

INTERVIEW

‘We zijn meer dan een machine’

Hoe ervaren we ons
lichaam als we ziek zijn?
Filosoof Jenny Slatman
wil patiënten en artsen
helpen met een nieuwe
kijk op het lijf.

Auteur Maurice van Turnhout

Robots kunnen waanzinnig goed rekenen. Maar als ze een ei moeten oppakken laten ze dat meteen vallen, of ze knippen het kapot. Wij mensen weten precies hoe we een ei moeten vasthouden, hoeveel druk we met onze vingers moeten uitoefenen. Zelf zien we dat misschien als een lage vorm van cognitie, maar eigenlijk is het een hoogst intelligente en complexe vaardigheid. Je kunt geen denken hebben dat zelfstandig functioneert; het is altijd ingebed in de sensomotoriek van het lichaam. Belichaamd.'

Aan het woord is Jenny Slatman (1969, Gramsbergen), sinds 2017 hoogleraar Medical Humanities aan Tilburg University. Met het project Mind the Body doet Slatman filosofisch en antropologisch onderzoek naar belichaming (*embodiment*), dat in de zorgpraktijk kan worden toegepast.

'Als je ziek bent, ga je naar een somatische dokter of een psychische dokter', vertelt Slatman. 'De eerste sleutelt aan je lichaam, de tweede aan je geest. Je ziekte wordt óf biologisch, óf psychologisch benaderd – heel dualistisch dus.'

Deze lichaam-geestscheiding ziet Slatman als een probleem dat door de filosofie in het leven is geroepen. Het is dus ook aan filosofen om de rommel op te ruimen. 'Descartes was in de zeventiende eeuw de eerste denker die lichaam en geest als verschillende substanties zag: een lijfelijke en een denkende. Natuurlijk was dat dualisme een kunstgreep. Normaal gesproken leef je gewoon; het onderscheid tussen lichaam en geest is alleen aan de orde wanneer je erover gaat mediteren. Inmiddels hebben we elegantere opvattingen van hoe de mens in elkaar zit. Maar in de geneeskunde is het cartesiaanse dualisme nog altijd springlevend.' Descartes vergeleek het menselijk

'De lichaam-geestscheiding is afkomstig van filosofen'

lichaam met een uurwerk, molen of fontein, een machine die als vehikel dient voor een onstoffelijke geest. In de achttiende eeuw ging de materialist Julien Offray de la Mettrie een stap verder met zijn beschrijving van *l'homme machine*. Volgens La Mettrie was de geest niets meer of minder dan onze hersenen. 'Die mechanistische kijk was een geweldig uitgangspunt voor de somatische geneeskunde. Het leverde de ene medische doorbraak na de andere op. Eerder waren dokters nog aan het prutsen met aderlatingen en dergelijke.'

In het geval van Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) stuiten artsen op de grens van de machinevisie, meent Slatman. De patiënt lijdt dan aan lichamelijke klachten, zoals chronische vermoeidheid of een prikkelbare darm, maar in het lichaam is geen oorzaak aan te wijzen. De machine lijkt naar behoren te functioneren. Dan speelt de oude dualistische reflex weer op.

'Vaak worden SOLK-patiënten naar een psychiater gestuurd, omdat de arts zegt dat het tussen hun oren zit. Voor sommige patiënten werkt die psychologiserende verklaring, voor veel andere absoluut niet. Die voelen zich niet serieus genomen. Ze denken: ik ben toch niet gek?'

Woekert dualisme alleen nog in de zorg?

'Nee hoor, onze hele cultuur is ervan doordrenkt. Kijk maar naar de interviews bij



Vreemd lichaam. Over medisch ingrijpen en persoonlijke identiteit

Jenny Slatman

Ambo

229 blz. | € 13,99

Studio Sport: als voetballers verliezen of niet fit zijn, is het nooit alleen een fysiek probleem; het is ook vaak een mentaal dingetje. Soms kan dualisme uitstekend werken. Als je ziek bent, zoek je altijd naar een verklaring, naar troost. De dualist kan dan denken: met mijn lijf gaat het niet geweldig, maar met mij gaat het goed. Zo kan dualisme een positieve, helende werking hebben, omdat het afstand creëert.'

