een paar flinke hindernissen nemen voordat ze beter kunnen worden. Eén daarvan is de sceptische houding en soms de spot die ze ondervinden. Een tweede is de onophoudelijke waarschuwing van meestal familieleden, om" toch vooral voorzichtig te zijn ('Til dat niet op', 'Niet bukken'" 'Vergeet je korset niet'). Daarom adviseer ik de familieleden ook deel te nemen aan het programma, zodat ze de behandeling niet ondermijnen. Patiënten hebben er vaak de grootste moeite mee erop te vertrouwen dat ze deze fysieke aandoening door een lesprogramma de baas kunnen worden. Dat is een medische behandeling waar mensen nog nooit van gehoord hebben. Het is mijn taak hen ervan te overtuigen dat het mogelijk is.

Vervolgonderzoek

Wat het vertrouwen een stuk groter maakt is het feit dat de meeste mensen die het programma hebben gevolgd, hersteld zijn. In 1982 hebben we een vervolgonderzoek gedaan bij 177 patiënten die tussen 1978 en 1981 behandeld waren. 76 procent leidde een normaal leven met weinig of geen pijn, met 8 procent ging het beter en bij 16 procent was er geen verandering. Sommigen van deze patiënten hadden geen lezingen gevolgd en het programma was in veel opzichten minder goed ontwikkeld dan nu. In 1987 werd een tweede vervolgonderzoek uitgevoerd, dit keer bij een groep patiënten bij wie een CT-scan had uitgewezen dat er sprake was van een hernia, en die het TMS-programma tussen 1983 en 1986 hadden gevolgd. Deze keer was 88 procent (zesennegentig mensen) genezen, terwijl het met 10 procent beter ging en er bij slechts 2 procent geen verandering was geconstateerd. Nog recenter schreef de bekende schrijver-journalist Tony Schwartz, die in 1986 met succes behandeld werd, in het New York Magazine een artikel over dr. Bernie Siegel, waarin hij vertelde dat hij de behandeling bij veertig mensen had aanbevolen en dat negenendertig van hen geen pijn meer hadden. Ik noem dat de miniserie van Tony Schwartz. Een jonge collega, dr. Michael Sinel, nu assistent-directeur van de Polikliniek Fysieke Geneeskunde bij het Medisch Centrum van Cedars-Sinai in Los Angeles, heeft de diagnose gesteld en ongeveer vijftig patiënten behandeld. Zijn werk is belangrijk omdat er onder zijn patiënten enkelen waren die niet bepaald ontvankelijk waren voor het idee van een door spanning veroorzaakte aandoening, wat zijn taak veel moeilijker maakte. Desondanks wijzen zijn voorlopige resultaten erop dat 75 procent van zijn patiënten, volgens de concepten die in dit boek worden geformuleerd, een goede tot uitstekende mate van herstel vertonen, en dat meer dan 90 procent een duidelijke functionele verbetering heeft geconstateerd. Tijdens congressen heb ik mijn collega's uitgenodigd zelf het lesprogramma bij te

wonen en hen verteld dat ik het op prijs zou stellen als een onafhankelijke organisatie een onderzoek zou instellen. De medische beroepsgroep staat over het algemeen nogal sceptisch tegenover cijfers die zo indrukwekkend zijn als die van mij. Er is reden om aan te nemen dat de cijfers gunstig zullen blijven, omdat ik nu voor de behandeling met de patiënten praat om degenen die niet ontvankelijk zijn voor de diagnose te weren. Slechts een klein percentage van alle mensen met rugpijn staat open voor de diagnose en het is tijdverspilling iemand te behandelen die de TMS-diagnose absoluut niet kan aanvaarden. Critici hebben wel gezegd dat ik zulke goede resultaten heb omdat ik alleen patiënten neem die in mijn ideeën geloven. Maar ik kan alleen maar met patiënten werken die enigszins ontvankelijk zijn voor het idee dat hun emoties verantwoordelijk zijn voor hun pijn. Zelfs dan zijn de meeste patiënten nog sceptisch bij hun eerste bezoek. Het is mijn taak hen te overtuigen van de logica van de diagnose, want pas als we de rol van de emoties erkennen kunnen we de hersenen ertoe brengen de pijn te stoppen. Dat is niet geloven - dat is leren. Zou een chirurg een patient opereren bij wie hij geen kans van slagen heeft? Moet ik minder selectief zijn dan een chirurg? Veel van mijn collega's beweren ook dat ik te ver ga als ik zeg dat de meeste pijn in nek, schouders en rug aan TMS te wijten is. 'Hij zal in 30 tot 40 procent van de gevallen gelijk hebben,' zeggen ze. Als 30 tot 40 procent van de patiënten met rugpijn TMS heeft, waarom stellen deze kritische collega's die diagnose dan zelf nooit? De treurige waarheid is dat zij dat niet kunnen omdat zij dan traditionele diagnostische vooroordelen moeten loslaten en moeten erkennen dat de emoties bij deze pijnsyndromen een grote rol spelen - iets waarvoor ze een 'instinctief onvermogen' hebben, om een uitdrukking van Senator Byrd van West-Virginia te lenen. Deze resultaten zijn het enige duidelijke bewijs dat de diagnose juist is en het behandelprogramma effectief. Veel mensen die zich laten behandelen, kennen een of meer patiënten die van TMS genezen zijn. Maar dat is niets nieuws in de medische wereld. Een met succes behandelde patient is nog steeds de beste reclame. Ik wil met nadruk zeggen dat ik pas spreek van een succesvolle behandeling als de patient geen pijn van belang meer heeft (iedereen heeft recht op af en toe een beetje pijn) en zonder angst en zonder beperkingen lichamelijk actief kan zijn. Zoals ik al eerder zei, is de angst voor lichamelijke activiteit voor iemand met chronische pijn vaak erger dan de pijn zelf. Bijna iedereen die bij mij komt is een gevangene van zijn eigen angst (voor pijn, voor een hernieuwde aanval) en die angst is nog beter dan de pijn zelf in staat de aandacht op het lichaam te richten in plaats van op de emoties. Het is onze taak de patient van deze allesdoordringende angst te bevrijden. Ik ben voortdurend op zoek naar manieren om de boodschap over te brengen. Bepaalde uitdrukkingen bereiken sommige mensen, maar andere weer niet - dus geef ik ze hier allemaal:

'We gaan proberen het lichaam ervan te weerhouden fysiek op uw emoties

te reageren.'

'We willen dat u boodschappen leert sturen naar uw onderbewustzijn.'

'Informatie is de penicilline die deze aandoening geneest.'

'Het geneesmiddel heet wijsheid.'

'Het geneesmiddel heet kennis.'

'Tot nu toe heeft uw onderbewuste de teugels in handen gehad; ik zal u leren hoe uw bewuste geest het over kan nemen.'

'Word kwaad op uw hersenen; praat ertegen; zeg ze de waarheid.'

'TMS is een truc van de geest - trap er niet in.'

'TMS is een schijnvertoning die u van uw gevoelens wil afleiden.'

'De klachten maskeren psychische problemen.'

'De meeste structurele veranderingen in uw wervelkolom maken deel uit van een natuurlijk proces.'

'De hersenen weigeren de onderdrukte woede onder ogen te zien, en vluchten ervoor.'

'Als u de pijn negeert of niet serieus neemt, leert u uw hersenen nieuwe boodschappen naar de spieren te sturen.'

'We gaan u helpen het zwaard van Damocles dat boven uw hoofd hangt, zelf ter hand te nemen.'

Ik ben een van mijn patienten, Norma Puziss, bijzonder dankbaar voor het volgende gedicht dat ze mij na haar behandeling gaf. Het is nu een vast onderdeel van het lesprogramma.

(vertaling)

Denk psychisch, niet fysiek,

Dit idee is echt uniek.

Ongelooflijk, maar het klopt,

Dat emoties, weggestopt,

Zo'n spanning produceren

En, zoalsje hoort beweren,

Zelfs TMS !

Er is niets om bang voor te wezen!

Het onderbewuste moetje niet vrezen!

De pijn, die vloek,

Gaat bij de rug op bezoek,

Een poging tot verbanning

Van onderliggende spanning.

Ik weet van je bestaan,

't Is met de pijn nu gedaan!

Geef het maar op, nu dadelijk TMS is onschadelijk!

Ik heb de touwtjes in handen, en goed!

Ik heb geleerd dat ik psychisch, niet fysiek denken moet.

Ik ben er zeker van dat veel patienten iets aan dit fantastische gedicht hebben gehad, omdat het een van de fundamentele concepten zo prachtig verwoordt. Omdat het kenmerkend is voor mensen met TMS dat zij zich slachtoffer voelen, het gevoel hebben dat zij machteloos zijn, is het behandelprogramma erop gericht hun het gevoel te geven dat ze de touwtjes in handen hebben, door te benadrukken dat een onschadelijk proces de oorzaak van de pijn is. Ik spoor patienten aan neer te zien op de pijn, in plaats van er bang voor te zijn. Als dat lukt gaat er een boodschap naar het onderbewuste dat de strategie om de aandacht op het lichaam gericht te houden gedoemd is te mislukken - zodat de pijn verdwijnt.

Veel gestelde vragen

Het feit dat het niet nodig is alle spanning uit je leven te bannen is bijzonder moeilijk te vatten.

Mensen vragen vaak. 'Hoe verander ik mijn persoonlijkheid en hoe maak ik een einde aan al mijn angst en woede?' Als dat de voorwaarde voor genezing was, zou niet één patient beter worden. Het gaat er niet om andere gevoelens te krijgen; het gaat erom dat je hun bestaan erkent en beseft dat de hersenen door middel van het pijnsyndroom proberen je van die erkenning af te houden. Dat beseft is nodig om te kunnen begrijpen waarom kennis een effectief geneesmiddel is.

'Hoe kun je weten dat het geen placeboreactie is?'

Een heel goede vraag, die me altijd heeft beziggehouden, want een placeboreactie moet te allen tijde vermeden worden. Een placebo werkt bijna altijd tijdelijk en wij willen de pijn voorgoed weg hebben. Daarom zouden we niet tevreden zijn met een placeboreactie. Je ziet het maar al te vaak gebeuren. Mensen krijgen allemaal verschillende fysieke behandelingen, voelen zich een paar dagen beter, en moeten vervolgens opnieuw behandeld worden.

(En zo overwinnen ze hun angst voor lichamelijke activiteit natuurlijk nooit.) Een van de redenen dat ik er zeker van ben dat het TMS-programma geen placeboreactie opwekt, is het feit dat bijna alle patiënten voorgoed van hun klachten afkomen. Een tweede reden is dat de placeboreactie gebaseerd is op blind vertrouwen; patiënten weten weinig of niets over hun aandoening en over de grondgedachte achter de behandeling. Ze vertrouwen eenvoudig op de behandelend arts. Het lesprogramma dat bij de behandeling van TMS wordt gevolgd, werkt heel anders. Ik leer patiënten letterlijk alles wat ik over hun aandoening weet; ik spoor hen aan vragen te stellen en waarschuwen hen dat ze TMS een logische en juiste diagnose moeten vinden. Hun herstel is afhankelijk van informatie, van bewust zijn. Ze spelen een actieve rol bij de genezing. Dat is allesbehalve een placeboreactie. Misschien is het meest sluitende argument nog wel dat heel veel mensen na het lezen van mijn eerste boek, helemaal geen pijn meer bleken te hebben. Dit kan niet worden toegeschreven aan de invloed van de persoonlijkheid van de arts of aan zijn omgang met de patient; het was gewoon duidelijke, degelijke informatie. En we hebben gemerkt dat TMS daarvoor op de vlucht slaat.

'Waarom bent u opgehouden met fysiotherapie als onderdeel van uw behandelprogramma?'

We hebben het hier al eerder over gehad, maar het is wel goed om het nog eens te herhalen. Iedere fysieke behandeling kan een placebo zijn, inclusief fysiotherapie, en dat willen we vermijden, omdat het effect altijd tijdelijk is. Maar er is nog een andere, minder voor de hand liggende reden. Ik probeer de mensen zover te krijgen dat ze geen aandacht meer schenken aan hun lichaam en hun pijn als psychisch gaan zien; ga ik dan niet tegen mijn eigen behandelstrategie in als ik fysiotherapie voorschrijf? Het heeft lang geduurd voordat ik me dit realiseerde en de moed kon opbrengen geen fysiotherapie meer voor te schrijven, want ik had tenslotte net als iedereen geleerd op fysieke behandelmethoden te vertrouwen. Ik kan me nu nauwelijks meer voor de geest halen hoe moeilijk het was 'de zuivere weg' te bewandelen, dat wil zeggen, volledig te vertrouwen op het lesprogramma. Ik ried mijn patiënten om dezelfde reden zelfs aan te stoppen met al die oefeningen die de rug moeten beschermen of steunen. Ze moesten niets doen wat de aandacht op de pijnlijke plek kon richten. Verder leer ik de patiënten dat er geen correcte manier bestaat om te bukken of te tillen, dat je best een zachte stoel of matras kunt gebruiken, dat korsetten en kragen nergens voor nodig zijn, en dat de vele geboden en verboden die deel zijn gaan uitmaken van de rugpijnflore gewoon nergens op berusten, omdat TMS onschadelijk is en er structureel niets mis is met de rug. Hardlopen is niet slecht voor de wervelkolom; zwakke buikspieren veroorzaken geen rugpijn; sterke rugspieren voorkomen geen rugpijn; een holle rug, bijvoorbeeld bij crawl of vlinderslag, kan helemaal geen kwaad; de mens is gemaakt om rechtop te lopen (homo sapiens en zijn voorouders hebben dat

ergens tussen de drie- en viermiljoen jaar gedaan); een kort been heeft geen rugpijn tot gevolg. En zo zou je nog uren kunnen doorgaan.

'Hoe weet ik of ik TMS heb of spierpijn door overbelasting?'

Dat is heel gemakkelijk. Als je een lichamelijke activiteit hebt gedaan waar je niet aan gewend bent en de volgende morgen wakker wordt met pijn in armen of benen, is het een goed soort pijn, die de volgende dag meestal weer verdwenen is. Bij TMS gaat het om een vervelende pijn die maar langzaam, of helemaal niet, verdwijnt.

'Wat voor soort oefeningen kan ik doen?'

Als de pijn wat minder is, kun je van alles en nog wat doen, hoe zwaarder, hoe beter. Natuurlijk is het goed eerst met een arts te overleggen, voordat je aan een zware lichamelijke activiteit begint, maar het gaat erom dat beweging goed is voor de algemene conditie, niet voor de rug.

'Als de lage rugpijn verdwijnt, maar terugkomt in mijn nek en schouders. Wat dan?'

Ik raad patiënten altijd aan mij op te bellen, zodat we kunnen praten over de reden van de verschuiving. In de eerste stadia van het behandelprogramma kunnen de hersenen proberen TMS naar de nek, schouders, rug of billen te verplaatsen. Ze doen niet graag afstand van deze gemakkelijke strategie om de aandacht van de emoties af te leiden. Patiënten moeten hier voor gewaarschuwd worden, zodat ze niet ontmoedigd worden of in paniek raken, maar dezelfde principes op de nieuwe plek toepassen. Ik herinner hen eraan dat de hersenen hun afleidingsmanoeuvre ook op andere plaatsen dan het botspierstelsel kunnen uitvoeren. Gebruikelijke plaatsen zijn het maagdakanaal, het hoofd (spanningshoofdpijn of migraine), de huid, de geslachtsorganen en de urinewegen. De hersenen kunnen hun werk in ieder orgaan of stelsel in het lichaam doen, dus het is goed om op je hoede te zijn. Ik raad mijn patiënten aan hun huisarts te raadplegen als ze nieuwe klachten krijgen, maar mij op de hoogte te houden, omdat ze hetzelfde doel kunnen dienen als TMS. Maagzweren moeten bijvoorbeeld met de juiste geneesmiddelen behandeld worden, maar het is bijna nog belangrijker te erkennen dat ze uit spanning voortkomen.

'Wat moet ik doen als ik na een halfjaar of een jaar een terugval krijg?'

Ik adviseer patiënten me dan onmiddellijk te bellen, zodat we meteen op zoek kunnen gaan naar de psychische reden voor de terugval. Meestal betekent het dat ze naar een van de groepsbijeenkomsten komen of op mijn spreekuur voor een persoonlijk gesprek.

'Hoe zit het met hypnose? Is dat een goede manier om je geest te laten doen wat je wilt?'

Tijdelijk wel, ja, maar we zijn uit op permanente genezing. In The American Journal of Psychiatry stond kort geleden een artikel over een onderzoek van de Medische Faculteit van de Stanford Universiteit, waaruit bleek dat de pijn bij sommige patiënten door hypnose duidelijk minder werd. Dat is fijn als je pijn behandelt, bijvoorbeeld bij kankerpatiënten. Maar ik zeg tegen mijn patiënten, zonder er doekjes om te winden, dat ik geen pijn behandel! Dan zou ik symptomen bestrijden en dat is geen verantwoord medisch handelen. Ik behandel de aandoening die de onderliggende oorzaak van de pijn is. Voor zover ik weet speelt hypnose daarbij geen rol.

Dit brengt me op een onderwerp waar ik liever niet over praat, omdat het zo pijnlijk is. Maar het moet toch, want het is ontzettend belangrijk. Het heeft te maken met de manier waarop 'chronische pijn' wordt behandeld in de honderden pijnklinieken die in de laatste twintig jaar in Amerika zijn verzezen. De grondgedachte, voor het eerst door een niet-arts onder woorden gebracht, is dat chronische pijn een afzonderlijke ziekte is, een overdreven hevige pijn bij de een of andere halsstarrige structurele afwijking, die ontstaat omdat de patiënten er wat psychologen 'secundaire winst' noemen, aan ontlennen. Dat wil zeggen dat de pijn hen psychische voordelen biedt, zoals geld, aandacht, een vlucht uit de werkelijkheid. De theorie is dat patiënten zich dit gedrag aanwennen omdat ze er door het medische systeem, door familie en vrienden toe worden aangezet. De behandeling is erop gericht dit tegen te gaan door niet-pijngedrag te belonen en pijngedrag te 'straffen'. Psychologiestudenten zullen in deze ideeën het werk van B.F. Skinner herkennen, die bekend werd om zijn onderzoek naar deze vorm van conditionering.

Het is algemeen bekend dat mensen geconditioneerd kunnen worden op de klassieke Pavlov-maniër, maar toch kunnen we de ideeën van Skinner niet zomaar op mensen toepassen. Ik zie vaak elementen van secundaire winst bij mijn patiënten, maar die zijn niet van cruciaal belang. Als je zo'n belangrijke plaats toekent aan secundaire winst, negeer je het werkelijke probleem - allerlei onderdrukte gevoelens - en maak je de monsterlijke fout niet de ware fysiologie van de pijn te zien, want de pijn komt niet voort uit een hardnekkige structurele afwijking, maar uit een psychofysiologisch proces, zoals in dit boek beschreven wordt. Daarom worden patiënten in deze pijnklinieken soms wel geholpen, maar zelden genezen.

'Is het TMS -programma een voorbeeld van vis medicatrix naturae, het zelfgenezend vermogen van het lichaam?'

In zekere zin is dat inderdaad zo. Maar toch is het meer dan alleen het gewone proces van zelfgenezing dat altijd aan het werk is bij verwondingen of vergiftigingen en infecties. Dit is een voorbeeld van hoe een bepaalde lichamelijke aandoening, een psychofysiologisch proces, omgekeerd kan worden. In het laatste hoofdstuk zullen deze en andere vormen van interactie tussen

lichaam en geest aan de orde komen, een onderwerp waar geneeskundig onderzoek eindelijk aandacht voor begint te krijgen.