Als zelfbescherming?

'Zoets. Als jij chronische rugpijn hebt en je daar volledig mee identificeert, kan het prettig zijn jezelf dualistisch te beschouwen – wat dat verder ook moge betekenen, want ik vind die scheiding tussen lichaam en geest conceptueel heel onduidelijk. Maar het kan werken als verklaring in een proces van omgaan met ziekte. Ik wil graag iets tegenover dualisme stellen omdat het zo dominant is, maar ik heb geen alternatief verklaringsmodel dat voor alle gevallen opgaat. Ik zoek verschillende vocabulaires om over het lichaam te spreken.'

De geest is niet relevant?

'In de gezondheidszorg heeft het concept "geest" nog niets positiefs opgeleverd, denk ik. De meeste mensen weten helemaal niet waarover ze spreken als ze het woord gebruiken. Ik vroeg geneeskundestudenten ooit: "Wat bedoelen jullie met "psychisch"?" Het antwoord: alles wat niet somatisch is!'

'Dat schrijft de taalfilosoof Gilbert Ryle ook: de geest is alles wat het lichaam niet is, en wat je dan overhoudt is een soort *ghost in the machine*. Een restcategorie. Naarmate geneeskundestudenten praktijkervaring opdoen leren ze natuurlijk dat mensen meer zijn dan een lichaam, maar sinds de opkomst van het moderne ziekenhuis in de achttiende eeuw overheerst dat anatomisch denken de westerse geneeskunde. Artsen kijken niet meer naar ziektes als een verhaal van symptomen; ze proberen in het lichaam te traceren wat er misgaat. Dat anatomische *disease model* wordt dan het verhaal van de ziekte. In 1882 ontdekte Robert Koch de tbc-bacterie. Fantastisch, één oorzaak voor één ziekte! Helaas zijn slechts weinig ziektes monocausaal. Kanker is al ingewikkelder, om nog maar te zwijgen van SOLK. In de psychiatrie bestaat het verlangen biomarkers te

vinden voor al die problematiek. Het is verleidelijk om bij mensen met een depressie in het brein aan te wijzen: daar zit het! Neurologen strepen het hele idee van geest door. Het enige wat bestaat is materie, en die materie reduceer je tot hersenactiviteit. Tot nu toe is die duiding tamelijk teleurstellend, maar patiënten en artsen hebben nu eenmaal een verklaring nodig. Iemand die ziek is, zal niet snel zeggen: het zij zo, pech gehad. Er moet een verhaal zijn, er moet betekenis worden gegeven aan wat je overkomt.'

Zoekt u met Mind the Body een nieuw lichaamsbeeld om betekenis te geven?

'We inventariseren de verschillende manieren waarop in de praktijk over ziekte en lichaam wordt gesproken. Ik ben betrokken bij een onderzoek aan het Helen Dowling Instituut, een GGZ-instelling waar ze onder andere mensen met chronische vermoeidheid na kanker behandelen. Daar wordt veel gewerkt met *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT), waarbij mensen worden aangemoedigd hun aandacht juist op die delen van hun lichaam te richten waar ze last van hebben en hun oordeel daarover los te laten. Op basis van een review en mijn filosofische inbreng hebben we daar een *embodiment*-model geïntroduceerd.'

Dit model lijkt op een kindertekening van een poppetje: bij de voeten staat geschreven: 'Vaste grond kwijt', bij het gebogen hoofd: 'Verlies van zelf.'

'Hiermee zie je in één oogopslag dat de klachten niet alleen in je hoofd zitten. Het is je lijf dat je beperkt. Als we goed kijken naar taal en praktijken rondom de zogenoemde psychologische problemen, dan zien we daar ook veel lichamelijke dimensies. Als mensen met autisme of een depressie bijvoorbeeld zeggen dat ze overprikkeld raken, is dat niet louter een psychische overprikkeling. Prikkel komen via je zintuigen binnen en schieten niet rechtstreeks je brein in. Je hersenen zijn gewoon een bolletje vet'

Ik blijf het lastig vinden om over het dualisme heen te stappen. Embodiment in de zorg – dat klinkt alsof je anders gaat denken over je lichaam.