5. DE TRADITIONELE (CONVENTIONELE) DIAGNOSES

Hoewel ik het niet graag doe, wil ik hier al die aandoeningen waaraan pijn in nek, schouders, rug en ledematen automatisch wordt toegeschreven, de revue laten passeren. De lezer moet weten wat deze diagnoses betekenen, zowel voor de diagnosticus en de vele verschillende specialisten die de behandeling uitvoeren, als voor de patient zelf. Tijdens mijn lezingen voor patienten met TMS blijkt dat het belangrijk is te weten wat wel en wat niet de oorzaak van de pijn is, want veel diagnoses die in dit hoofdstuk aan de orde komen, roepen grote angst op en, zoals inmiddels duidelijk zal zijn geworden, angst verergert en verlengt het pijnsyndroom. De gemiddelde leek gelooft dat het lage deel van de rug een kwetsbare, fragiele structuur is, die gemakkelijk letsel oploopt en voortdurend gevaar loopt opnieuw beschadigd te worden. Naarmate meer mensen zo gaan denken, neemt het aantal gevallen van rugpijn toe, zodat nu al zo'n 80 tot 85 procent van alle volwassenen in de VS een van deze pijnsyndromen heeft of heeft gehad. De gedachte dat de rug kwetsbaar is, berust grotendeels op de gebruikelijke medische diagnoses. Woorden als hernia, degeneratie, achteruitgang, slijtage, die veelal worden gebruikt in verband met het lage deel van de wervelkolom, maken de mensen angstig en geven een gemakkelijke verklaring voor het 'letsel' en de ondraaglijke pijnaanval. Bovendien leren de mensen van huisartsen en andere doktoren, en soms van familie en vrienden, tientallen geboden en verboden, zoals deze: Niet bukken. Niet onderuit zitten. Niet op een zachte stoel of bank zitten. Geen holle rug maken. Niet crawlen of vlinderslag zwemmen. Geen hoge hakken dragen. Altijd met een rechte rug tillen. Niet hardlopen. Nooit op een harde ondergrond rennen. Zwakke rugspieren veroorzaken rugpijn. Sterke buikspieren voorkomen rugpijn. Doe strekoefeningen voor het sporten. Vermijd inspannende sporten als je rugpijn hebt. Dit is geen volledige lijst. Veel mensen hebben een volkomen onjuist beeld van de oorzaak van nek-, schouder- en rugpijn, omdat ze aan een massa onjuiste informatie worden blootgesteld, die in grote mate bijdraagt tot de ernst en duur van hun pijnaanvallen. In feite is de rug een stevige structuur, volledig in staat een levenlang mee te gaan en zelfs meer dan dat. We gebruiken onze rug voortdurend, want alleen al zitten en staan vergen van de houdingsspieren, paradoxaal genoeg de enige spieren die bij TMS betrokken zijn, dat ze de romp steeds recht boven de benen houden, en het hoofd boven de romp. En als we een stevige wandeling maken of hardlopen, worden die spieren nog meer geoefend. Dit zijn ongetwijfeld de sterkste spieren van het lichaam. Als ik hoor dat een beroepssporter, een tennisspeler bijvoorbeeld, halverwege een wedstrijd moet stoppen omdat hij rugpijn heeft, verwonder ik me over de naïeve suggestie dat hij een slechte rug heeft. Zoiets zou een jaar of dertig geleden bij tennis, golf, honkbal, voetbal of basketbal nooit zijn voorgekomen.

Tegenwoordig is het heel gewoon. Jaren geleden kwam er een beroemde sportvrouw bij me met klachten in de spieren die ze bij het sporten het meest gebruikte. Gelukkig begreep ze het principe van TMS onmiddellijk, zodat haar pijn al gauw verdween.

Algemene structurele diagnoses

Naar mijn ervaring veroorzaken structurele afwijkingen van de wervelkolom zelden rugpijn. Dat is niet zo vreemd, want deze rugpijnepidemie woedt nog niet zo lang. Op de een of andere manier is de mens erin geslaagd de eerste miljoen jaren van zijn evolutie zonder problemen door te komen, maar als de organische diagnose juist is, is er in de laatste evolutionaire oogwenk iets met de wervelkolom gebeurd, waardoor het helernaal is misgegaan. Die theorie is niet steekhoudend. Waarschijnlijk zijn die afwijkingen van de wervelkolom er altijd geweest, maar zijn ze nooit als oorzaak van pijn beschouwd, omdat er geen pijn was. Vijftig jaar geleden kwam rugpijn nauwelijks voor en, belangrijker nog, niemand nam het serieus. De rugpijnepidemie is te wijten aan de enorme toename van gevallen in de laatste dertig jaar, en ironisch genoeg heeft het onvermogen van artsen de aandoening te herkennen, een belangrijke rol gespeeld bij die toename. In plaats van aan TMS is de pijn vooral toegeschreven aan verschillende structurele stoornissen van de wervelkolom. Het is heel belangrijk te weten dat bijna alle structurele afwijkingen van de wervelkolom onschadelijk zijn. Laten we dat voor ogen houden als we kijken naar de volgende algemene conventionele diagnoses.

Hernia

Hoewel de patient zich dat niet realiseert, is het onder deskundigen algemeen bekend dat de laatste tussenwervelschijf, tussen de vijfde lende-wervel en het heiligbeen, bij de meeste mensen boven de twintig in mindere of meerdere mate verouderingsverschijnselen vertoont. Schijven zijn de structuren die tussen de wervels liggen en als schokbrekers fungeren. Ze zitten aan de boven- en de onderkant aan de wervels vast en kunnen niet 'breken'. In de taaie, vezelachtige schijf zit een dikke vloeistof die schokken opvangt. De schijven van de lage rug en de nek beginnen door de vele activiteit op die plaatsen al vroeg te slijten, soms zoals gezegd al na twintig jaar. Hoewel niemand weet wat er precies gebeurt, wordt de schijf platter; waarschijnlijk is de vloeistof opgedroogd of door een zwak stuk van de schijfwand naar buiten gedrongen, meestal in de richting van de rug. Dit wordt ook wel een breuk genoemd, of hernia. Het lijkt wel wat op het uitknijpen van een tube tandpasta. Soms komt de vloeistof niet naar buiten, maar stulpt de wand van de schijf iets uit. Dit komt allemaal aan het licht bij een CT-scan of -onderzoek, opmerkelijke diagnostische technieken die de

weke delen duidelijk zichtbaar maken. De conventionele röntgenfoto maakt alleen botstructuren zichtbaar, tenzij contrastvloeistof wordt gebruikt. De hamvraag is: 'Waarom is het schadelijk als de schijfvloeistof naar buiten komt?' De conventionele theorie is dat de 'tandpasta' tegen de ichtstbijzijnde zenuw drukt, waardoor pijn ontstaat. Als het de schijf is die tussen de lendewervels L4 en L5 ligt, of tussen L5 en het heiligbeen, zal de pijn voelbaar zijn in het been. Als het om een schijf in de nek gaat, krijgt men klachten in de arm. De beenpijn wordt meestal ischias genoemd. Het is mijn ervaring dat een uitstulping zelden pijn of andere neurologische klachten veroorzaakt. Ik behoor daarin tot een kleine minderheid, maar sta niet helemaal alleen. Een bekend neurochirurg en hoofd van de afdeling neurochirurgie aan de Medische Faculteit van de Universiteit van Miami, dr. Hubert Rosomoff, is tot dezelfde conclusie gekomen, wat blijkt uit zijn artikel 'Is een hernia pijnlijk?' in *Advances in Pain Research and Therapy*, een uitgave onder redactie van H. Field, R. Dubner, F. Cervero en L. Jones (Raven Press, New York, 1985). Hij heeft een jarenlange ervaring in rugoperaties en baseert zijn conclusie kennelijk op tegenstrijdigheden in zijn waarnemingen en op het logische feit in de neurologische pathofysiologie dat een zenuw die wordt beknelde na korte tijd geen pijnboodschappen meer doorgeeft. Het resultaat is gevoelloosheid. Hoe kan een hernia dan pijnlijk blijven? Een andere zeer gerespecteerde arts en wetenschapper die hier jarenlang onderzoek naar heeft gedaan, dr. Alf Nachemson uit Zweden, concludeerde in zijn artikel 'The Lumbar Spine: An Orthopedic Challenge' in 1976 gepubliceerd in *Spine* (DI. i, pag. 59), dat de oorzaak van rugpijn in de meeste gevallen onbekend was en dat de meeste patiënten niet gebaat waren bij een operatie. Mijn conclusie dat de meeste hernia's onschadelijk zijn, is gebaseerd op een zeventienjarige ervaring in het behandelen van deze patiënten, meestal met succes, waardoor de indruk ontstaat dat de uitstulping geen kwaad kan; zij is er gewoon. Men begon pas te vermoeden dat de arme, miskende schijf onschuldig was, toen de feitelijke gegevens uit de anamnese en het medisch onderzoek van de patiënten vaak niet bleken overeen te komen met de gevolgen die men bij een hernia zou verwachten. Een diagnostisch onderzoek (met behulp van CT-scan Of MRI-onderzoek) bracht bijvoorbeeld een hernia aan het licht tussen L4 en L5. Het mogelijk gevolg daarvan zou een gevoel van krachteloosheid kunnen zijn in de spieren die de patient gebruikt om zijn voet en zijn tenen op te tillen. Uit het onderzoek bleek echter dat niet alleen die spieren slecht functioneerden, maar ook de spieren aan de achterkant van het been, spieren die niet worden verzorgd door de zenuw die tussen L4 en L5 doorloopt. Vervolgens bleken de bilspieren vlakbij de heupzenuw pijnlijk te zijn. De klachten kwamen dus niet voort uit het gebied rond de uitgestulpte schijf, maar uit de heupzenuw die de toevoer naar beide spieren verzorgt. Het volgende geval illustreert dit: De patiente was een vierenzeventigjarige werkende vrouw, die al vijftien jaar steeds terugkerende lage rug- en beenpijn had. Een maand of zeven voordat

ze bij me kwam had ze een hevige pijnaanval in de lage rug en het rechterbeen gehad. Ze klaagde ook over een gevoel van krachteloosheid in het rechterbeen. Uit een CT-scan was gebleken dat de schijf tussen L5 en het heiligbeen licht uitgestulpt was. Dat moest al lang geleden zijn gebeurd, want de uitstulping was verkalkt. Het leek niet waarschijnlijk dat de klachten daaruit voortkwamen, maar dat was wel de diagnose. Ze had nog steeds pijn en ondervond door het gevoel van krachteloosheid in het rechterbeen lichamelijke beperkingen. Ik onderzocht haar en constateerde een ontbrekende reflex in de rechter enkelpees en krachteloosheid in de spieren van de rechterkuit. Dit kon verklaard worden door druk op de zenuw bij de eerste heiligbeenwervel (wat volgens haar arts ook het geval was), want die zenuw stuurt motorische vezels naar de kuitspier en loopt langs de bewuste schijf. De spieren aan de voorkant van het been bleken echter ook krachteloos te zijn; ze had een gedeeltelijke klapvoet. Dat kon niet aan de hernia toe geschreven worden, omdat de ruggemergzenuwen die de toevoer naar deze spieren verzorgen niet in de buurt van deze schijf kwamen. Aan de andere kant konden alle symptomen verklaard worden door een stoornis in de normale functie van de rechterheupzenuw, iets wat bij TMS vaak voorkomt. Die zenuw vertakt zich naar de derde, vierde en vijfde lendewervel, en naar de eerste en tweede heiligbeenwervel. Een stoornis in de heupzenuw kan dus klachten veroorzaken in die delen van het been die worden bediend door deze zenuwen, wat bij deze patiente duidelijk het geval was. Bovendien bleken alle rechterbilspieren, waar de heupzenuw loopt, bij druk pijnlijk te zijn. Deze en andere kenmerkende symptomen bevestigden de diagnose van TMS in de rechterbil en heupzenuw; de hernia was volkomen onbelangrijk. Dergelijke klinische tegenstrijdigheden komen vaak voor en je vraagt je af waarom de meeste artsen daar geen aandacht aan schenken. Artsen zijn zo gefixeerd op de hernia dat de diagnose soms alleen wordt gesteld op basis van pijn in de lage rug, billen en benen, soms zelfs zonder beenpijn, zonder een CT-scan Of MRI-onderzoek te doen. De diagnose hernia kan niet klinisch worden gesteld of zelfs met behulp van gewone röntgenfoto's. Op röntgenfoto's is vaak alleen minder ruimte tussen de wervels te zien, meestal tussen de laatste twee wervels. Zoals ik al zei hebben bijna alle mensen boven de twintigste last van deze afwijking. Het betekent dat de schijf degenerereert en dat is een volkomen normaal aspect van het verouderingsproces. Het is misschien aanlokkelijk, maar niet aan te raden, klachten toe te schrijven aan normale ouderdomsverschijnselen. In mijn ervaring is de degeneratie van de schijf niet ernstiger dan grijs haar of rimpels. De laatste tijd zijn er veel artikelen verschenen in de medische literatuur over hernia's bij patienten die nooit last van rugpijn hebben gehad. Die hernia's kwamen toevallig aan het licht bij een CT-scan of MRI-onderzoek, uitgevoerd om andere delen van het lichaam te onderzoeken. In het belang van de objectiviteit moet vermeld worden dat uit één statistisch onderzoek bleek dat mensen met afwijkingen aan de tussenwervelschijf vaker last hadden van

rugpijn. Ik heb geprobeerd dit gegeven in overeenstemming te brengen met het feit dat niet de schijf, maar TMS de pijn veroorzaakt, en kan alleen maar concluderen dat tijdens dat mysterieuze proces waarbij de hersenen een geschikte plaats voor TMS kiezen, een 'stoornis' (zoals de hernia) het meest in aanmerking komt, ook al is de anatomische afwijking niet pathologisch. In 1987 werd een vervolgonderzoek gedaan om het grote aantal hernia-patienten dat wij met succes hebben behandeld in kaart te brengen. Een onderzoekassistent nam honderdneven mensen een telefonische enquête af. Deze mensen waren willekeurig gekozen uit een grote groep patienten die drie tot één jaar tevoren waren behandeld. Bij alle patienten was de pijn toegeschreven aan een hernia die bij een ct- scan aan het licht was gekomen. Op basis van de anamnese en het medisch onderzoek werd de diagnose TMS gesteld; alle patienten volgden het gebruikelijke behandelprogramma. De resultaten waren als volgt:

Vrij, of bijna vrij van pijn, onbeperkte lichamelijke activiteit	96 (88 %)
Verbetering, enige pijn, beperkte activiteit	11 (10 %)
Geen verbetering	2 (2 %)

De twee patienten die geen verbetering hadden geconstateerd, bleken ernstige en hardnekkige psychische problemen te hebben en zijn daarvoor nog steeds in therapie. Deze cijfers maken het moeilijk de hernia serieus te nemen. Toch hadden al deze patienten te horen gekregen dat de pijn het gevolg was van een hernia; negenendertig mensen was een operatie aangeraden; drie hadden al zo'n operatie ondergaan; en de meeste anderen was verteld dat een operatie nodig zou kunnen zijn als andere maatregelen niet toereikend bleken. Neem bijvoorbeeld het volgende geval. De patient was een vijfentwintigjarige man die lage rugpijn en pijn in het rechterbeen had; twee maanden voordat hij bij mij kwam was er een myelogram van de lage rug gemaakt waaruit bleek dat hij een hernia had. Hij kreeg de raad alle lichamelijke activiteiten te stoppen en zich te laten opereren, wat een goed advies zou zijn als de schijf de oorzaak van de pijn was. Deze enthousiaste sporter (hij speelde graag basketbal en squash) was kapot van de diagnose. Hij maakte zich bovendien zorgen dat hij niet langer zijn spanning door middel van hevige lichamelijke inspanning kon afreageren' en hij vond zichzelf heel gespannen. Hij besloot zich niet te laten opereren en, hoewel dodelijk ongerust, bleef hij trainen; hij speelde zelfs af en toe basketbal. Hoewel het noch beter noch slechter met hem ging, leefde hij in voortdurende angst dat hij een blessure zou oplopen. Ik onderzocht hem en vond niets wat erop wees dat er een zenuw beschadigd was; als hij zijn linker- of rechterbeen gestrekt optilde, had hij pijn in de rechterbil. Zoals gewoonlijk bij TMS was er pijn bij druk op de spieren van de billen, de lendenen, de schouders en de nek. Dit bevestigde dat de pijn te wijten was aan TMS, niet aan een hernia. Hij aanvaardde de diagnose, volgde het behandelprogramma en had binnen een paar weken geen pijn meer. Dat is nu ongeveer twaalf

jaar geleden en het gaat hem nog steeds goed, ondanks het feit dat hij een zwaar trainingsschema heeft.

Vernauwing van het wervelkanaal

In al die jaren dat ik dit werk heb gedaan, was vernauwing van het wervelkanaal een van de meest algemene diagnoses bij lage rugpijn zonder hernia. De vernauwing van het wervelkanaal wordt soms beschouwd als een aangeboren afwijking, maar meestal als het gevolg van een verouderingsproces in de wervels. Botwoekeringen (ook osteofyten genoemd) vernauwen op sommige plaatsen het wervelkanaal. Mijn reactie op deze afwijking is op mijn ervaring met patienten gebaseerd. De meeste patienten, ongeacht hun leeftijd, bleken TMS te hebben, zodat ik de op röntgenfoto's gebaseerde diagnose kon negeren. Als er sprake is van een ernstige vernauwing moet het wervelkanaal operatief worden verbreed, maar dat is zelden het geval. Vooral oudere patienten raad ik aan eerst een neuroloog te raadplegen, zodat de eventuele invloed van zenuwstructuren nauwkeurig wordt bestudeerd. Als het beeld bij zenuwonderzoek er bevredigend uitziet en de patient de klassieke symptomen van TMS heeft, begin ik vol vertrouwen met de behandeling, ongeacht de gegevens van de röntgenfoto's.

Beknelde zenuw

Na een hernia is een beknelde zenuw een van de populairste diagnoses, die meestal van toepassing wordt geacht op mensen die klagen over eenzijdige pijn in de nek, schouder en bovenbeen. Meestal gaat het om een halszenuw die door de opening loopt die wordt gevormd door aangrenzende nek-wervels (een foramen) en wordt beknelde door een osteofyt (botwoekering, vergroeiing) of een hernia. De diagnose is vergezocht. Zij berust op zeer wankele vermoedens. Weer is het probleem dat men een structurele oorzaak aan wil wijzen; dit geeft aanleiding tot verontrustende subjectiviteit. De volgende gegevens werpen een ander licht op deze diagnose. Ten eerste komen deze klachten vaak voor bij jong volwassenen die geen botwoekeringen en geen hernia's hebben. Ten tweede is een botwoekering niets bijzonders en hebben veel mensen er helemaal geen last van. Bij het ouder worden zijn botwoekeringen een heel gewoon verschijnsel, zodat bijna alle ouderen last van nek- en armpijn zouden moeten hebben, wat niet het geval is. Ten derde zouden de woekeringen volgens neuroradiologen (specialisten in de röntgendiagnostiek van het zenuwstelsel) het foramen geheel moeten afsluiten voordat er sprake kan zijn van een beknelde zenuw, iets wat zelden gebeurt. Ten vierde wordt hier hetzelfde principe toegepast als bij de hernia in de lendestreek; voortdurende druk op een zenuw heeft gevoelloosheid tot gevolg (geen pijn bij druk op de bewuste plek). Dat is niet hetzelfde als de subjectieve gevoelloosheid die patienten soms in armen of benen ervaren.

Ten vijfde zijn er veel aanwijzingen in de medische literatuur dat grote gezwellen in de wervelkolom, zoals goedaardige tumoren, vaak pijnloos zijn. De meeste patienten met een 'beknelde zenuw' hebben TMS in de nek- en schouderpijnen, vooral de bovenste monnikskapspier en de zenuwen in de hals boven de wervelkolom. Vier halszenuwen en de bovenste borstzenuw vormen de zogenaamde brachiale plexus, een soort kluwen waar de zenuwen opnieuw worden gegroepeerd om vervolgens naar de arm en de hand te lopen. De brachiale plexus is waarschijnlijk vaak bij TMS betrokken. Maar of het nu om de ruggemergszenuwen, de brachiale plexus of beide gaat is niet relevant, want de aandoening wordt niet plaatselijk behandeld; zij wordt behandeld waar zij begint - in de hersenen. Het volgende geval is in dit verband heel leerzaam. De patiente was een werkende vrouw van middelbare leeftijd die pijn kreeg in de linkerkant van haar nek, de linkerschouder en de hele linkerarm. 's Nachts werd ze vaak wakker van de pijn in haar pols. Tot overmaat van ramp merkte ze op een dag dat ze haar linkerschouder nauwelijks meer kon bewegen, een verschijnsel dat ook wel 'frozen shoulder' (langzamerhand stijfgeworden, vastzittende schouder) genoemd wordt. Dit is een veel voorkomende complicatie bij schouderpijn. Deze patienten gaan zonder het te beseffen hun schouder kennelijk minder bewegen, waarschijnlijk door de pijn, om dan plotseling te merken dat de beweeglijkheid veel minder is geworden. Zonder het normale bewegingspatroon krimpt het kapsel van het schoudergewricht, een normaal verschijnsel bij gewrichten die onvoldoende bewogen worden. Bovendien klaagde deze vrouw dat haar linkerhand zwak was en dat ze veel dingen liet vallen. Ondanks deze onheilspellende symptomen vermoedde ik dat ze TMS had en het lichamenlijk onderzoek bevestigde dit. De patiente was ontvankelijk voor de diagnose. Ze was bekend met het syndroom en haar persoonlijkheid kwam perfect overeen met het psychologische profiel. Ze ging helemaal op in haar werk, werkte ontzettend hard en was dwangmatig plichtsgetrouw. Ik geneerde me nogal toen haar klachten niet op het gebruikelijke behandelprogramma bleken te reageren; de vrouw bleef wekenlang hevige pijn houden. Ik was bang dat er iets ernstigs aan de hand kon zijn, iets wat dezelfde symptomen als TMS had, en stuurde haar door naar de neuroloog. Het lichamenlijk onderzoek en de tests toonden geen afwijkingen aan. Na vele weken begonnen de klachten minder te worden en pas toen dat gebeurde beseften we beiden waaruit de klachten waren voortgekomen en waarom ze nu beter begon te worden. Het was allemaal begonnen toen ze te horen kreeg dat ze een heel belangrijk lid van haar onderzoeksteam kwijt zou raken. Daarvoor moest een enorme hoeveelheid werk afgemaakt worden en ze zag ontzettend tegen haar vertrek op - een ongelukkige zaak waardoor zich een grote mate van spanning, ongetwijfeld samen met heel wat onvermoede woede, had opgestapeld. Het onderbewuste is in deze dingen niet erg logisch. De klachten verdwenen helemaal toen de gewaardeerde collega inderdaad opstapte, wat erop wees dat er voor dit voldongen feit geen TMS

meer nodig was. Ze kreeg de beweeglijkheid in haar schouder, zonder fysiotherapie, weer helemaal terug. Dit was een klassiek geval van een 'beknelde zenuw' - maar eigenlijk ook weer niet. Het geval toont duidelijk aan dat TMS in dienst staat van psychische verschijnselen. Het is een trieste diagnostische fout de symptomen aan een vormafwijking toe te schrijven.

Het facetsyndroom

Facet is de technische benaming van het gewricht tussen twee wervels. Evenals alle andere gewrichten zijn de facetten aan slijtage onderhevig en beginnen ze er afwijkend uit te zien naarmate we ouder worden. Deze veranderingen heten bij sommige patienten pijn te veroorzaken. Naar mijn ervaring is dat niet zo.

Spondylosis

Spondylosis of artrose verwijzen naar de normale ouderdomsverschijnselen waar we het al eerder over hadden. Ik heb niet kunnen aantonen dat deze aandoeningen pathologisch zijn of ziekteverschijnselen voortbrengen. Dat is bij reumatoïde artritis anders. Dit is een ontstekingsproces dat ieder gewricht in het lichaam kan aantasten en altijd pijnlijk is.

Overgangswervels

Een overgangswervel is een aangeboren afwijking waarbij er een extra wervel aan de onderkant van de wervelkolom zit, meestal aan het bekken. Rugpijn wordt vaak aan deze extra wervel geweten.

Spondylolysis

Spondylolysis is een afwijking aan een wervel, gemakkelijk te zien op röntgenfoto's en naar mijn ervaring zelden verantwoordelijk voor rugpijn.

Spina bifida occulta

Ook spina bifida occulta is een aangeboren afwijking aan de onderkant van de wervelkolom, maar hier ontbreekt juist een wervel. Weer wordt pijn vaak (onterecht) aan deze afwijking toegeschreven.

Spondylolisthesis

Spondylolisthesis is een afwijking waarbij twee wervels, meestal onderaan de wervelkolom, ten opzichte van elkaar verschoven zijn. De ene ligt voor de andere. Op röntgenfoto's ziet dit er behoorlijk bedreigend uit, maar ik heb

gemerkt dat het altijd goedaardig is. Het is natuurlijk mogelijk dat deze afwijking in bepaalde gevallen wel schadelijk is, maar zo'n geval ben ik nog nooit tegengekomen. Ik heb in de loop der jaren wel heel dramatische gevallen meegemaakt. Ik herinner me een man van bijna zestig die al drie jaar last had van een steeds heviger wordende rugpijn, de vloek van zijn bestaan, om maar eens een oud cliché te gebruiken. Hij kon niet sporten, wat hij vreselijk miste, en hij zei dat het leven voor hem een 'pure marteling' was. Hoewel hem meer dan eens een operatie was aangeraden, zag hij daar, hoewel hij wanhopig was, ontzettend tegenop. Ik onderzocht hem en constateerde dat hij uitzonderlijk gespannen was, hoewel hij er heel gezond uitzag. Er waren geen neurologische veranderingen in zijn benen, maar al zijn spieren, van nek tot billen, waren enorm gevoelig. Hij was een klassiek geval van TMS. Ik stond voor een dilemma. Deze patient had twee diagnoses: spondylolisthesis en TMS. Ik twijfelde er niet aan of de pijn was het gevolg van TMS en de patient zei dat hij mij wilde geloven, maar die artsen die een operatie hadden aangeraden - hadden die het dan mis? Ik zei dat hij ongetwijfeld TMS had en stelde voor te proberen iets aan die pijn te doen, om vervolgens te kijken welke pijn overbleef. Hij begon met de gebruikelijke behandeling en de pijn werd minder. Na een week of vier ging hij met zijn vrouw op vakantie en toen hij terugkwam meldde hij dat hij in de vakantie helemaal geen pijn had gehad. Terug in New York en in zijn dagelijks leven kwam de pijn terug, maar veel minder hevig. Er was geen twijfel mogelijk over de oorzaak van de pijn. Het ging steeds beter met hem en drie maanden na ons eerste gesprek deed hij weer aan zijn favoriete sport. Een jaar later kreeg ik een brief van hem, waarin hij schreef dat het hem nog steeds goed ging. Hij deed nu aan wedstrijd sport en vond dat zijn herstel opmerkelijk was als je bedacht dat zijn behandeling had bestaan uit luisteren en leren. Het zou onnauwkeurig zijn te beweren dat spondylolisthesis nooit rugpijn kan veroorzaken; maar tot dusverre heb ik daar nog geen voorbeelden van gezien. Tussen 1976 en 1980 publiceerden twee Israëlische artsen, dr. A. Magora en dr. A. Schwartz, vier artikelen in het Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine waarin ze de resultaten beschreven van hun onderzoek naar bepaalde afwijkingen van de wervelkolom als oorzaak van rugpijn. Ze hadden de röntgenfoto's van mensen met en zonder rugpijn met elkaar vergeleken. Als mensen met rugpijn vaker afwijkingen hadden, zou gevoelig aangenomen kunnen worden dat de afwijkingen de oorzaak van de pijn waren. Uit de cijfers bleek dat er geen verschil was tussen de beide groepen wat betreft het aantal gevallen van degeneratieve osteoartrose, overgangswervels, spina bifida occulta en spondylolysis. Wel was er bij spondylolisthesis een klein verschil. Met andere woorden, rugpijn was niet aan deze aandoeningen te wijten, spondylolisthesis mogelijk uitgezonderd. Ook de Amerikaanse radioloog dr. C. A. Splithoff heeft een dergelijk onderzoek uitgevoerd en erover geschreven (Journal the American Medical Association, 1953). Hij vergeleek negen verschillende afwijkingen van het

lage deel van de wervelkolom bij mensen met en zonder rugpijn. Ook hier toonden de cijfers geen verschil aan. Deze onderzoeken wijzen erop dat structurele afwijkingen van de wervelkolom over het algemeen geen rugpijn veroorzaken.

Scoliose

Scoliose is een abnormale kromming van de wervelkolom, die vaak voorkomt bij meisjes in de tienerleeftijd en niet verdwijnt bij het volwassen worden. Bij tieners veroorzaakt scoliose zelden pijn, maar bij volwassenen wordt rugpijn vaak aan deze afwijking geweten. Zelf heb ik dat nooit meegemaakt. Het volgende geval is typerend. De patiente was een vrouw van in de dertig, die sinds haar tienerjaren last had van steeds terugkerende rugpijn. Een aantal jaren voordat ze bij mij kwam - ze had toen nog jonge kinderen' - had ze een ernstige aanval gehad. Op röntgenfoto's werd een lichte vorm van scoliose waargenomen en daar werd de pijn aan toegeschreven. Ze kreeg te horen dat ze bij het ouder worden geleidelijk meer last zou krijgen. Ondanks deze wrede voorspelling herstelde ze van die pijn aanval en ging het vrij goed met haar tot ze twee maanden voordat ze naar mij toekwam een hevige aanval kreeg. Ze zei dat het was begonnen toen ze zich bukte, dat ze iets 'had horen knappen', een uitdrukking die vaak wordt gebruikt om het begin van een aanval te beschrijven. Bovendien was ze bang, omdat haar romp naar één kant overhelde. Ik nam de anamnese op en ze vertelde dat ze in de loop van de jaren een aantal malen last had gehad van een peesontsteking, in de armen en benen, af en toe pijn in nek en schouders, maag- en darmklachten, hooikoorts en hevige hoofdpijn. Een klassieke TMS-patiente. Ik onderzocht haar en constateerde geen afwijkingen, afgezien van de gebruikelijke drukgevoeligheid van de spieren in nek, schouders, rug en billen. Ze had geen moeite met de diagnose, volgde het behandelprogramma en had al gauw geen pijn meer. Later vertelde ze dat ze geen pijn aanvallen meer had gehad, dat ze soms lichte pijn had, maar wist dat het geen kwaad kon en een normaal leven leidde, zonder angst. Het is duidelijk dat scoliose niet de oorzaak van haar pijn was, omdat de behandeling niets aan haar scoliose veranderde. Het is ook duidelijk dat haar persoonlijkheid haar gevoelig maakte voor een aantal goedaardige aandoeningen, waaronder TMS.

Osteoartrose van de heup

Osteoartrose van de heup is een algemeen bekende aandoening omdat zij zo vaak voorkomt en omdat het hele heupgewricht door een drastische operatie kan worden vervangen; de patient krijgt een nieuwe gewrichtsholte en een nieuwe kop (de bovenkant van het dijbeen) die er precies in past. Dit is werkelijk een van de grote triomfen van de reconstructiechirurgie. Deze

operatie wordt noodzakelijk gemaakt door botwoekeringen en slijtage van het kraakbeen van het gewricht waardoor het gewricht zijn beweeglijkheid verliest en slecht gaat functioneren. Men zegt dat een gewricht met osteoartrose pijnlijk wordt en dat kan in bepaalde gevallen waar zijn. Het is echter verstandig daar heel voorzichtig mee te zijn, want ik heb patiënten gehad bij wie de 'heuppijn' duidelijk een symptoom van TMS was. Kort geleden had ik zo'n geval. De patiënte was een vrouw van in de zestig, die over heuppijn klaagde. De röntgenfoto's gaven een lichte vorm van osteoartrose te zien (waaraan de pijn echter wel was toegeschreven), maar uit het onderzoek bleek wat eraan schortte. De beweeglijkheid van het gewricht was normaal en ze had geen pijn als ze haar gewicht op het been liet rusten. Ze voelde de pijn ongeveer vijf centimeter boven het gewricht, vooral bij directe druk op die plek. Ze had TMS met tenalgie. De pijn bij TMS komt vaak vanuit de bilspier of de heupzenuw. Ik kan dat met enig gezag zeggen, omdat de pijn bij deze mensen na mijn behandeling verdwijnt. Ik zeg niet dat dit altijd het geval is, maar ik beweer alleen dat het goed is rekening te houden met de mogelijkheid dat heuppijn niet altijd met een gedegeneerd heupgewricht te maken heeft.

Chondromalacie

Chondromalacie of kraakbeenverweking is een ongelijkmatigheid aan de onderkant van de knieschijf, die te zien is op röntgenfoto's, wat ongetwijfeld de reden is waarom artsen deze afwijking zo vaak als oorzaak van kniepijn aanwijzen. In tegenstelling tot osteoartrose van de heup is dit een aandoening die voor zover ik weet nooit pijn veroorzaakt. Uit mijn onderzoek blijkt altijd dat een of meer van de vele pezen en bindweefselbanden bij de knie tekenen van TMS-tenalgie vertonen. De pijn is in dergelijke gevallen eigenlijk geen kniepijn, omdat het gewricht er niets mee te maken heeft.

Botwoekeringen

Botwoekeringen zijn vaak te zien op röntgenfoto's en worden veelal beschouwd als de oorzaak van pijn in de hiel. In mijn ervaring is de woekering niet symptomatisch en is de pijn meestal aan TMS-tenalgie te wijten.

Aandoeningen van weke delen: Fibromyalgie (Fibrositis, Myofibrositis, Myofasciitis)

Miljoenen mensen in de Verenigde Staten, vooral vrouwen tussen twintig en vijftig jaar, hebben last van spierreuma, chronische pijn, een slechte nachtrust en stijfheid bij het opstaan. Deze mensen lijden aan fibromyalgie. Men zegt dat slechts bij een klein percentage van alle patiënten met fibromyalgie de juiste diagnose wordt gesteld en dat bij gebrek aan duidelijk waarneem-

bare afwijkingen artsen vaak de conclusie trekken dat de aandoening 'psychogeen' is. Hoewel de diagnose fibromyalgie steeds vaker gesteld wordt, heet de oorzaak nog steeds niet bekend te zijn. De patiënt krijgt de raad zich geen zorgen te maken, omdat het geen 'psychogene' aandoening (de aanhalingstekens geven aan dat het een negatieve term is), en geen teken van degeneratie of deformatie is. Ik ben er al jaren van overtuigd dat deze aandoening een van de vele varianten van TMS is. Zij is niet degeneratief of deformatief, maar wel degelijk psychogeen, want dat is de algemene term die verwijst naar een lichamelijk proces dat door emotionele factoren op gang wordt gebracht. Veel artsen hebben echter, zoals meer dan eens in dit boek wordt beschreven, een diepgeworteld onvermogen dit concept te aanvaarden. Psychogeen is een scheldwoord; zo noem je iets als je niet weet wat je ermee aan moet. Ze kunnen maar niet begrijpen dat emoties lichamelijke veranderingen kunnen veroorzaken. De meeste artsen zeggen dat ze niet zeker weten wat de oorzaak van fibromyalgie (TMS) is, maar er is bij deze aandoening wel een fysiologische afwijking geconstateerd: zuurstofgebrek, zoals in het hoofdstuk over fysiologie al wordt aangegeven (zie pag. 71). De narigheid is dat artsen niet weten wat ze met de informatie over deze fysiologische verandering aan moeten, hoewel ze hun uiterste best doen het vanuit lichamelijke en chemische feiten te verklaren. Met bewonderenswaardige vlijt komen ze met allerlei gegevens over de fysische en chemische processen die een rol spelen in de spier en bouwen met behulp daarvan een ingewikkelde etiologische hypothese - maar de pijn van de patiënt verdwijnt niet. Fibromyalgie is TMS. Ik heb in de loop der jaren honderden mensen met deze klachten behandeld. Zoals elders aangegeven, is deze vorm van TMS ernstiger dan de meeste andere vormen en hebben deze patiënten vaak psychotherapie nodig.

Bursitis

De bursa of slijmbeurs beschermt het onderliggende bot op plaatsen waar het aan veel druk blootstaat. Op twee plaatsen wordt pijn vaak toegeschreven aan een ontsteking van de bursa: de schouder en de heup. Deze aandoening wordt ook wel bursitis subacromialis en bursitis trochanterica genoemd. De schouder is een gecompliceerd gewricht waarmee veel mis kan gaan, waardoor pijn ontstaat. Meestal is mijn conclusie dat een pees boven de bursa vlak bij het aanhechtingspunt van de pees aan het bot (de acromion) de boosdoener is. De pijn moet dus toegeschreven worden aan tenalgie, niet aan bursitis, en is zoals meestal bij tenalgie, het gevolg van TMS. Zo zijn in veel gevallen van TMS waar de pijn wordt toegeschreven aan bursitisubacromialis, de anatomie en de pathofysiologie totaal verkeerd beoordeeld. Zo wordt ook de pijn rond het uitstekende deel van de heup (de trochanter) meestal aan bursitis geweten, maar naar mijn ervaring gaat het ook hier om TMS-tenalgie. Al eerder zijn klachten in de pees als gevolg van

TMS uitgebreid aan de orde gekomen; ik zal er hier dan ook kort over zijn.

Tendinitis

In de groep aandoeningen die onder de term tendinitis of peesontsteking vallen, wordt de pees terecht als de boosdoener aangemerkt, maar de verklaring die vaak voor de pijn wordt gegeven klopt niet. De anatomie is juist, maar de diagnose is fout. Over het algemeen wordt aangenomen dat de pijnlijke pees door te veel inspanning ontstoken is geraakt. De behandeling bestaat dan ook uit rust en het beperken van beweging en/of een injectie met een steroïde (cortison). Dit helpt meestal maar tijdelijk. Jaren geleden begon ik al te vermoeden dat tendinitis (tenalgie is een betere term) wel eens deel zou kunnen uitmaken van TMS. Er kwam een patient bij me die vertelde dat niet alleen zijn rugpijn na mijn behandeling was verdwenen, maar ook de pijn in zijn elleboog. Ik testte mijn theorie uit en merkte inderdaad dat de meeste vormen van tenalgie op mijn behandeling reageerden. Ik beschouw de pees en bindweefselband nu het derde weefsel dat bij TMS betrokken is. Plaatsen waar tenalgie vaak voorkomt zijn de schouder, elleboog, pols, heup, knie, enkel en voet.

Coccydynie

Coccydynie is een pijnlijke aandoening tussen de billen. Over het algemeen neemt men aan dat de coccyx, of het stuitbeen, voor de pijn verantwoordelijk is, hoewel heel duidelijk is dat het vaak gaat om het onderste deel van het sacrum, of bekken. Coccyx of sacrum, de klachten vormen voor de diagnosticus meestal een raadsel, omdat er op röntgenfoto's niets te zien is. Patienten schrijven de pijn dikwijls toe aan een val, meestal in het verre verleden. Coccydynie is een veel voorkomende vorm van TMS die waarschijnlijk wordt veroorzaakt door een tenalgie, omdat er spieren vastzitten aan de hele lengte van het heiligbeen en het stuitbeen. Het bewijs? De pijn verdwijnt door mijn informatieve behandeling.

Neurinoom

Ook in het voorste deel van de onderkant van de voet kan een TMS-tenalgie voorkomen die op een andere manier wordt verklaard. De pijn is meestal voelbaar in de metatarsus (de middenvoet) en de oorzaak wordt bijna altijd gezocht in een neurinoom, een goedaardig gezwel. De pijn verdwijnt na TMS-behandeling.

Plantaire fasciitis

Bij plantaire fasciitis is de pijn voelbaar over de hele lengte van de voetzool. Hoewel artsen zich niet over de oorzaak uitlaten, zoeken ze deze vaak in een ontsteking. De voetzool is meestal zeer gevoelig en de aandoening is kennelijk een vorm van TMS.

Mononeuritis multiplex

Ook mononeuritis multiplex is een diagnose die geen verklaring biedt, want de oorzaak is vaak onbekend. Het gaat om zenuwklachten die in een willekeurig patroon vele andere zenuwen aantasten. De aandoening kan samen met diabetes voorkomen, maar veel van deze patienten hebben geen diabetes. Volgens mij hebben deze mensen een vorm van TMS- neuralgie, omdat TMS vaak zoveel verschillende spieren en zenuwen in nek, schouders en rug aantast.

Temporomandibulair gewrichtssyndroom (TMG)

Een temporomandibulair gewrichtssyndroom is een veel voorkomende pijnlijke aandoening in het gezicht, die in het verleden veel werd toegeschreven aan de pathologie van het kaakgewricht (TM-gewricht) en zodoende binnen het domein van de tandheelkunde viel. Ik heb deze aandoening nooit specifiek behandeld, maar ben sterk geneigd te geloven dat de oorzaak dezelfde is als bij spanningshoofdpijn en TMS. Uit de anamnes van TMS-patienten die bij mij komen met nek- en schouder- pijn blijkt vaak dat ze eerder TMG hebben gehad, en de kaakspier druk-gevoelig, net als despiëren in schouder, rug en billen.

Ontsteking

Een bespreking van de ontsteking mag hier niet ontbreken want in veel gevallen heet een ontsteking de oorzaak van hoge en lage rugpijn te zijn en worden er vervolgens zowel steroïde (cortison) als non-steroïde (bijvoorbeeld ibuprofen) ontstekingsremmende middelen voorgeschreven. Omdat rugpijn zoveel voorkomt worden deze middelen heel veel gebruikt. Uit mijn ervaring met de diagnose en behandeling van TMS blijkt dat de oorzaak van de pijn noch in spinale structuren, noch in een ontstekingsreactie moet worden gezocht. Een ontsteking is een automatische reactie op ziekte of letsel; het is in feite een proces dat het lichaam beschermt en geneest. Een ontsteking is een reactie op een aanval van bacteriën of een virus. Als dat een ontstekingsreactie is, wat is er dan in de rug aan de hand? Is er sprake van een ontsteking, een reactie op rugletsel of iets dergelijks? Niemand heeft daar nog een bevredigend, wetenschappelijk antwoord op kunnen geven. In dit boek heb ik geopperd dat zuurstofgebrek, niet een ontsteking,

de oorzaak van de pijn zou kunnen zijn. Deze theorie wordt door de reumatologische onderzoeken naar fibromyalgie ten minste enigszins ondersteund.

Verrekking en verstuiking

De term verstuiking zou alleen moeten worden gebruikt in duidelijke gevallen van licht letsel, zoals het verdraaien van de enkel. Wat een verrekking is, zou ik eigenlijk niet weten. Helaas worden beide termen vaak gebruikt bij TMS.

Nu we deze algemene traditionele diagnoses voor rugpijn de revue hebben laten passeren, zullen we een blik werpen op de conventionele behandelingen.

6. DE TRADITIONELE (CONVENTIONELE) BEHANDELINGEN

In een leerboek over de behandeling van rugpijn heb ik eens geschreven dat therapeutisch eclecticisme wijst op diagnostisch onvermogen. Het feit dat er zoveel verschillende behandelingen bestaan voor de zo algemeen voorkomende pijn in nek, schouders en rug, doet vermoeden dat diagnostici waarschijnlijk niet zeker weten wat er aan de hand is. Natuurlijk krijgt de patient altijd een diagnose, meestal een organische, maar die diagnose rammelt gezien de daaropvolgende behandeling, zoals medicijngebruik, verschillende vormen van fysiotherapie, manipulatie, tractie, acupunctuur, biofeedback, transcutane zenuwstimulatie en operatie, technieken met behulp waarvan meestal alleen symptomen worden bestreden. Mensen met TMS moeten op de hoogte zijn van deze behandelingen, om te kunnen begrijpen waarom zij er al of niet op reageerden, of waarom ze er slechts gedeeltelijk of tijdelijk baat bij hadden. Toen ik erover nadacht hoe ik dit onderwerp zou aanpakken, kwam ik tot de conclusie dat ik het beste zou kunnen aangeven wat het doel van iedere behandeling is. Natuurlijk zijn alle behandelingen gericht op het verlichten van pijn, maar het gaat erom hoe dat gebeurt. Wat is de achterliggende gedachte van de behandeling? Maar eerst zal ik nog eens het placebo-effect onder de loep nemen, want dat is bij iedere behandeling van essentieel belang.

Het placebo-effect

Een placebo is iedere behandeling die goed werkt, ondanks het feit dat de therapie op zichzelf waardeloos is. Het klassieke voorbeeld is een suikerpil. Het is duidelijk dat het goede resultaat moet worden toegeschreven aan het vermogen van de geest de verschillende organen en systemen van het lichaam te manipuleren. Om dat te kunnen, moet de geest geloven in de werkzaamheid van de therapie en de vaardigheid van de therapeut. De sleutel is hier geloof - de patient moet blind vertrouwen hebben. Als hij dat heeft, kan het resultaat indrukwekken zijn, getuige het volgende geval dat in 1957 voor het eerst werd genoemd door dr. Bruno Klopfer. De patient was een man met een vorm van lymfeklierkanker die zich snel uitbreidde. Hij kreeg zijn arts zover hem met het geneesmiddel Krebiozen te behandelen; er volgde een wonderbaarlijke genezing en de vele grote gezwellen verdwenen. Het, bleef goed gaan totdat hij hoorde dat Krebiozen geen goed middel was, waarna hij terugviel in dezelfde wanhopige toestand als voorheen. Onder de indruk van zijn reactie op de behandeling vertelde de arts de man dat hij hem injecties zou geven met een krachtige soort Krebiozen, maar spoot hem in met steriel water. Weer reageerde de patient er uitstekend op en smolten zijn tumoren weg. Toen de American Medical Association

officieel bekend maakte dat Krebiozen een waardeloos middel was, kwamen de tumoren terug; de man stierf kort daarna. Uit dit geval blijkt duidelijk dat een placebo op het lichaam inwerkt, niet op de fantasie. Bij deze patient bracht de placebo een krachtige reactie teweeg in het immuunsysteem dat erin slaagde de tumoren te vernietigen. Op grond van mijn indruk dat de meeste pijnsyndromen die te zien krijg het gevolg van TMS zijn, moet ik de conclusie trekken dat de placebofactor verantwoordelijk is voor de goed resultaten van de meeste volgende behandelingen.

Rust

Als de pijn werkelijk het gevolg is van letsel, als een bepaalde lichaamsstructuur schade heeft opgelopen, als er een periode van herstel noodzakelijk wordt geacht, is het logisch het beschadigde lichaamsdeel rust op te leggen. Hieronder vallen behandelingen als bedrust, lumbaaltractie (die er eigenlijk alleen maar voor zorgt dat de patient in bed blijft, want de gewichten kunnen de wervels onmogelijk uit elkaar trekken), een sportverbod, een kraag, een korset of breukband. Bedrust wordt bijna altijd voorgeschreven aan patienten die een hernia heten te hebben. Als er echter geen athologisch structurele afwijking is, als de patient TMS heeft, is er geen reden om die behandeling toe te passen. Niet alleen is rust dan waardeloos, maar wordt het probleem alleen maar erger omdat de patient denkt dat er structureel iets zo ernstigs aan de hand is dat volledige bewegingloosheid nodig is. Zoals ik in het hoofdstuk over behandeling al zei, zal de gedachte aan een lichamelijke in plaats van een emotionele oorzaak van de pijn de klachten in stand houden. De banden en korsetten vormen een wat vreemde behandeling, want het bewuste lichaamsdeel wordt er niet onbeweeglijk door gehouden. Als iemand vertelt dat hij zich beter voelt met zo'n ding, of niet zonder kan, denk ik placebo.

Pijnbestrijding

Pijnbestrijding is het doel van alle behandelingen, maar er zijn behandelingen die zich alleen daar op richten. Over het algemeen is dat symptoombestrijding en dus geen verantwoorde behandeling, tenzij toegepast om puur humanitaire redenen. Het gebruik van morfine, pethidine of andere sterke pijnstillers is zeker gerechtvaardigd als er sprake is van ondraaglijke pijn, maar mag geen definitieve behandeling zijn. Acupunctuur lijkt als plaatse-lijke pijnstiller te werken. Met andere woorden, door acupunctuur wordt de transmissie van pijnimpuls via de zenuwen naar de hersenen geblokkeerd. Als de patient aan een chronische ziekte lijdt, waarbij niet verwacht kan worden dat de pijn minder wordt, is acupunctuur een goede behandeling. De patient met typische rugklachten kan er een tijdelijke verbetering door ervaren, maar er wordt niets aan het achterliggende proces, de oorzaak van

de pijn, gedaan. Zenuwblokkers worden veel gebruikt, vooral als de pijn ernstig en hardnekkig is. Een injectie met een pijnstillend middel geeft plaatselijk verlichting en werkt in feite net als acupunctuur. Als behandeling voor rugpijn kleeft er daarom hetzelfde bezwaar aan. Transcutane Zenuwstimulatie (TENS) is een techniek waarbij de pijn verlicht wordt door middel van lichte elektrische schokken op de pijnlijke plek. Meestal worden elektroden aangebracht en kan de patient de schokken zelf activeren. Ook hier geldt hetzelfde als voor de twee bovenstaande technieken. Het is echter de vraag of deze techniek niet alleen als placebo werkt. Een groep onderzoekers aan de Mayo Kliniek publiceerde in, 1978 een artikel waarin ze aantoonde dat een placebo even goed werkte (G. Thorsteinsson, H.H. Stonnington, G.K. Stillwell en L.R. Elveback: 'The Placebo Effect of Transcutaneous Electrical Stimulation' in: Pain, DI. 5, pag. 31). Als er sprake is van een langdurige verbetering als resultaat van een van deze behandelingen is de kans groot dat dit het gevolg is van het placebo-effect; er is geen andere verklaring mogelijk want deze technieken pakken de oorzaak van de pijn niet aan.

Ontspanning

Aan die artsen die ontspanningstechnieken voorschrijven zo ik willen vragen: 'Waarom?' 'Wat denkt u met ontspanning te bereiken?' Over dit onderwerp wordt met betrekking tot pijnbestrijding behoorlijk vaag gedaan. Ongetwijfeld heeft een kalm, ontspannen mens minder last van pijn, maar ook dit valt onder symptoombestrijding. De onderliggende aandoening wordt niet behandeld. En hoeveel tijd kan de patient iedere dag aan ontspanningsoefeningen besteden? Ik zeg tegen mijn patienten dat meditatie en ontspanningsoefeningen geen kwaad kunnen maar dat er voor een definitieve pijnbestrijding meer nodig is. Biofeedback is een behandeling die tot spierontspanning leidt. Meestal worden er kleine elektroden op het voorhoofd bevestigd, waarna de elektrische (spier)activiteit van de betreffende spieren op een teller of scherm wordt geregistreerd. De patiënt moet dan proberen het getoonde cijfer omlaag te brengen, de de spier te ontspannen, waardoor ook de spieren in andere delen van het lichaam zich meer ontspannen. Ik schrijf nooit biofeedback voor, omdat ook deze behandeling alleen symptomen bestrijdt.

Correctie van Structurele Afwijkingen

De gebruikelijkste behandeling van alle technieken die worde toegepast om een structurele afwijking te corrigeren is manipulatie. Manipulatie wordt toegepast wanneer de wervels ten opzichte van elkaar zijn verschoven en het doel van de behandeling is deze weer recht te zetten. Ik geloof niet in het bestaan van deze afwijking en al zou dat onterecht zijn, dan nog geloof ik

niet dat manipulatie verschil maakt. Soms is het resultaat van manipulatie opzienbarend, wat erop wijst dat de patient een goede placeboreactie heeft. Over het algemeen komen patienten regelmatig terug voor behandeling. Waarschijnlijk is er dus sprake van een (tijdelijke) placeboreactie. Hoewel minder gebruikelijk dan manipulatie, wordt er vaak een operatie uitgevoerd om de uitgestulpte vloeistof van de tussenwervelschijf bij een hernia te verwijderen. Ongetwijfeld is dat vaak noodzakelijk. Het is mijn indruk echter, uitgaand van mijn ervaring met herniapatienten, dat de uitgestulpte vloeistof vaak niet verantwoordelijk is voor de pijn. Uiteraard voeren de chirurgen deze operaties uit in de eerlijke overtuiging dat ze een kwalijke stof verwijderen; dat is een heel gebruikelijke reden om tot een operatie te besluiten. Toch moet ik, vanuit mijn therapeutische ervaring, wel tot de conclusie komen dat een operatie soms het gewenste resultaat bereikt door middel van een placeboreactie. De krachtige werking van een placebo, het vermogen ervan een goed en langdurig effect te bewerkstelligen, wordt gemeten door de indruk die de behandeling op de patient maakt. Daarom is een operatie waarschijnlijk een krachtige placebo. Dat feit werd in 1961 door Henry Beecher, dezelfde arts die verslag deed van de reactie van soldaten die tijdens de strijd gewond waren geraakt, onder de aandacht van de medische wereld gebracht ('Surgery as a Placebo', in: Journal of the American Medical Association, DI. 176, pag. 1102). Ik trek niet graag de waarde van operatieve technieken in twijfel, maar er zijn veel gevallen bekend waar een operatie geen effect had. Zoals in dit boek voortdurend wordt benadrukt, blijkt TMS de oorzaak van de pijn te zijn in plaats van de hernia. Daarom wordt door de operatie het achterliggende probleem mogelijk niet aangepakt. Een andere behandeling kan misschien worden getypeerd als Pseudo-operatief, omdat deze techniek gericht is op de verwijdering van de uitgestulpte vloeistof. Chymopapaïne is een enzym dat in de uitgestulpte substantie kan worden geïnjecteerd, waardoor deze oplost. Deze procedure is minder ingrijpend dan een operatie maar is onderhevig aan dezelfde kritiek, omdat de hernia mogelijk niet de oorzaak van de pijn is. Bovendien blijkt uit de literatuur dat veel mensen hevig reageren op dit enzym. Ook hals-tractie, een behandeling waarbij de halswervels letterlijk enigszins uit elkaar worden getrokken, is een poging om een structurele afwijking te corrigeren - in dit geval om de hals. foramina groter te maken. Dit zijn de openingen die worden gevormd door twee wervels en waar de ruggemergzenuwen doorheen lopen. De achterliggende gedachte is dat de peningen door deze behandeling groter worden zodat de zenuwen niet 'bekneld' raken. We hebben echter al eerder gezegd dat de beknelling meestal alleen in de fantasie bestaat en dat er voo de zoveelste keer van een mug een olifant wordt gemaakt.

Spierversterking

De theorie dat je rug- en buikspieren sterker moet maken, wil je de rug beschermen of pijn voorkomen is al jarenlang heel populair. Deze gedachte is diep geworteld in de Amerikaanse cultuur en slaat nergens op. Bij de YMCA worden cursussen gegeven duizenden artsen schrijven oefeningen voor en een groot aantal therapeuten traint mensen in beweging. Het kan helemaal geen kwaad deze oefeningen te doen en de spieren sterker te maken; het is juist uitstekend (ik doe het ze ook). Maar ik waarschuw mijn patienten dat sterkere spieren de pijn niet minder maken of voorkomen, en is dat wel zo, dan is dat een gevolg van het placebo-effect. En hoe zit het met oefeningen om weer opnieuw te gaan bewegen, om uw angst voor lichamelijke activiteit te doorbreken? Dat is heel wat anders, daar zijn die oefeningen heel nut voor. Dr. Hubert Rosomoff, die ik al eerder noemde in verband met zijn afwijzende houding tegenover de hernia als oorzaak van pijn, heeft samen met de Medische Faculteit van de Universiteit teit in Miami, Florida, een uitgebreid, succesvol programma voor de conservatieve behandeling van moeilijk behandelbare pijnsyndromen samengesteld. Zijn bewegingsprogramma is volgens de berichten krachtig en rigoureuus. Ik heb echter de indruk dat zijn patienten, hoewel ze wel beter worden en beter gaan functioneren, meestal niet van hun pijn afkomen. Volgens mijn theorie is dat ook onvermijdelijk omdat de onderliggende oorzaak niet is vastgesteld en behandeld. Ik zal een patient maar heel zelden naar een fysiotherapeut verwijzen en dan alleen nog om hulp te zoeken voor zijn angst voor lichaamsbeweging.

Verbetering van doorbloeding

Een aantal lichamelijke behandelingen stimuleert de bloedtoevoer naar een bepaalde plaats doordat de temperatuur van het weefsel erdoor stijgt. Kortegolf- of ultrasone straling kan de spier bijvoorbeeld warm maken. Dieptemassage en beweging doen hetzelfde. In tegenstelling tot wat je zou verwachten neemt de doorbloeding niet toe door warme omslagen omdat de hitte niet door de huid heendringt en de spier dus niet bereikt. Het lijkt misschien vreemd, maar bij koude omslagen gebeurt dat juist wel omdat er dan een reactie op de kou volgt. Maar wat is het nut van deze behandelingen? De hoeveelheid beschikbare zuurstof vergroten heeft alleen zin als de pijn het gevolg is van een gebrekkige bloedsomloop of de slechte zuurstofvoorziening die door een ander lichaamsmechanisme wordt veroorzaakt. Zoals de lezer weet is onze hypothese, nu door reumatologisch onderzoek bevestigd, dat zuurstofgebrek de oorzaak is van spierpijn bij TMS. Toch gebruik ik deze technieken niet, omdat ze alleen tijdelijk nut hebben en omdat het lichamelijke behandelingen zijn. De gedachte waarop

dit besluit is gebaseerd, is in het hoofdstuk over de behandeling van TMS al uitgebreid aan de orde geweest. Warme of koude omslagen, straling (tegenwoordig meestal ultrasoon), diepte- en oppervlaktemassage en beweging zijn heel algemeen gebruikte technieken bij de behandeling van pijnsyndromen, bijna ongeacht de veronderstelde etiologie. Er wordt bijvoorbeeld een hernia geconstateerd, waarvoor een operatie niet nodig is. In dat geval zal na een tijdje bedrust, als de pijn niet verdwijnt, fysiotherapie worden voorgeschreven meestal bestaande uit warmte, massage en beweging. Wat zou moeten bewerkstelligen is moeilijk te begrijpen. Er zal geen verandering komen in de anatomische status van de uitgestulpte schijf. De bloedsomloop zal tijdelijk toenemen en spieren activeren, maar waartoe? Ik heb deze behandeling vele jaren geleden misschien wel duizenden keren voorgeschreven, maar ik moet toegeven dat ik vaak geen duidelijke reden voor kon geven en dat vaak de we als vader van de gedachte ook een rol speelde: 'Als we iets doe dan gaat de pijn misschien wel weg', 'Misschien kunnen buik- en rugspieren de wervelkolom steun geven', 'Ontspannen zou wel eens kunnen helpen', enzovoort. Als de fysiotherapeut heel vakkundig was, waren de resultaten vaak heel goed. Helaas speelde de placeboreactie ook hier een rol, zodat het resultaat meestal niet blijvend was. Als de therapeut echter beschikbaar bleef, kon een tweede serie behandelingen uitkomst bieden, zodat de pijn weer een paar weken maanden wegbleef. Maar het leven van de patient bleef onderhevig aan vele ver- en geboden en de angst voor herhaling verdween niet.

Ontstekingsbestrijding

Mijn eerste reactie op iedere behandeling tegen ontsteking 'Welke ontsteking?' Voor zover ik weet heeft nog nooit iemand bewezen dat een rugpijnsyndroom vergezeld ging van een ontsteking, en toch worden er bij de behandeling, al of niet doktersrecept, enorme hoeveelheden steroïde en non-steroïde ontstekingsremmende middelen gebruikt. Het is wat moeilijk precies te beoordelen hoe effectief deze middelen zijn, omdat de meeste tegelijkertijd een analgetische (pijnstillende) werking hebben. Bij TMS speelt ontsteking geen rol, dus mag eventuele verbetering door die middelen rustig worden toe geschreven aan de pijnstillende werking of de placeboreactie. Met één uitzondering. Steroïde middelen (de zogenaamde cortisonen) zullen TMS-klachten bij veel patienten tijdelijk doen afnemen of verdwijnen. Ik weet niet hoe of waarom dit gebeurt. Deze patienten komen bij mij als de pijn weer terugkomt; ze hebben TMS - en meestal hebben ze na mijn behandeling nooit meer klachten.

Behandeling van chronische pijn

Aan het eind van Hoofdstuk 4 over de behandeling van TMS beschreef ik een programma dat heel veel gebruikt wordt om chronische pijn te behandelen. Het is misschien goed nog eens te zeggen dat de behandeling van pijn medisch gesproken geen goede zaak is. Pijn is een symptoom, net als koorts, maar heeft langzamerhand de status van een afzonderlijke aandoening gekregen volgens de hypothese dat bepaalde psychische factoren de patient ertoe brengen zijn pijn te overdrijven. Zoals ik al eerder zei, steunt deze gedachtengang de theorie dat er een blijvende structurele oorzaak is voor de pijn - die vervolgens wordt overdreven. Naar mijn ervaring met zowel lichte als ernstige gevallen, acute en chronische pijnsyndromen zijn de fysiologische veranderingen die zo typerend voor TMS zijn, verantwoordelijk voor de pijn, en niet een structurele afwijking. Deze fysiologische veranderingen veroorzaken pijn en andere klachten. Iemand die deze symptomen bestrijdt handelt al even verstandig als iemand die koorts bestrijdt bij iemand met bacteriële longontsteking. Waar komt deze nieuwe theorie vandaan? Het probleem ontstond toen artsen er niet in slaagden de oorzaak van de pijn vast te stellen. Zodra de pijn ernstig, chronisch en zelfs een handicap werd, gooiden ze het bijltje erbij neer en hoopten dat iemand hen van hun zorg voor deze patienten zou ontlasten. Deze artsen vonden het maar al te fijn dat ze de verantwoordelijkheid konden overdragen aan gedragspsychologen die met de theorie kwamen dat de psychische behoeften van de patient een spiksplinternieuwe aandoening hadden veroorzaakt, die ze chronische pijn noemden. De pijn kreeg de status van een ziekte toen machteloze artsen als bij afspraak hun rol als diagnosticus lieten schieten. Pijn is altijd een symptoom geweest en zal dat ook altijd blijven. Als pijn ernstig en chronisch wordt, is dat omdat de oorzaak ernstig is en er geen juiste diagnose is. Chroniciteit is in het geval van deze pijnsyndromen het resultaat van een verkeerde diagnose. Het volgende geval vormt een duidelijke illustratie en een passend besluit van dit hoofdstuk. De patiente was een vrouw van middelbare leeftijd met volwassen kinderen; ze was al bijna twee jaar vrijwel helemaal aan bed gekluisterd toen ze voor het eerst bij me kwam. Ze had jaren lang last gehad van beenpijn en lage rugpijn, was tweemaal geopereerd en het was geleidelijk slechter met haar gegaan tot ze haar slaapkamer bijna nooit meer uitkwam. Ze werd in het ziekenhuis opgenomen, waar we geen blijvend structurele afwijking constateerden, maar wel een ernstige vorm van TMS. En geen wonder, want uit het psychologisch onderzoek bleek dat ze als kind het slachtoffer was geweest van ernstige seksuele en geestelijke mishandeling en dat ze woedend was, om het zacht uit te drukken, zonder zich daarvan bewust te zijn. Ze was een aangename, moederlijke vrouw, het type dat haar woede automatisch onderdrukt. En zo bleef die woede aan haar knagen, al die jaren, en werd steeds door het ernstige

pijnsyndroom onder controle gehouden. Haar herstel was stormachtig, want nu haar levensgeschiedenis naar buiten kwam en ze haar razernij begon te erkennen, kreeg ze last van verschillende lichamelijke klachten - hart en vaat- aandoeningen, maag-darmklachten, allergieën - maar de pijn werd minder. Individuele en groepstherapie waren voor haar een intense ervaring. Gelukkig was ze heel intelligent en begreep ze al snel hoe TMS werkte. De pijn werd minder en de verpleging gaf haar steun toen ze zich weer leerde bewegen. Veertien weken nadat ze was opgenomen ging ze praktisch zonder pijn naar huis en was ze klaar haar leven weer op te pakken. Deze vrouw leed niet aan de ziekte 'chronische pijn'. Ze had een lichamelijke aandoening, TMS, die op gang was gebracht door, een beangstigend psychisch trauma. Men zou haar geen goede dienst hebben bewezen als men had gezegd dat haar pijn zo erg en zo hardnekkig was omdat ze er psychisch voordeel had. Met dit voorbeeld wil ik aangeven waarom ik zo tegen deze theorie gekant ben. En bovendien wil ik ermee zeggen dat de behandeling van TMS een educatieve en psychotherapeutische benadering vereist. De meeste patienten hebben geen psychotherapie nodig, maar ze moeten wel weten dat wij allen onaangename gevoelens hebben en onderdrukken en dat deze gevoelens de oorzaak kunnen zijn van lichamelijke klachten.

7. LICHAAM EN GEEST

Het is overduidelijk dat de oorzaak en behandeling van TMS opmerkelijke voorbeelden zijn van de wisselwerking tussen lichaam en geest. Door de geschiedenis van de geneeskunde heen zijn mensen zich van deze wisselwerking bewust geweest. Hippocrates adviseerde zijn astmatische patienten te waken voor boosheid, wat erop wijst dat men 2500 jaar geleden al begreep dat emoties invloed hadden op ziekte. Die theorie kreeg een vernietigende klap toen de zeventiende-eeuwse filosoof en wiskundige René Descartes beweerde dat geest en lichaam totaal verschillende zaken waren die ook afzonderlijk moesten worden bestudeerd. De religie en de filosofie moesten zich volgens Descartes bezighouden met geestelijke zaken. Het lichaam, zei hij, moest bestudeerd worden door middel van objectieve, verifieerbare technieken. De theorie van Descartes blijft in velerlei opzicht het model waarop de hedendaagse geneeskundige research en praktijk gestoeld is. De gemiddelde arts beschouwt ziekte als een aandoening van het lichaamsmechanisme en vindt dat hij de aard van de afwijking moet vaststellen en vervolgens corrigeren. Medische research is in hoge mate afhankelijk van het laboratorium en wat daar niet aan het licht komt wordt over het algemeen onwetenschappelijk geacht. Hoewel dit duidelijk een misvatting is, blijft het voor de meeste medisch onderzoekers de kern van alle research. De geest van Descartes is nog springlevend.

Charcot en Freud

Aan het einde van de negentiende eeuw blies de beroemde Franse neuroloog Jean-Martin Charcot het idee van de wisselwerking tussen lichaam en geest nieuw leven in toen hij de medische wereld vertelde over zijn ervaringen met een groep opmerkelijke patienten. Zij waren wat men toen hysterisch noemde en hadden opvallende neurologische klachten, zoals verlamming van armen of benen, zonder dat er tekenen waren van een neurologische afwijking. Zijn uit artsen bestaande publiek kon hem nauwelijks geloven toen hij liet zien dat de verlamming verdween als de patient gehypnotiseerd werd! Een overtuigender demonstratie van het verband tussen lichaam en geest was niet mogelijk. Onder de vele artsen die naar de beroemde lezingen van Charcot gingen bevond zich een Weense neuroloog Sigmund Freud. Zijn naam is nu een begrip, en terecht, want hij was degene die de theorie ontwikkelde dat het zonder de onbewuste (of onderbewuste) geest onmogelijk zou zijn menselijk gedrag te begrijpen. Ondanks het feit dat Freud hier al honderd jaar geleden over begon te schrijven, zijn nog steeds vrijwel alleen analytisch opgeleide psychiaters en psychologen zich bewust van de onderbewuste emotionele activiteit van de mens en de manier, waarop deze zijn gedrag beïnvloedt. Dit is vooral zo jammer, omdat aandoeningen als TMS, maagzweer en colitis hun oorsprong vinden in het onderbewuste en te

maken hebben met emoties die daar zijn ontstaan. Freud raakte enorm geïnteresseerd in hysterische patienten en begon met hen te werken. Hij werd daartoe gestimuleerd toen hij zag dat hypnose de symptomen wel tijdelijk deed verdwijnen, maar niet voorgoed. Ten slotte trok Freud de conclusie dat de dramatische pseudosymptomen die deze patienten vertoonden, en die hij conversie-hysterische symptomen noemde, het gevolg waren van een gecompliceerd onderbewust proces waarbij pijnlijke emoties werden onderdrukt en vervolgens, via het lichaam naar buiten kwamen. Hij geloofde dat de symptomen symbolisch waren en de emotionele spanning van de patient ontladden. Volgens hem was het proces van verdringing een afweermiddel tegen die pijnlijke emoties. Hij maakte echter onderscheid tussen de klachten van deze patienten en de klachten die zich in de inwendige organen, zoals de maag en darmen, manifesteerden. Hij was van mening dat deze laatste, onder een andere categorie vielen en niet psychologisch behandeld konden worden. Hij merkte dat hij veel conversiehysterische patienten kon helpen met behulp van psychoanalyse, een therapeutisch proces dat hij ontwikkelde en waardoor hij terecht beroemd is geworden. Naar mijn mening is Freuds belangrijkste bijdrage aan de geneeskunde zijn erkenning van het bestaan van het menselijk onbewuste en zijn niet aflatende poging te begrijpen hoe het werkt. Zijn ontdekkingen staan op één lijn met die van Einstein, Galileo en andere grote vernieuwers.

Franz Alexander

Hoewel Freud de eerste grote voorstander was van de theorie van de wisselwerking tussen lichaam en geest en hoewel hij er zijn hele leven in geïnteresseerd bleef, leverden zijn studenten de grootste bijdragen aan de kennis over dit onderwerp. De belangrijkste van hen was misschien wel Franz Alexander, die samen met zijn collega's aan het Instituut voor Psychoanalyse in Chicago heel belangrijk werk deed op het gebied van de psychosomatische geneeskunde. Op dat terrein ging hij verder dan Freud; hij was van mening dat orgaanafwijkingen zoals een maagzweer ook door psychische verschijnselen op gang kon worden gebracht, al waren dat andere dan die verantwoordelijk waren voor conversie-hysterie. Hij geloofde dat wat hij een vegetatieve neurose noemde (maagzweer en colitis) een psychische reactie was op een blijvende of regelmatig terugkerende emotionele toestand. Hij bestudeerde aandoeningen van het bovenste en onderste deel van het maag-darmkanaal, bronchiale astma, hartritmestoornis, hoge bloeddruk, psychogene hoofdpijn en migraine, huidaandoeningen, diabetes, hyperthyroïdie en reumatische artritis. Bij elk geval vond hij een bepaalde psychische situatie die de betreffende aandoening onvermijdelijk maakte; onderdrukte woede zou bijvoorbeeld hoge bloeddruk veroorzaken. (Ik kom op pag. 150 nog terug op deze theorie wanneer ik uitleg hoe ik uit psychische factoren voortgekomen lichamelijke aandoeningen verklaar.) Alexander

leverde nog een belangrijke bijdrage toen hij een overzicht gaf van de geschiedenis van de medische psychologie (Psychosomatic Medicine, Norton, New York, 1950) waarin hij erop wees dat toen de moderne geneeskundige wetenschap in de negentiende eeuw zijn intrede deed, het onderzoek naar de invloed van de psyche op gezondheid en ziekte was gestaakt. De moderne geneeskunde geloofde dat alles op grond van natuur- en scheikunde kon worden verklaard, dat het lichaam een ongelooflijk gecompliceerd mechanisme was, en dat je alleen maar hoefde te weten hoe het in elkaar zat, hoe het reageerde op aanvallen van buitenaf, om een volmaakte gezondheid en vrijwaring van ziekte te bewerkstelligen. Zoals ik al eerder zei was dit idee voor het eerst door Descartes verspreid en was het een reactie op het spirituele en mystieke verleden van de geneeskunde. Daarom keek de wereld van de wetenschappelijke geneeskunde op Freud en zijn volgelingen neer en beschuldigde hen ervan dat ze onwetenschappelijk te werk gingen.

De fysicochemische pathologie

Alexander dacht dat hij de kritiek van de geneeskundige wetenschap had gepareerd door zorgvuldige wetenschappelijke technieken te gebruiken en kondigde aan dat we op de drempel van een nieuw medisch tijdperk stonden waarin de invloed van de emoties op ziekte en gezondheid erkenning zou krijgen en onderwerp zou worden van intensief onderzoek. Maar, helaas, het mocht niet zo zijn. De enthousiaste en getalenteerde leerlingen van Freud verdwenen van het geneeskundige toneel, samen met de theorie dat emoties direct verantwoordelijk waren voor bepaalde aandoeningen en bij andere een belangrijke rol speelden. De cartesiaanse medische filosofen stonden weer sterk en de emoties werden verbannen uit het medisch onderzoek. Het medisch tijdschrift Psychosomatic Medicine, opgericht door Alexander en zijn collega's, werd overgenomen door medewerkers die vooral geïnteresseerd waren in experimentele gegevens en statistieken. Als het in het laboratorium niet aan het licht kwam, zeiden ze, was het niet 'wetenschappelijk', ergo de lichaam-geesttheorie was onwetenschappelijk en kon niet worden onderzocht. In de loop der jaren kreeg het fysicochemische uitgangspunt in de geneeskunde zo'n sterke positie dat een vrij groot aantal psychiaters zichzelf biologisch psychiater begon te noemen, en zei dat emotionele ziekten het resultaat waren van chemische afwijkingen van de hersenfunctie en dat je alleen maar hoefde te weten welke chemische afwijking bij een bepaalde aandoening een rol speelde om haar door middel van een farmaceutisch produkt te kunnen corrigeren. Volgens deze psychiaters zijn depressiviteit en angst gewoon stoornissen in de chemische samenstelling van de hersenen. Natuurlijk waren de ontwikkelaars en leveranciers van farmaceutische produkten opgetogen toen ze deze theorieën zagen opkomen, maar ze waren er niet mee begonnen - dat deed de psychi-

atrische gemeenschap. De misvatting bij deze manier van denken is dat er ongetwijfeld chemische veranderingen in de hersenen zijn, die samenvallen met normale en 'abnormale' emoties, maar dat dit niet de oorzaak is van de emoties, maar het middel of het gevolg ervan. De patient met chemische middelen behandelen is onverantwoord medisch handelen, omdat je het symptoom behandelt, niet de oorzaak. Mijnheer Jones heeft bijvoorbeeld zorgen omdat hij financiële problemen heeft en hij heeft verschillende lichamelijke klachten. Zijn arts schrijft hem een kalmerend middel voor in plaats van een remedie die hem kan helpen zijn omstandigheden het hoofd te bieden. Dat is onverantwoord medisch handelen. De fysicochemische pathologie heeft in de laatste vijfendertig jaar een sterke positie gekregen. Op dit moment heeft de traditionele geneeskunde heel weinig interesse in de wisselwerking tussen lichaam en geest. Nog in juni 1985 stond er een redactioneel artikel in The New England Journal of Medicine, een van de meest vooraanstaande medische tijdschriften, waarin de schrijver stelde dat de meeste gegevens over dit onderwerp tot de folklore behoren. Het artikel gaf aanleiding tot een storm van protest vanuit de hele wereld, omdat er tegenwoordig op dit gebied al wat goede research wordt gedaan. Maar het was een illustratie van de zelfverzekerde en arrogante houding van de trouwe volgelingen van Descartes. Gelukkig werd de volgende maand, juli 1985, het evenwicht enigszins hersteld door een even belangrijk medisch tijdschrift, een Britse publikatie, The Lancet, dat in een redactioneel artikel verwees naar het werk dat op het gebied van de wisselwerking tussen lichaam en geest werd gedaan en de medische beroepsgroep adviseerde daar meer aandacht aan te besteden. Het artikel was geen klinkende reclame voor het onderzoek op dit gebied, maar was zeker objectiever en wetenschappelijker dan het artikel in The New England Journal.

De situatie nu

Als ik een triest beeld heb gegeven is dat omdat klinisch werk en research in de Verenigde Staten voor het overgrote deel nog steeds structureel gericht blijven. Er zijn echter hier en daar lichtpuntjes, dus alles is nog niet verloren. Nieuwe ideeën hebben altijd met tegenslag te kampen en worden in het begin meestal afgewezen, vooral als ze tegen lang gekoesterde en met succes toegepaste principes ingaan, of verder gaan dan die principes. De meest dramatische en waardevolste ontdekkingen in de geneeskunde zijn de laatste honderd jaar in het laboratorium tot stand gebracht (bijvoorbeeld penicilline) en we zijn het tijdperk van de experimentele geneeskunde veel verschuldigd. Maar we mogen niet stilstaan, we moeten ons realiseren dat nieuwe onderzoekstechnieken vereist kunnen zijn, vooral als het gaat om een moeilijk en raadselachtig iets als de geest. Franz Alexander citeert Einstein die zei dat de ideeën van Aristoteles over beweging de ontwikkeling van de mechanica tweeduizend jaar lang vertraagd hadden (ook in

Psychosomatic Medicine). Het zou jammer zijn als de filosofie van Descartes hetzelfde zou doen voor het onderzoek naar de invloed van de geest, met name de emoties, op het lichaam. Waarom hebben de hedendaagse artsen zo'n moeite met de lichaam-geestrelatie? Ik denk dat ze zichzelf als monteurs van het menselijk lichaam zien. Volgens hen kunnen gezondheid en ziekte in fysieke en chemische termen worden uitgedrukt; het idee dat een gedachte of een emotie die fysicochemie op de een of andere manier zou kunnen beïnvloeden, is hen een gruwel. Daarom wordt mijn werk ook zo angstvallig genegeerd. Ik heb afdoende aangetoond dat een werkelijk fysiek-pathologisch proces het gevolg is van emotionele verschijnselen en tot stilstand kan worden gebracht door een geestelijk proces. Dat is ten eerste je reinste ketterij, en gaat ten tweede het begrip van de meeste artsen ver te boven. Tijdens hun opleiding heeft niets hen op zo'n theorie voorbereid; het klinkt hen als hekserij in de oren. Het doet hen met afkeer denken aan het oude tijdperk van de onwetenschappelijke geneeskunde vóór Descartes. Paradoxaal genoeg zijn geïnteresseerde leken veel beter in staat een dergelijk idee te aanvaarden, omdat zij niet belast zijn met een medische opleiding en alle filosofische vooroordelen die daarmee samenhangen. De hedendaagse medische wetenschap is wetenschappelijk beperkt omdat men zich heeft afgesloten van verdere vooruitgang en zich niet voorbij de veilige grenzen van de vertrouwde technologie durft te wagen. Het zou goed zijn als de geneesunde eens een kijkje nam bij de theoretische natuurkunde, waar oude ideeën voortdurend worden herzien in het licht van nieuwe kennis.

Mijn hypothesen

Voordat ik de recente ontwikkelingen in het onderzoek naar de wisselwerking tussen lichaam en geest beschrijf, wil ik eerst iets zeggen over mijn eigen hypothesen. De meeste ideeën zijn het gevolg van mijn ervaring in de diagnose en behandeling van TMS. Nogmaals, het zijn hypothesen. De eerste en meest fundamentele hypothese is dat de geestelijke en emotionele toestand de organen en systemen van het lichaam ten goede of ten kwade kan beïnvloeden en veranderen. Het mechanisme dat dit bewerkstelligt is niet bekend, hoewel er uit research al mogelijke antwoorden beginnen te komen. We hoeven ons daar geen zorgen over te maken, want we kunnen ook niet verklaren dat de hersenen de chaotische geluiden die onze oren binnenkomen kunnen omvormen tot begrijpelijke woorden en de duizenden zinloze vormen en lijnen die we met onze ogen zien kunnen veranderen in woorden of dingen die we herkennen. Wat de hersenen (onbewust) doen, blijft een volkomen raadsel. Waarom zouden we ons dan zorgen maken omdat we niet kunnen verklaren hoe geestelijke en emotionele verschijnselen de hersenen en de geest kunnen beïnvloeden? Wat in Lourdes gebeurt is echt; wat Indiaanse fakirs doen is echt; het placebo-effect is echt. Het is

de taak van de medische wetenschap deze verschijnselen te bestuderen in plaats van bespottelijk te maken. Met nadruk wil ik zeggen dat volgens mij de geest ieder lichamelijk proces kan beïnvloeden.

De psyche

Al bijna honderd jaar erkent men dat de emotionele structuur van de geest, de psyche, vele aspecten kent. De psyche lijkt te bestaan uit meerdere, soms tegenstrijdige, factoren, die vooral, onder het niveau van bewustzijn functioneren. We hebben deze kennis grotendeels aan Freud te danken, die zijn hele leven heeft geprobeerd die factoren te begrijpen en beschrijven. Zijn formuleringen en beschrijvingen van id, ego en superego zijn algemeen bekend. Ik heb noch de achtergrond noch de kennis die nodig is voor een psychoanalytische analyse van mijn waarnemingen. Ik kan mijn waarnemingen beschrijven, zeggen wat ze volgens mij betekenen en dan moet ik aan deskundigen overlaten te beslissen waar deze waarnemingen in de hedendaagse psychoanalytische theorie passen. Om het gemakkelijk te maken kunnen we het emotionele mechanisme met al die aspecten aanduiden met de term persoonlijkheid. We hebben er allemaal een en we zijn ons allemaal bewust van enkele kenmerken ervan; we weten bijvoorbeeld of we dwangmatig handelen of perfectionistisch zijn. Maar onze persoonlijkheid omvat belangrijke bestanddelen waar we ons niet van bewust zijn, die zich in het onbewuste bevinden en diepgaande gevolgen hebben voor ons leven. Het lijkt erop dat bij alle mensen de persoonlijkheidsstructuur dezelfde fundamentele onderdelen bevat, hoewel er grote verschillen kunnen zijn in de samenstelling van deze onderdelen en de rol die ieder onderdeel in het leven van een mens speelt. Iedereen heeft bijvoorbeeld een geweten; bij de een is dat geweten zo sterk ontwikkeld dat het zijn hele leven bijna beheerst; bij de ander kan het zo zwak zijn dat zijn sociale gedrag aan het misdadige grenst. Een heel belangrijk onderdeel van de onbewuste persoonlijkheid is het kinderlijke, primitieve en dus narcistische aspect. Het is egocentrisch, heeft geen oog voor de behoeften, verlangens en omstandigheden van anderen. Het is ik-gericht. De grootte (kracht, invloed) van dit aspect verschilt per persoon. Bij sommige mensen speelt het een grote rol en zij hebben daarom een sterkere neiging op een kinderlijke manier voor hun eigen genoegens op te komen, hoewel dat laatste niet gemakkelijk valt vast te stellen, omdat menselijk gedrag altijd onder een laagje volwassen gedrag verborgen ligt. Veel gevoelens en houdingen zijn ongetwijfeld uit de kindertijd overgebleven. Kinderen voelen zich zwak en kwetsbaar; ze zijn afhankelijk en ze voelen die afhankelijkheid sterk; ze zijn niet zo tevreden over zichzelf; ze hebben voortdurend behoefte aan goedkeuring; ze zijn heel gauw angstig en boos. Ze zijn niet geduldig. Tot op zekere hoogte blijven we onbewust allemaal aan deze gevoelens vasthouden, ook al zijn we volwassen. Maar het verschil ligt in de mate waarin we dat doen.

Joseph Campbell, de beroemde mythologie- en filosofiedocent, zei dat primitieve stammen overgangsrituelen hadden, waardoor jongens en meisjes mannen en vrouwen werden. Het waren altijd dramatische, vaak traumatische, en steeds specifieke en diepgaande rituelen. Ongetwijfeld hielpen zij de invloed van het restje kind verminderen, door een scherpe grens te trekken tussen het kind en de volwassene. De hedendaagse 'beschaafde' samenleving kent deze rituelen niet (de bar mitsjwo en de heilige communie komen er nog het dichtste bij, maar zijn lang niet zo diepgaand), en misschien hebben we wel onder dat gemis te lijden. Als de grens tussen kindertijd en volwassenheid vervaagt, houden we misschien ondanks onze leeftijd meer vast aan onze kinderlijke neigingen. Is het mogelijk dat de angst die deel uitmaakt van ieders leven, voortkomt uit de reactie van dit deel van ons emotionele systeem op de spanning en stress van het dagelijks leven? Hoe meer stress, hoe meer angst. En, zoals we in het hoofdstuk over psychologie al zagen, hetzelfde geldt voor woede. Woede is misschien wel onze belangrijkste en meest miskende emotie. De befaamde psychoanalyticus en ethicus Willard Gaylin publiceerde in 1984 een boek, getiteld *The Rage Within*, dat ging over de boosheid van de hedendaagse mens. Omdat boosheid volkomen in strijd is met wat wij passend gedrag vinden voor een beschaafde samenleving, hebben we de neiging ons gevoel van boosheid te onderdrukken zodra het in het onbewuste ontstaat, waardoor we ons niet bewust worden van het bestaan ervan. Er zijn vele redenen, waarvan de meeste onbewust zijn, waarom we onze boosheid onderdrukken. Deze zijn in het hoofdstuk over psychologie opgesomd (zie pag. 41). De neiging om ongewenste emoties te verdringen is een zeer belangrijk element in ons gevoelsleven, een theorie die ook van Freud afkomstig is. Het is logisch dat we gevoelens als angst, boosheid, zwakheid, afhankelijkheid en minderwaardigheid verdringen. Aan de andere kant van het emotionele spectrum vinden we wat Freud het superego noemde; dat is onze leidsman. Het is vaak een harde leermeester die ons zegt wat te doen en wat te laten. Het zet ons nog meer onder druk en maakt ons nog angstiger en bozer, zodat het onze inwendige spanning in feite verergert. Zoals ik al eerder zei, zijn TMS-patienten vaak hardwerkende, zeer plichtsgetrouwe, gewetensvolle, ambitieuze en prestatiegerichte mensen, allemaal karaktertrekken die de druk op het toch al zo zwaar op de proef gestelde zelf nog extra opvoeren. Nog één opmerking. Net zoals er een krachtige neiging bestaat ongewenste emoties te verdringen, is er ook een sterke drang om ze juist naar de oppervlakte te brengen. Dit dreigende tegengif tegen verdringing noodzaakt de hersenen hun toevlucht te nemen tot aandoeningen als TMS, maagzweren en migraine.

Equivalentie

Na het voorgaande kunnen we nadenken over de vraag welke plaats TMS in de relatie tussen lichaam en geest inneemt. TMS is een zeer goed voorbeeld van zo'n relatie. Volgens mij is er een groep lichamelijke reacties, die alle voor een bepaald doel in het leven zijn geroepen. TMS is equivalent aan de peptische zweer, spastische colitis, constipatie, spanningshoofdpijn, migraine, hartkloppingen, eczeem, allergische rinitis (hooikoorts), prostatitis (vaak), oorsuizingen (vaak) en duizeligheid (vaak). Deze opsomming is niet volledig, maar behelst de meest voorkomende reacties. Ik heb ook gevallen van laryngitis meegemaakt, van een pathologisch droge mond, frequente urinelozing en vele andere kwalen die hetzelfde doel dienen. Ik ben van mening dat deze aandoeningen onderling verwisselbaar zijn en equivalent aan elkaar, omdat TMS-patienten er vaak aan lijden of geleden hebben. Kort geleden had ik een patient die vertelde dat hij ernstige migraine had gehad (wat waarschijnlijk aan zijn beschrijving te horen spanningshoofdpijn was), die ophield toen hij lage rugpijn en ischias kreeg. Ook het feit dat patienten vaak melden dat deze klachten samen met de TMS-pijn verdwijnen wijst op equivalentie. Dat gebeurt heel vaak met hooikoorts. Ik leer mijn patienten dat alle eerder genoemde aandoeningen hetzelfde psychische doel dienen. Een paar maanden geleden kreeg ik een brief van een man die schreef dat het met zijn vrouw, een rugpatiente, heel goed ging. Hij ging verder: 'Misschien herinnert u zich nog dat ik na de lezing naar u toekwam en u vertelde dat ik de laatste twintig jaar last van mijn maag had gehad. U zei dat dit hetzelfde verschijnsel was. En tot mijn stomme verbazing klopte het! Ik had jarenlang allerlei pillen geslikt en al die tijd een middelje tegen maagzuur gebruikt - langer dan ik durf toegeven. Mijn maagklachten begonnen toen ik in de derde klas van de middelbare school zat. Ik kon niets eten zonder onmiddellijk iets tegen de pijn te moeten nemen. Nu ik uw theorie heb toegepast en beseft hoezeer het onderbewuste ons dagelijks leven beïnvloedt, zijn mijn maagklachten verdwenen. Niemand wil me geloven als ik het probeer uit te leggen, maar ik weet zeker dat u het begrijpt.' Natuurlijk is er niemand die hem wil geloven, want leken reageren in zaken van ziekte en gezondheid over het algemeen net zo als hun artsen en de houding van de meeste artsen hebben we zojuist al beschreven. Ik schat dat slechts tien procent van de bevolking de ervaring van deze man zou begrijpen. Theoretisch gesproken vloeien er uit het principe van equivalentie enkele interessante gedachten voort. In relatie tot de bovengenoemde aandoeningen wijkt het principe af van de hypothese van Franz Alexander dat bepaalde aandoeningen een specifieke psychische betekenis hebben. In zijn klassieke boek schreef hij over de psychodynamica die hij verantwoordelijk achtte voor klachten in het maag-darmkanaal, de luchtwegen en hart en vaten. De gegevens die over TMS en dergelijke aandoeningen bekend zijn, wijzen

erop dat er een grootste gemene deler bestaat, bijvoorbeeld angst, waaruit deze aandoeningen voortkomen. In dat geval is er misschien een primaire emotie, bijvoorbeeld boosheid, die angst veroorzaakt, waaruit dan de klachten voortkomen. Persoonlijk heb ik last gehad van maagzuur, colitis, migraine, hartkloppingen en verschillende spier- en botklachten die typerend zijn voor TMS en ik weet dat ik de oorzaak bij mijn verdrongen wrok moet zoeken. Toen ik eenmaal wist hoe het werkte, slaagde ik er meestal in de reden voor de boosheid te weten te komen - en kon ik de klachten laten verdwijnen. Het is interessant dat de meeste van deze aandoeningen tot stand gebracht worden via het autonoom zenuwstelsel. Voor zover we weten geldt dat niet voor hooikoorts, een kwaal die ontstaat door een gebrekkige functie van het immuunsysteem. Ik kom hier later op terug wanneer het nieuwe specialisme psychoneuro-immunologie aan de orde komt (zie pag. 154)

De lichamelijke kwaal als afweermechanisme tegen verdrongen emoties

Dit is in Hoofdstuk 2 over de psychologie al besproken zodat ik hier alleen zal herhalen dat lichamelijke klachten, of die zich nu in het spier- en botstelsel manifesteren of in het maag darmkanaal of de urinewegen, de aandacht willen afleiden- een mechanisme waardoor de persoon zijn ongewenste gevoelens, welke dat ook maar zijn, niet onder ogen hoeft te zien. In wezen gaat het erom dat de geest deze gevoelens niet onder ogen wil zien. Er moet echter een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen een beslissing van het onderbewuste en een besluit dat bewust genomen wordt. Zoals ik al eerder heb gezegd, kunnen TMS-patienten de werkelijkheid maar al te goed aan; alleen hun onbewuste geest is maar laf. Het beste bewijs dat deze redenering steekhoudt is het feit dat patienten het proces een halt kunnen toeroepen eenvoudig door er iets over te leren. De afleidingsmanoeuvre werkt niet meer als men haar ziet voor wat zij is. Ik zei in Hoofdstuk 4 al dat veel mensen na het lezen van mijn eerste boek merkten dat hun lage rugpijn verdween, waaruit duidelijk bleek dat ze 'genezen' waren door de verkregen informatie. Dat kan geen placeboreactie zijn. Freud en zijn studenten ontdekten dat pijn vaak een uiting was van histerie. In de loop der jaren heb ik een aantal patienten meegemaakt met een ernstige vorm van TMS, zo ernstig dat ze meestal aan bed gekluisterd waren. Naast de klassieke symptomen van TMS, dat wil zeggen pijn bij druk op de bewuste spieren en klachten in zenuwen als de heupzenuw, hadden deze patienten vaak een bizar soort pijn op vreemde plaatsen. 'ik heb het gevoel alsof er gebroken glas onder mijn huid ligt', is bijvoorbeeld een typerende klacht. Freud zou dat hysterische pijn hebben genoemd. Hysterische klachten manifesteren zich in het sensor-motore stelsel, in plaats van het autonoom zenuwstelsel, en dat onderscheidt deze symptomen van bijvoorbeeld maag-darmklachten

en wijst erop dat ze een andere psychische oorzaak hebben. Ik ben van mening dat zowel TMS en equivalenten daarvan als de zogenaamde hysterische pijn uit dezelfde psychische oorzaak voortvloeien, maar dat de omvang van het emotionele probleem bepaalt tot welke symptomen de hersenen hun toevlucht nemen.

Pijn als gevolg van psychische factoren

In juli 1959 hield dr. Allen Walters, voorzitter van de Canadian Neurological Society, tijdens het jaarlijkse congres van deze vereniging een lezing getiteld 'Psychogenic Regional Pain alias Hysterical Pain'. De lezing werd in maart 1961 gepubliceerd in het tijdschrift Brain. Dr. Walters stelde dat de term hysterische pijn niet juist was, omdat naar zijn ervaring niet alleen histerie, maar ook een groot aantal verschillende geestelijke en nerveuze aandoeningen pijn kon veroorzaken die meestal als hysterisch werd aange-merkt. (Een stelling die overeenkomt met mijn eigen theorie die ik hierboven heb uiteengezet.) Het was kenmerkend voor histerie dat de pijn voorkwam op plaatsen waar die neuroanatomisch niet te verklaren was. Walters stelde voor de term psychogene plaatselijke pijn voor dit soort pijn te gebruiken. Psychogeen, omdat de pijn duidelijk het gevolg van een geestelijke of emotionele aandoening was (alle patienten waren aan een diepgaand onderzoek onderworpen om lichamelijke schade uit te sluiten). Plaatselijk, omdat de pijn zich voordeed op een bepaalde plek zonder enig verband met de zenuwbanden. De waarnemingen van dr. Walters worden door mijn ervaring bevestigd en algemener toepasbaar gemaakt. Ik heb TMS geconstateerd in spieren, zenuwen, pezen of bindweefselbanden, of in de vorm van psychogene plaatselijke pijn, zowel bij patienten die in meerdere of mindere mate angstig waren als bij schizofrene en manisch-depressieve patienten. Kennelijk kiezen de hersenen uit een groot aantal pijnlijke en pijnloze aandoeningen als ze zich tegen pijnlijke of ongewenste gevoelens willen verdedigen. De plaatselijke pijn doet zich meestal voor als de emotionele toestand ernstig is. Verder zou ik willen stellen dat er naast verschillen in de ernst van de emotionele aandoening (bijvoorbeeld lichte, matige of hevige angst), verschillen bestaan in de mate van verdringing. De indruk bestaat dat deze gevoelens bij sommige mensen zo diep verborgen liggen dat het voor de psychotherapeut moeilijk tot onmogelijk wordt ze naar de oppervlakte te brengen. Bij anderen liggen de gevoelens net onder het bewustzijn. Ongetwijfeld liggen de pijnlijkste en/of meest beangstigende gevoelens het diepst verborgen. In mijn praktijk is het zo dat het aantal mensen dat er het ergst aan toe is en naast het lesprogramma meestal psychotherapie nodig heeft, ongeveer 5 procent uitmaakt van al mijn patienten.

Emoties en de meer ernstige aandoeningen

Er zijn artsen die van mening zijn dat emoties een rol spelen bij alle aspecten van ziekte en gezondheid. Ik ben een van hen. Alexander wilde af van de term psychosomatische geneeskunde omdat die overbodig zou zijn - alle aspecten van de geneeskunde staan onder invloed van emoties. Ik geloof dat geneeskundige research niet goed kan zijn als emotionele factoren buiten beschouwing worden gelaten. Bij een onderzoek naar aderverkalking worden meestal factoren betrokken als voeding (cholesterol), gewicht, beweging, genetische factoren - maar als de emotionele factoren geen aandacht krijgen is het resultaat naar mijn mening niet verdedigbaar. Voordat ik het ga hebben over andere medische klachten waarbij emoties een doorslaggevende rol spelen, wil ik duidelijk maken dat het niet zo is dat mensen het zich zelf allemaal aandoen. Na de TMS-diagnose zeggen veel mensen tegen me: 'Ik voel me vreselijk; ik heb het mezelf aangedaan.' Waarop ik hen vertel dat hun emotionele gedragspatroon al vastlag lang voordat ze de leeftijd des onderscheids hadden bereikt en dat hun persoonlijkheid het resultaat is van een combinatie van genetische factoren en factoren die samenhangen met persoonlijkheidsontwikkeling en leefomstandigheden die ze niet onder controle hadden. Je kunt evengoed zeggen dat je verantwoordelijk bent voor je lengte of de kleur van je ogen. Deze mensen reageren op het leven op de enige manier die ze kennen. Wel is verbetering mogelijk zodra de patient begrijpt waarom hij zo reageert en zijn houding wil veranderen. Artsen die de rol van de emoties - bijvoorbeeld bij kanker - niet willen erkennen, reageren net zo. Ze vinden het wreed tegen patienten te zeggen dat hun emoties mogelijk hebben bijgedragen aan het ontstaan van kanker; zij zouden zich dan schuldig voelen. Natuurlijk is het wel belangrijk hoe je die informatie brengt. Je slaat hen niet met de informatie om de oren zodat ze het idee krijgen dat ze een emotionele afwijking hebben. Je legt uit dat ze niet verantwoordelijk zijn voor hun ziekte, zoals ik hierboven al heb aangegeven, en praat met hen over hun leven, waarbij je probeert vast te stellen welke emotionele factoren zouden hebben kunnen bijdragen tot het kankerproces, en geeft daarna concrete suggesties over hoe ze de negatieve factoren kunnen tegenwerken en terugdraaien. Ik wil waarmee niet zeggen dat er een specifieke behandeling bestaat die op deze ideeën gebaseerd is. Dit is een gebied waar nog veel onderzoek naar moet worden gedaan.

Lichaam en geest in de hedendaagse geneeskunde

Lezers die geïnteresseerd zijn in een uitstekend overzicht van de geneeskundige stand van zaken voor wat betreft het verband tussen lichaam en geest, raad ik aan The Healer Within van Steven Locke en Douglass Colligan

te lezen (Dutton, New York, 1986). Dr. Locke is arts aan de Subfaculteit Psychiatrie van de Medische Faculteit van Harvard en is er samen met zijn medeauteur goed in geslaagd een beschrijving te geven van vroegere en tegenwoordige onderzoeken naar de invloed van de geest op het lichaam. In grote lijnen ben ik het met de auteurs eens. Ik heb echter de indruk dat zij zich te veel op het immuunsysteem richten en impliceren dat de toekomst van deze medische richting afhankelijk is van wat zij de 'wetenschap van de psychoneuro-immunologie' noemen. Dat zeer wetenschappelijke specialisme kan van groot belang zijn voor ons inzicht in vele ernstige aandoeningen, zoals kanker en de auto-immuunziekten (zoals reumatische artritis en diabetes), maar volgens mij is het maar een klein onderdeel van een groter onderzoek naar de invloed van de emoties op de organen en systemen van het lichaam. TMS is een voorbeeld van een lichamelijk-geestelijke aandoening die ontstaat via het autonoom zenuwstelsel; het immuunsysteem heeft er niets mee te maken. Ik vermoed dat het immuunsysteem geen rol speelt in de wisselwerking tussen emoties en het hart-vaatstelsel. Nogmaals, het is een fascinerend gegeven dat de hersenen grenzen overschrijden als reactie op psychische behoeften. Zo kunnen patienten met dezelfde psychische aandoening (hoewel niet in even ernstige mate) via het autonome stelsel TMS krijgen, via het immuunsysteem hooikoorts, of als direct gevolg van sensor-motore factoren, psychogene plaatselijke pijn. Op de afdeling Hersenonderzoek van de Nationale Instituten voor Geestelijke Gezondheidszorg wordt zeer belangwekkend onderzoek verricht naar de wisselwerking tussen hersenen en lichaam. Een van de werkers van het eerste uur is Candace Pert, voormalig hoofd van zo'n afdeling die door onderzoek aantoonde hoe de hersenen met verschillende delen en systemen van het lichaam communiceren. Geïnteresseerde lezers verwijs ik naar een uitstekend artikel over dit werk, verschenen in Smithsonian, juni 1989, geschreven door Stephen S. Hall. Lichaam en geest werken op veel manieren op elkaar in; het volgende deel van dit hoofdstuk is gewijd aan een aantal algemene relaties.

De geest en het hart- en vaatstelsel

Aandoeningen die tot deze categorie behoren zijn hoge bloeddruk, aandoeningen van de kransslagader, arteriosclerose (verharding van de vaatwand, aderverkalking), hartkloppingen en mitralisgeruis. Hoge bloeddruk (hypertensie) komt, zoals de meeste mensen weten, vaak voor en is enigszins beangstigend omdat het verschijnsel in verband wordt gebracht met hartklachten en beroerten. Het verband met emoties is door velen vermoed, maar nog nooit in het laboratorium aangetoond. Dr. Neal Miller, die als psycholoog verbonden is aan de Rockefeller Universiteit, heeft aangetoond dat proefdieren zo geconditioneerd kunnen worden dat hun bloeddruk daalt en vele andere lichaamsprocessen ook anders verlopen,

waaruit duidelijk blijkt dat de hersenen ertoe kunnen worden aangezet het lichaam te beïnvloeden. Dr. Herbert Benson, cardioloog aan de Harvard Universiteit, heeft een proces beschreven dat hij aanduidde met de term 'relaxation response' en hij heeft aangetoond dat de bloeddruk door deze meditatietechniek omlaag kan worden gebracht. In het Journal of the American Medical Association van 11 april 1990 (DI. 263, pag. 1929-35) verscheen een artikel over een belangwekkend onderzoek van dr. Peter L. Schnall en zijn collega's van het Centrum voor Hypertensie en Hart- en Vaatziekten van de Medische Faculteit Cornell aan het ziekenhuis van New York, uitgevoerd in samenwerking met artsen van twee andere medische faculteiten uit New York. Dit onderzoek bevestigde dat er een duidelijk verband bestaat tussen psychische spanning op het werk ('werkdruk') en hoge bloeddruk. Uit het onderzoek bleek ook dat er bij deze mensen sprake was van hartvergroting, een van de ongewenste effecten van chronische hoge bloeddruk. Al heel lang bestaat het vermoeden dat psychische factoren bij hoge bloeddruk een rol spelen. De grote verdienste van het onderzoek van dr. Schnall is dat het zo zorgvuldig is opgezet en uitgevoerd dat zelfs sceptici het bestaan van de lichamelijk-geestelijke wisselwerking niet meer kunnen negeren. Veel TMS-patienten hebben vroeger hoge bloeddruk gehad, wat erop wijst dat dezelfde emoties beide aandoeningen kunnen veroorzaken. Een paar weken geleden kwam een van patienten vertellen dat haar rugpijn verdwenen was, maar dat ze nu last had van hoge bloeddruk - een duidelijk geval van equivalentie. Aan de andere kant gebeurt het zelden dat een TMS-patient een aandoening van de kransslagader heeft gehad of krijgt. Het eerste kan ik met cijfers staven, maar het laatste is een in die ik in de praktijk heb opgedaan. Bijna iedereen heeft wel eens gehoord van het zogenaamde, type A-gedrag en van de gevoeligheid van type A voor hartziekten, zoals dr. Meyer Friedman en dr. Ray Rosenman in 1974 hun boek Type A Behavior and Your Heart beschreven. Mensen die tot type A behoren zijn extreem ambitieus, agressief, prestatiegericht, dwangmatig harde werkers en ze werken vaak onder grote tijdsdruk, terwijl zij een grote behoefte hebben aan erkenning en zich erg vijandig opstellen. TMS-patienten denken vaak op grond van hun dwangmatige, perfectionistische, plichtsgetrouwe en gewetensvolle persoonlijkheid dat, zij bij type A horen. Toch zijn zij in een aantal belangrijke opzichten anders. Veel TMS-patienten zijn helemaal niet vijandig; ze willen juist graag lief, aardig, aangenaam, tolerant en hulpvaardig zijn. Zij zijn misschien wel ambitieus en heel getalenteerd, maar ze jagen hun doel niet altijd zo fanatiek na als de type A-persoonlijkheid. Na het verschijnen van Type A Behavior and Your Heart is heel wat onderzoek gedaan om te verduidelijken hoe belangrijk de verschillende type A-kenmerken zijn. Men heeft gedacht dat een vijandige houding het enige van de bovennoemde kenmerken is dat een patient gevoelig kan maken voor een aandoening van de kransslagader. Voor iemand die beseft dat hij erg vaak boos is, kan dat een vervelende ontdekking zijn,

of hij nu al dan niet TMS heeft. Voor mij is het heel belangrijk, omdat er steeds meer aanwijzingen zijn dat onderdrukte woede een grote rol speelt bij de psychische dynamiek van TMS. Maar hoe valt dit te rijmen met het statistische gegeven dat aandoeningen van de kransslagader bij TMS-patienten zelden voorkomen? Kennelijk moet er nog veel meer onderzoek gedaan worden voordat dit raadsel kan worden opgelost. Het is gevaarlijk de aandacht alleen te richten op een kenmerk als vijandigheid, zonder veel meer kennis op te doen over de psychodynamiek van boosheid, of over de duizend en één aspecten van de menselijke persoonlijkheid. De man die taxichauffeurs uitscheldt als hij door de stad rijdt, uit zijn woede op zijn baas misschien wel op deze manier, want dat is nog altijd beter dan ontslagen worden. En misschien ligt het nog wel veel gecompliceerder. Het probleem met dit soort gedragsonderzoek is dat het enkeldimensionaal is. Het trekt conclusies op grond van al te eenvoudige gedragsmodellen. Dit is een van de zwakke kanten van het hedendaagse onderzoek op dit gebied. In een poging statistisch juiste conclusies te trekken moet de onderzoeker meetbare criteria toepassen. Dat is een correcte werkwijze, maar de onderzoeker moet er dan wel heel zeker van zijn dat hij precies weet wat hij meet. Dit wordt goed geïllustreerd door de geschiedenis van het onderzoek naar type A-gedrag. Om het voor de arme ziel die zichzelf zo vaak boos voelt worden, nog erger te maken, krijgt hij de raad ermee te stoppen! Daar wordt hij pas echt wanhopig van. Hij krijgt te horen dat hij door zijn gedrag een hartaanval kan krijgen en dat hij om dat te voorkomen, beter een ander mens kan worden. Ik zou mensen die denken dat ze bij type A horen, niet graag ander gedrag aanraden. Ik zeg tegen mijn TMS-patienten dat ze volgens de statistiek niet gevoelig zijn voor aandoeningen van de kransslagader. Als ze beseffen dat ze vaak boos worden, zijn ze al een heel eind verder: ze zijn zich dan van hun woede bewust. Als ze zich er echt zorgen over maken, ben ik bereid hen naar een psychotherapeut te verwijzen, die hen kan helpen de reden voor hun gedrag aan het licht te brengen. Naar mijn ervaring is bewustzijn een uitstekend medicijn. Het voordeel van het hele type A-verhaal is dat sommige artsen zich erdoor hebben laten overtuigen dat de geest heel belangrijk kan zijn voor het lichaam - tenminste wat de kransslagader betreft. Aderverkalking, arteriosclerose, atheromateuze plaque zijn allemaal benamingen voor dezelfde aandoening. Omdat de kransslagader wordt vernauwd door verdikkingen van de vaatwand en omdat duidelijk is geworden dat er een verband bestaat tussen de emoties en een vernauwing van de kransslagader, is de verleiding groot de theorie toe te passen op aderverkalking in het algemeen. Bij arteriosclerose is er sprake van afzetting van plaque aan de binnenkant van de vaatwand, wat de bloedsomloop kan vertragen en waardoor bloedstollinkjes kunnen ontstaan die vervolgens de slagader afsluiten. In het licht van het onderzoek van dr. Friedman en dr. Rosenman moeten we wel concluderen dat emoties een rol spelen bij de verharding van de vaatwand, waar die zich ook voordoet,

hoewel ook genetische factoren (zorg dat je bij goede ouders terecht komt), bloeddruk, voeding, gewicht en beweging belangrijke factoren zijn. In het vooraanstaande Engelse tijdschrift Lancet verscheen in juli 1990 een belangrijk artikel (DI. 336, pag. 129-133). Een groep onderzoekers van de Medische Faculteit van San Francisco aan de Universiteit van Californië had onder leiding van dr. Dean Ornish een ad random controle-experiment gedaan waaruit bleek dat door veranderingen in levensstijl (een jaar lang volgehouden) het proces van atherosclerose (arteriosclerose, aderverkalking) in de kransslagader teruggedraaid kon worden. De patienten in de experimentele groep kregen een vetarm, cholesterolarm, vegetarisch dieet; ze bestreden stress door meditatie, ontspanningsoefeningen, visualisatieoefeningen, ademshalingstechnieken en strekoefeningen; en ze deden regelmatig aan niet te zware conditietraining. Daarnaast was er twee keer per week een groeps gesprek om elkaar te steunen en deelname aan het programma te bevestigen. Bij de patienten in de controlegroep (niet-experimentele groep) was er een toename in coronaire atherosclerose te zien. Naarmate de kransslagader meer bloed doorliet had de experimentele groep minder vaak, minder lang en minder hevig last van angina pectoris (pijn op de borst), terwijl de controlegroep in de loop van het jaar juist meer last kreeg. Uit dit zeer belangrijke artikel blijkt wat we al vermoedden: niet alleen voeding, beweging en andere puur lichamelijke factoren, maar ook psychosociale factoren zijn verantwoordelijk voor arteriosclerose. Ik denk dat uit verder onderzoek zal blijken dat de emoties van de persoon de belangrijkste variabele zijn en dat alleen psychotherapie bij atherosclerose al tot verbetering zal leiden. Met hartkloppingen, zoals de leek dat vaak noemt, wordt meestal een zeer snelle hartslag bedoeld. De medische term is tachycardie, met een hartslag van 130 tot 200 slagen per minuut. De meest voorkomende vorm is paroxismale supraventriculaire tachycardie PAT een aandoening die naar mijn ervaring meestal wordt veroorzaakt door emotionele factoren. Afgezien daarvan moet de patient altijd naar de huisarts, internist of cardioloog gaan. Ideaal zou zijn als de arts de emotionele oorzaak van de aanval zou onderzoeken. Een onregelmatig hartritme wordt ook vaak aangeduid met de term hartkloppingen. Ik heb er mijn hele leven af en toe last van en ook deze aandoening is duidelijk het gevolg van emotionele zaken. Weer geldt dat onderzoek en behandeling door een arts nodig is om er zeker van te zijn dat er geen sprake is van een hartafwijking. Aangenomen wordt dat deze aandoeningen op gang worden gebracht via het autonoom zenuwstelsel. Het zogenaamde mitralisprolaps ten slotte, is een veel voorkomende afwijking van een van de slappen van een hartklep. De slip zakt naar achteren en functioneert niet meer normaal, zodat er vaak een ruis te horen is. Het klinkt griezelig, maar komt veel voor, vaker bij vrouwen dan bij mannen, en er blijkt geen verband te bestaan met een slechte hartfunctie. Ik heb het jaren gehad en ben er niet minder actief om; ik doe regelmatig aan zware conditietraining. Wat me intrigeert is dat sommige artsen denken dat

deze afwijking psychogeen is, dat wil zeggen veroorzaakt wordt door spanning. Er zijn in de medische literatuur veel aanwijzingen te vinden dat er een verband bestaat met abnormale autonome activiteit (hoofdreactioneel artikel in The Lancet, 3 oktober 1987, getiteld: 'Autonomic Function in Mitral Valve Prolapse'). Kort geleden is er een artikel verschenen in Archives of Physical Medicine and Rehabilitation (juni 1989, Di. 90 pag. 541-43), waarin verslag werd gedaan van een onderzoek waarbij 75 procent van een groep patienten met fibromyalgie last bleek te hebben van mitralisgeruis, een hoger percentage dan normaal. Zoals ik al eerder zei, ben ik van mening dat fibromyalgie een vorm van TMS is. Omdat TMS en mitralisgeruis beide worden veroorzaakt door abnormale autonome activiteit en omdat TMS duidelijk het gevolg van emotionele factoren is, is de verleiding groot mitralisgeruis op te nemen in de groep lichamelijke aandoeningen die hun bestaan aan emoties te danken hebben. Als ik mezelf even als voorbeeld neem, ik heb TMS gehad, maag- darmklachten, migraine, hooikoorts, huid-aandoeningen en mitralisprolaps, en hetzelfde geldt voor velen van mijn patienten, wat erop wijst dat al deze aandoeningen veroorzaakt worden door een en hetzelfde patroon - dat van de verdrongen, ongewenste emoties. Laat ik dit nog eens met nadruk zeggen: de meeste artsen kunnen maar moeilijk aanvaarden dat emoties een fysiologische verandering op gang kunnen brengen; daardoor kunnen zij een groot aantal ziekten waar mensen tegenwoordig mee te kampen hebben, niet begrijpen. TMS en mitralisgeruis vallen daar zeker onder. Samenvattend, de vijf hart- en vaatziekten die ik hierboven kort heb beschreven, zijn waarschijnlijk in verband te brengen met emoties. Het is zeer veelzeggend dat drie van de vijf, hoge bloeddruk, hartkloppingen, en mitralisgeruis tot stand komen via het autonome zenuwstelsel.

De geest en het immuunsysteem

De complexiteit van de dierlijke biologie is ontzagwekkend en overweldigend. We kunnen ons onmogelijk voorstellen hoe zoiets gecompliceerd als het menselijk lichaam heeft kunnen ontstaan. Geen wonder dat het miljoenen jaren heeft geduurd voordat we zover ontwikkeld waren. Het immuunsysteem is een wonder van complexiteit en efficiëntie. Het moet ons beschermen tegen allerlei soorten indringers, waarvan de belangrijkste de stoffen zijn die ontstekingen veroorzaken, en tegen gevaarlijke vijanden die in het lichaam zelf ontstaan, zoals kanker. Het bestaat uit een aantal verschillende verdedigingsstrategieën: het kan chemische stoffen voortbrengen om indringers te doden, het kan een leger van cellen op de been brengen om hen te verzwelgen, en het kan met behulp van een ingewikkeld systeem duizenden lichaamsvreemde stoffen herkennen en neutraliseren. Immunologen hebben jarenlang gedacht dat het immuunsysteem een autonoom systeem was, hoewel er wel verontrustende verhalen waren waaruit bleek

dat de geest er ook iets mee te maken had. Voor het grootste deel werden deze verhalen door de deskundigen genegeerd, maar de concrete aanwijzingen dat de hersenen bij het immuunsysteem betrokken zijn, kunnen niet terzijde worden geschoven. Robert Ader, een psycholoog die onderzoek doet aan de Universiteit van Rochester, was bezig met een onderzoek waarbij hij ratten zo probeerde te conditioneren dat ze niet van het met sacharine gezoete water hielden dat ze van hem kregen. Zijn experiment had wel wat weg van het klassieke experiment van Pavlov die honden zo conditioneerde dat ze watertandden bij het geluid van een bel. Om een aversie tegen de sacharine te ontwikkelen, spoot dr. Ader de ratten in met een chemische stof die hen misselijk maakte, zodat ze het zoete water met misselijkheid in verband brachten. Pas later beseftte hij dat de chemische stof die hij had ingespoten, cyclofosfamide, ook het immuunsysteem van de ratten aantastte, zodat ze op raadselachtige wijze stierven. Het opvallende was echter dat hij de ratten nu alleen maar het zoete water hoefde te geven om hun immuunsysteem aan te tasten, zonder de chemische stof in te spuiten, omdat ze hadden geleerd (door conditionering) dat het zoete water met het misselijk makende middel in verband stond. Nu tastte alleen sacharine het immuunsysteem van de ratten aan. Dit was een mijlpaal in de medische research, want nu was aangetoond dat een kenmerk van de hersenen, in dit geval afkeer van een bepaalde smaak, het immuunsysteem kan beïnvloeden. Het is dus geen wonder dat mensen met TMS pijn voelen onder de meest vreemde omstandigheden, bijvoorbeeld als ze rustig op hun buik liggen. Ze hebben te horen gekregen dat de buikligging slecht is voor hun rug, dus worden ze zo geconditioneerd dat ze een afkeer van die houding hebben, die dan uiteraard ook pijnlijk wordt. Zoals ik al eerder zei kunnen de hersenen alle organen of systemen van het lichaam beïnvloeden. In het geval van dr. Aders ratten werd het immuunsysteem beïnvloed, bij TMS het autonome zenuwstelsel. Dr. Ader en zijn collega's merkten ook dat de ratten die auto-immuunziekten hadden, tijdens de experimenten beter werden. Deze aandoeningen ontstaan wanneer het immuunsysteem zich tegen het lichaam keert en stoffen produceert die schadelijk zijn voor bepaalde weefsels van het lichaam (met als gevolg bijvoorbeeld reumatische artritis, diabetes, lupus erythematosus en multiple sclerose). Dat wil zeggen dat er bij deze aandoeningen verbetering optreedt door middel van dezelfde stoffen die het immuunsysteem aantasten, en dat gebeurde ook toen de auto-immune ratten het zoete water kregen. Dit had enorme gevolgen voor onze kennis van gezondheid en ziekte bij mensen, want auto-immuunaandoeningen behoren tot de meest ingewikkelde en onbegrijpelijke ziekten. Deze experimenten tonen aan dat de hersenen wel eens een rol zouden kunnen spelen bij de behandeling van deze aandoeningen. Bovendien blijkt er volgens mij uit dat emoties wel eens deel zouden kunnen uitmaken van de oorzaak. In zijn bekende boek *The Anatomy of an Illness*, beschrijft Norman Cousins hoe hij erin slaagde een auto-immuunaandoening, ankylospodylitis (een vorm van

reumatische artritis), te overwinnen, toen hij zag dat de oorzaak in de emoties lag en hij een soort humorthapie bedacht, aangevuld met vitamine c. Op grond van mijn ervaring met TMS denk ik dat zijn erkenning van de emotionele oorzaak van de ziekte het herstel bewerkstelligde. Het is mogelijk dat de ziekte, net als bij TMS, de aandacht wil afleiden van het rijk van de gevoelens en dat, wanneer de patient ziet wat er aan de hand is en hij zijn aandacht op zijn gevoelens richt, de ziekte zijn doel voorbijschiet en verdwijnt. Voorstanders van de theorie dat emoties van grote invloed zijn op het immuunsysteem, hebben veel te danken aan dr. Ader die immers in het laboratorium heeft aangetoond dat dit een onweerlegbaar feit is. Hij staat niet alleen; ook andere experimentele wetenschappers hebben spectaculaire verbanden aangetoond tussen geest en lichaam. In april 1982 verscheen in het gezaghebbende tijdschrift *Science* een artikel dat veel indruk op me maakte, geschreven door Visintainer, Volpicelli en Seligman. Zij beschreven hoe een groep ratten die alle aan dezelfde vorm van kanker leden, onder verschillende omstandigheden een vervelende elektrische schok toegediend kreeg; de ene helft kon eraan ontsnappen en de andere helft moest de schokken ondergaan tot ze ophielden. Beide groepen kregen precies dezelfde dosis; de ontsnappingsmogelijkheid was het enige verschil tussen de twee groepen. Volgens de auteurs stootten de ratten die geen ontsnappingsmogelijkheid hadden half zo vaak hun tumor af en stierven zij twee keer zo vaak als ratten die wel konden ontsnappen en ratten die geen schokken kregen. Slechts 27 procent van de ratten die niet konden ontsnappen, stootte de tumor af, terwijl dat bij 63 procent van de ratten die wel konden ontsnappen het geval was, en bij 54 procent van de ratten die geen schokken kregen. Uit het experiment bleek dat het immuunsysteem van de ratten die meer emotionele stress te verwerken kregen minder goed functioneerde, want het immuunsysteem bepaalt of een gezwel al dan niet wordt afgestoten. Als emoties voor ratten al zo belangrijk zijn, dan zijn ze dat voor mensen helemaal.

Kanker en het immuunsysteem

Laten we het verband tussen emoties en kanker eens verder uitdiepen. Hoewel medici zich nog niet op grote schaal met research in deze richting bezighouden, is er in de loop van de jaren al veel onderzoek gedaan waaruit blijkt dat psychische en sociale factoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan en de genezing van kanker. Een van deze onderzoeken is beschreven door Kenneth Pelletier, oud-medewerker van de Medische Faculteit van de Universiteit van Californië. Hij was geïnteresseerd in zeven mensen in en om San Francisco, die een 'wonderbaarlijke genezing' van kanker hadden meegemaakt. Hij vroeg zich af of deze mensen iets gemeen hadden. Hij constateerde inderdaad dat ze alle zeven spontaan werden, meer aandacht hadden voor andere mensen, belangstelling kregen voor zaken die hen zelf

niet direct aanging; ze probeerden allemaal hun leven anders in te richten, zodat ze meer tijd kregen voor leuke dingen; ze werden allemaal gelovig, op verschillende manieren, maar ze richtten zich allemaal op iets dat groter was dan zijzelf; alle zeven mediteerden ze iedere dag een tijdje, waarbij ze rustig zaten na te denken of te bidden; ze gingen allemaal meer bewegen en anders eten, minder rood vlees en meer groenten. Het heeft er werkelijk alle schijn van dat sociale en emotionele factoren een rol speelden bij deze 'wonderbaarlijke genezingen'. Pelletier is de auteur van een bekend boek over het verband tussen lichaam en geest, *Mind as Healer Mind as Slayer* (Delacorte, New York, 1977). Geïnteresseerden beveel ik *Getting Well Again* aan, geschreven door O. Carl Simonton, Stephanie Matthews-Simonton en James Creighton (J.P. Tarcher, New York, 1978). Daarin beschrijven de auteurs de behandeling die de Simontons toepassen op kankerpatienten. Zij hebben gekozen voor een psychologische benadering van de ziekte; ze proberen hun patienten te begrijpen en zo een manier te vinden om de houding en opvattingen van de patienten te veranderen, wat zij belangrijk vinden voor de genezing. Een heel populair boek over dit onderwerp is het in 1986 verschenen *Love, Medicine and Miracles* door Bernie Siegel, chirurg aan de Yale Universiteit (Harper & Row, New York). Dr. Siegel begon zijn loopbaan als chirurg, werd zich bewust van de sociale en psychologische aspecten van kanker en begon op basis daarvan met patienten te werken. Zijn boek is zeer inspirerend en heeft, omdat het zo populair is, veel mensen doen openstaan voor de gedachte dat de geest een rol kan spelen bij de strijd tegen kanker. Het nadeel van dr. Siegels werk is echter dat het psychologisch en fysiologisch niet specifiek is. Hij geeft geen theoretisch model van de betrokkenheid van de emoties bij het ontstaan en de genezing van kanker en geeft niet aan waar zijn eigen werk in relatie tot dat model staat. Daardoor is het niet waarschijnlijk dat zijn werk veel invloed zal hebben op conventionele medici. Dat is heel jammer, want er bestaat grote behoefte aan een accurate definitie waardoor duidelijk wordt welke sociale en psychische factoren meespelen bij het ontstaan van welke ziekten en hoe dat gebeurt. Wanneer medici eenmaal hebben erkend dat emoties een belangrijke rol spelen bij ziekte en gezondheid, moeten ze hun theorieën over het ontstaan van ziekten opnieuw bekijken. Als we de raadselachtige kloof tussen emotie en fysiologie willen overbruggen, hebben we de knapste koppen in de experimentele geneeskunde nodig, met het soort belangstelling en betrokkenheid die men nu aan de dag legt voor bijvoorbeeld genetisch onderzoek of chemotherapie bij kanker. Maar die mensen en dat enthousiasme krijgen we niet als we 'de kracht van de liefde' in een medische context plaatsen zonder de specifieke psychologische en fysiologische effecten te bestuderen. Pas als dat gebeurt kunnen we onderscheid maken tussen mensen als Bernie Siegel, Norman Vincent Peale en Mary Baker Eddy. Afgezien daarvan verrichten artsen als Siegel, Simonton, Pelletier en Locke (en een aantal anderen die ik niet heb genoemd) baanbrekend werk,

en is wat zij ons te leren hebben van het grootste belang voor de toekomst van de geneeskunde.

Het immuunsysteem en besmettelijke ziekten

Het is al lang bekend dat emoties iets te maken hebben met onze gevoeligheid voor infecties of ons vermogen deze te bestrijden, maar dit gegeven wordt over het algemeen niet door artsen aanvaard en wordt in de dagelijkse praktijk zelden toegepast. Tot de veel voorkomende infecties behoren de steeds terugkerende verkoudheid en infecties van de geslachtsdelen en de urinewegen, maar psychische factoren spelen waarschijnlijk een rol bij alle infecties. Net als bij kanker gaat het erom hoe effectief het immuunsysteem de betreffende infectieverwekker bestrijdt. Stressrijke emoties kunnen die effectiviteit verlagen waardoor de infectie vrij spel heeft, maar er zijn veel gevallen bekend van mensen die in staat zijn de werking van hun immuunsysteem te vergroten door hun emotionele toestand te verbeteren of andere technieken toe te passen, zoals in het volgende verhaal gebeurde. In het *Washington Post Health Journal* van januari 1985 stond een artikel van Sally Squires, getiteld 'The Mind Fights Back'. Daarin beschreef ze een onderzoek van een aantal immunologen en psychiaters aan de Medische Faculteit van de Universiteit van Arkansas, waaraan een vrouw meedeed die beschreven werd als een 'toegewijde mediteester' die veel aandacht had voor haar lichamelijke reacties. Deze vrouw kreeg het virus van waterpokken in haar onderarm ingespoten. Ze had al eerder aan het virus blootgestaan en vertoonde dus de gebruikelijke positieve immunoreactie, een lichte zwelling van ongeveer een centimeter doorsnede, die na een paar dagen weer verdween. Om te bevestigen dat er een immunoreactie was, werd een bloedproef gedaan waaruit bleek dat haar witte bloedlichaampjes de infectie bestreden. Toen deze procedure nog tweemaal herhaald was, kreeg ze de opdracht de normale reactie van het lichaam stop te zetten, wat ze deed door dagelijks te mediteren, en drie weken lang werd de zwelling steeds kleiner. Daarna mocht ze de normale immunoreactie niet meer verstoren en bij de laatste drie injecties met het virus kreeg ze de gebruikelijke zwelling weer. Hieruit blijkt duidelijk dat de geest een lichamelijke reactie kan beïnvloeden wanneer de betreffende persoon weet hoe dat moet. De artsen die dit onderzoek deden waren zo onder de indruk van de resultaten dat ze het hele experiment negen maanden later herhaalden, met hetzelfde resultaat. De conventionele medische wetenschap kan nauwelijks iets op dit experiment tegen hebben. Hier werd de zogenaamde macht van de geest, in dit geval over de werking van het immuunsysteem, duidelijk aangetoond. Bij de behandeling van TMS speelt een dergelijk verschijnsel een rol: het effect van informatie op een ongewenste

fysieke reactie, de pijn van TMS.

Het overactieve immuunsysteem - allergie

Hoewel het een controversiële gedachte is, ben ik, op grond van mijn ervaring met patiënten met zowel TMS als allergische rinitis (hooikoorts), tot de conclusie gekomen dat bepaalde allergieën bij volwassenen equivalent zijn aan TMS, dat zij dus door emoties worden veroorzaakt. Als ik daar met mijn patiënten over praat, zeggen ze altijd meteen: '0, maar hooikoorts krijg je door stuifmeel, stof en schimmels; hoe kunt u nou zeggen dat het door spanning komt?' Als tien mensen op een grasveld staan, beginnen ze niet allemaal te niezen, alleen degenen die allergisch zijn. Wat is het verschil tussen de niet-allergische en de allergische mensen? Het immuunsysteem van de laatsten is onder invloed van spanning, de verdrongen gevoelens waar we het over hebben gehad, overactief geworden. Dit is ook gebelegen, en niet een enkele keer, maar herhaaldelijk, bij TMS-patiënten die in de loop van hun lesprogramma te horen kregen dat hooikoorts een TMS-equivalent is en op dezelfde manier kan worden bestreden. En dat lukt ook. De heer G. vertelde bij een van de kleine groepsbijeenkomsten dat hij zeventien jaar lang iedere herfst last had van hooikoorts - maar dit jaar niet! Hij knoopte in zijn oren wat hij gehoord had en had dat najaar wonder boven wonder geen hooikoorts. Ik ben jaren allergisch geweest voor de stof die katten afscheiden (vroeger dacht men aan huidschilfers, maar tegenwoordig denkt men dat het misschien een stof in hun speeksel is die op hun nauwgezet schoongelichte vacht opdroogt en dan in de lucht terecht komt). Als ik een huis binnenloop zonder te weten dat er een kat woont, raken mijn ogen geïrriteerd. Ik begin meestal te wrijven zonder erbij na te denken. Dan komt poes de kamer inlopen en ik zeg: 'Aha - nu weet ik waarom ik zo'n jeuk heb' en de jeuk verdwijnt. Dat gebeurt omdat ik weet dat allergische rinitis en conjunctivitis bij het spanningsrepertoire van mijn geest horen en, zoals in Hoofdstuk 4 over de behandeling van TMS wordt beschreven, wanneer je deze aandoeningen naar waarde schat, maak je ze ook onschadelijk - en verdwijnen de klachten. De meeste artsen verwerpen de theorie dat emoties met allergie te maken hebben, maar deze twee voorbeelden kunnen op geen andere manier verklaard worden. Ze tonen aan dat er iets anders aan de hand is dan alleen een reactie van het autonome immuunsysteem op geïnhalerde stoffen; hoe zouden de klachten anders door het denken alleen kunnen verdwijnen? Het is duidelijk dat hier sprake is van dezelfde geestelijk-emotionele dynamiek die in het hoofdstuk over behandeling aan de orde kwam. Ik kan niet bewijzen dat deze 'kennis therapie' ook bij alle andere veel voorkomende vormen van allergie werkt, dus wil ik daarover alleen nog

zeggen dat ik, als ik er zelf last van had, me onmiddellijk zou richten op de emotionele factoren in mijn leven. Wel dient gezegd te worden dat de erkenning van de rol van de emoties een conventionele medische behandeling niet hoeft uit te sluiten.

De geest en het maag-darmstelsel

Dit is het enige gebied waar erkenning van het belang van emotionele factoren een traditie is, zowel bij artsen als bij leken. Toch doen artsen, ook al zijn de meeste mensen er nog steeds van overtuigd dat een maagzweer het gevolg van spanning is, hun uiterste best het tegendeel te bewijzen. In ieder willekeurig medisch tijdschrift dat gespecialiseerd is in maagdarmaandoeningen (er is er een met de plastische naam Gut, of darm) staan vele artikelen waarin verschillende puur 'lichamelijke' oorzaken worden aangegeven, zonder een spootje emoties. Dit is in overeenstemming met de al eerder genoemde modetrend van veel aandacht voor de natuurkundige en chemische aspecten van ziekte. Ik heb nu zeventien jaar met TMS gewerkt, en ik heb gemerkt dat er een consequente correlatie bestaat met maagdarmaandoeningen GI. Patiënten hebben vaak last van maagzuur, een middenrifbreuk (die deel schijnt uit te maken van het maagzweersyndroom), een peptische zweer, overgevoelige dikke darm, spastische dikke darm, constipatie of 'wind', om maar eens een paar veelgehoorde klachten te noemen. De meeste patiënten hadden deze klachten al voordat ze TMS kregen. Net als TMS zijn deze aandoeningen het gevolg van wat ik een afwijkende autonome functie noem, aandoeningen die volgens mij op gang worden gebracht door dezelfde emotionele factoren die verantwoordelijk zijn voor TMS. Ze komen nu minder vaak voor dan dertig of veertig jaar geleden, maar dat komt doordat TMS de voorkeur heeft gekregen als fysiek afweermiddel tegen angst en boosheid. Bovendien zijn er tegenwoordig uitstekende medicijnen tegen maagzweren. Als de geneesmiddelen de symptomen hebben onderdrukt, schiet het psychofysiologische proces zijn doel voorbij, omdat er dan niets meer is dat de aandacht van de patient vasthoudt - en daarom kiezen de hersenen een andere aandoening, bijvoorbeeld TMS. Het lagere percentage maag-darmaandoeningen blijkt uit de medische literatuur. Het duidelijkste bewijs dat deze maag-darmaandoeningen met de emoties in verband staan en op dezelfde manier als TMS kunnen worden aangepakt, is het verhaal van de man die met zijn vrouw meegang naar de lezingen en merkte dat de maagklachten waar hij zijn leven lang last van had gehad, verdwenen toen hij beseftte hoe de geest het lichaam beïnvloedt (dit geval werd al eerder in dit hoofdstuk beschreven).

De geest en hoofdpijn

Bij hardnekkige of steeds terugkerende hoofdpijn is het altijd gewenst eerst

naar de huisarts te gaan. Het gebeurt zelden, maar er is een kleine kans dat er sprake is van iets ernstigs zoals een tumor. Ik wil het hier niet uitgebreid over hoofdpijn hebben, maar ik wil wel zeggen dat hoofdpijn naar mijn ervaring meestal aan spanning te wijten is, zodat je de aandoening een zusje van TMS zou kunnen noemen. Ik vermoed dat bij hoofdpijn hetzelfde mechanisme aan het werk is als bij TMS en dat bij hoofdpijn de kleine bloedvaten die de bloedtoevoer naar de spieren van de hoofd huid verzorgen, nauwer worden. Net als bij TMS is de onderliggende oorzaak spanning en er zijn grote verschillen in vorm en ernst van de pijn. Hoofdpijn in het achterhoofd houdt duidelijk verband met de spieren achterin de nek, die een rol spelen bij TMS. Sommige patiënten klagen over pijn in het hele hoofd; anderen hebben alleen pijn in het voorhoofd. Een veel voorkomende klacht is pijn 'achter de ogen'. Als de pijn unilateraal is (aan één zijde), ernstig is en vergezeld gaat van misselijkheid, spreekt men al gauw van migraine. Spanningshoofdpijn kan een even ernstige handicap zijn als de hevigste pijn in nek, schouders of rug. Migraine lijkt dezelfde psychische oorzaak te hebben als spanningshoofdpijn, maar ontstaat via een ander fysiologisch proces. Ik heb een aantal jaren last van migraine gehad en spreek dus ook als patient. Het verschil met spanningshoofdpijn ligt hierin dat het een of andere, meestal visuele, neurologische verschijnsel aan de migraine voorafgaat. Ik zag altijd een rafelige, kromme lijn die zich uitstrekte over verschillende delen van mijn gezichtsveld. Hij leek op gebroken glas en 'fonkelde' als een soort flikkerlicht. Deze verschijnselen worden dan ook 'lichtflikkeringen' genoemd. Ze begonnen meestal met een kleine punt die een deel van mijn gezichtsveld blokkeerde en zich na een paar minuten ontwikkelde tot het complete patroon dat ik hierboven heb beschreven. Het duurde ongeveer een kwartier, waarna het geleidelijk verdween en gevolgd werd door de hoofdpijn die soms heel ernstig was. Het beangstigende is dat migraine duidelijk te wijten is aan de vernauwing van een bloedvat in de hersenen. Ik heb eens een aanval gehad waarbij ik een uur lang moeite had met praten, een verschijnsel dat afasie genoemd wordt, het gevolg van de tijdelijke vernauwing van een onmisbaar bloedvat in het spraakgedeelte van de hersenen. Maar gelukkig is migraine ook een equivalent van TMS en kan de aan-doening op precies dezelfde manier tot stilstand gebracht worden, naar mijn ervaring tenminste. Dat overkwam mij jaren voordat ik ook maar iets over TMS wist. Ik was een jonge huisarts die af en toe een migrainepatient behandelde, toen ik van een van de oudere artsen in mijn woonplaats hoorde dat migraine wel eens het gevolg zou kunnen zijn van onderdrukte woede. De eerstvolgende keer dat ik de lichtflikkeringen weer zag, en dus nog een kwartier had om na te denken, probeerde ik erachter te komen waarom ik boos zou kunnen zijn. Dat lukte me niet, maar tot mijn stomme verbazing kreeg ik geen migraine - en tot op de dag van vandaag heb ik nooit meer hoofdpijn gehad, hoewel ik de flikkeringen nog wel een paar keer per jaar zie. Achteraf weet ik heel goed waarom ik toen migraine kreeg, en wat ik

verdrong. Als ik nu het waarschuwingssignaal krijg, kan ik er meestal wel achter komen waarom ik boos ben en ik vind het opmerkelijk dat ik, hoe vaak ik mijn verdrongen woede ook erken, het toch steeds weer blijf doen, omdat het blijkbaar deel uitmaakt van mijn aard, van mijn psychische ontwikkeling. Maar ik besef hoe belangrijk kennis is. Door te erkennen waar ik mee bezig ben, lukte het mij een hele akelige lichamelijke reactie tot stilstand te brengen. Net als bij TMS.

De geest en de huid: acne en wratten

Er lijkt een nauw verband te bestaan tussen deze huidaandoeningen en emoties. Net als bij vrijwel alle geestelijk-lichamelijke processen is er geen wetenschappelijk bewijs dat de oorzaak emotioneel is, maar een groot aantal klinische gegevens wijst wel in die richting. Acne is een van de veel voorkomende 'andere dingen' die TMS-patiënten hebben gehad of nog hebben, zelfs wanneer ze over rugpijn klagen. Bovendien is er het verhaal van de man die een jeukende uitslag onder zijn trouwring kreeg, die verdween zodra hij van zijn vrouw scheidde. Bij andere gouden ringen kreeg hij die uitslag niet. Men zegt wel dat andere huidaandoeningen zoals eczeem en psoriasis verband houden met emoties. Ik heb de neiging het daarmee eens te zijn, maar ik kan niet bewijzen dat het waar of onwaar is.

De medicijnman

We kunnen overall om ons heen de macht van de geest voelen. De placebo-reactie is alomtegenwoordig. De meeste artsen hebben hun succes tot op zekere hoogte aan dit verschijnsel te danken en sommigen zijn er zelfs volkomen van afhankelijk. Jaren geleden, in 1971, kwam ik een prachtig geval van wisselwerking tussen lichaam en geest tegen in een artikel van Louis C. Whiton, in het augustus-septembernummer van het tijdschrift *Natural History*, getiteld 'Under the Power of the Gran Gadu' (DI. 80, nr. 7). Dr. Whiton had jarenlang antropologisch onderzoek gedaan in Suriname en was vooral geïnteresseerd in de ceremoniën, rituelen en geneeswijzen van de medicijnmannen van de Bosnegers die in de jungle leefden. Hij had twee jaar lang last gehad van een pijnlijke heup, een klacht die men had geweten aan een slijmbeursontsteking van de trochanter (zie pag. 123). De aan-doening had op geen enkele behandeling gereageerd. Samen met zijn eigen arts, vijf vrienden en de redacteur van een Surinaams tijdschrift, trok hij vanuit Paramaribo zestig kilometer de jungle in, om behandeld te worden door de beroemde medicijnman Raineh. Er stond een foto van Raineh bij het artikel en de man zag er zeer indrukwekkend uit. De ceremonie die dr. Whiton tot in de kleinste finesses beschreef, begon klokslag twaalf uur 's nachts en duurde vierehalf uur. Er werd een groot aantal stappen gevolgd: de patient moest beschermd worden tegen kwade geesten, zijn ziel moest

worden ondervraagd over zijn vroegere leven, goedaardige plaatselijke goden werden aangeropen, de 'heks' moest uit het lichaam van de patient gehaald worden en overgebracht worden naar dat van de medicijnman. Toen dat allemaal gebeurd was stond dr. Whiton op van de grond en merkte dat zijn pijn verdwenen was. De ceremonie ging verder, waarbij de 'heks' van het lichaam van de medicijnman naar dat van een kip werd overgebracht, waarna de ceremonie werd beëindigd met bezweringen en andere rituelen die moesten voorkomen dat het 'kwaad' het lichaam van de patient weer zou binnengaan. Dr. Whiton was ongetwijfeld voorbereid op een geslaagde therapeutische ervaring, want hij had vertrouwen in het vermogen van de geest het lichaam te genezen. Toch had hij in de Verenigde Staten niets aan die houding gehad. Hij had een machtig en formidabel genezer nodig - en die vond hij in de Surinaamse jungle. Ik heb weinig op met placebogenezingen want, zoals ik al eerder zei zijn ze meestal van tijdelijke aard. Maar ik geef dit verhaal door als een van de vele voorbeelden van de kracht van de geest.