'Je kunt embodiment ook ruimer opvatten. Bij Descartes is

INTERVIEW

het “ik denk” bijna iets abstracts dat boven de wereld zweeft. Maar een mens is een lichamenlijk wezen; je bevindt je altijd met je lijf in een omgeving waarmee je een verhouding aangaat. Fenomenoloog Maurice Merleau-Ponty spreekt dan ook niet van “ik denk”, maar van “ik kan”. Ons lichaam is niet enkel een object, het is ook een subject dat de wereld ontsluit, een subject waarvoor de wereld zich ontvouwt. Onze manier om met onszelf, anderen en onze situatie om te gaan is ingegeven door onze lichamenlijke mogelijkheden, vaardigheden en gewoontes. Waar Merleau-Ponty minder oog voor heeft, is dat je altijd belichaamd bent op een bepaalde manier die je aan de wereld bindt. Of een subject mannelijk of vrouwelijk is, zwart of wit, dat is nogal een verschil. Bij Merleau-Ponty is “ik kan” sterk verbonden met hoe mensen door ziekte op een andere manier lichamenlijk betekenis geven aan hun wereld, maar er bestaan ook feministische lezingen van “ik kan”. Iris Young schrijft bijvoorbeeld over “*throwing like a girl*”. Mannen- en vrouwenlichamen

hebben, als het om het bewegingsapparaat gaat, ruwweg dezelfde anatomie. Maar kijk eens naar het verschil tussen hoe jongens en meisjes een bal gooien: jongens gooien met hun hele lijf, meisjes alleen met de onderarm en de pols. Vrouwen kunnen best met hun hele lijf gooien, maar in een seksistische samenleving leren ze hun lichaam af te sluiten. Ze moeten zichzelf beschermen, netjes zijn, weinig ruimte innemen. Young legt uit dat het “ik kan” bij veel vrouwen werkt als: het kan, maar ik kan niet. Ze beschikken wel over de spierkracht, maar de inhibitie zit in hun aangeleerde lichaamstaal. Klassieke denkers beschrijven het menselijk subject in zijn algemeenheid, zonder rekening te houden met verschillen in belichaming. Volgens Merleau-Ponty kun je uiteindelijk het meest wanneer je lichaam als het ware voor jezelf verdwijnt. Als je tijdens het fietsen gaat nadenken over hoe je op de pedalen trapt, val je om. Denkers als Young tonen aan dat het lichaam ook een sociale en historische betekenis heeft. Als vrouw in een wereld die

door mannen is geconstrueerd kun je je lijf niet voor jezelf laten verdwijnen, en dat beperkt je mogelijkheden.’

Hoe kan een arts zo’n belichaamde kijk in een consult verwerken?

‘Dat hangt van het moment in het behandeltraject af, en van de beslissingen die aan de orde zijn. Een patiënt met borstkanker krijgt bijvoorbeeld een heleboel opties voorgelegd. Borst volledig weghalen, niet weghalen, alleen een klein stukje weghalen, bestraling, reconstructie – opties waarvan de medische uitkomst ongeveer hetzelfde is, maar de cosmetische uitkomsten lopen uiteen. Artsen denken vaak dat vrouwen het cosmetisch beste resultaat belangrijk vinden – om weer twee mooie borsten te hebben. Maar uit interviews met patiënten bleek dat gevoel een onderbelichte factor is. Aan een borstbesparende operatie hou je maar een klein litteken over, heel keurig. Vrouwen zeiden echter: het voelt anders. Voor een arts is dat gevoel klinisch niet interessant: natuurlijk voelt bestraald weefsel anders, dat kan geen kwaad, daar hoeft u zich niet ongerust over te maken. Maar sommige vrouwen zijn wel degelijk ongerust. Als je last hebt van dat gevoel, is zo’n borstbesparende operatie voor jou geen goede keuze geweest. Je moet zoiets samen met een patiënt verkennen, adviseer ik artsen. Vraag niet alleen wat de patiënt wil, maar vraag: vindt u het belangrijk hoe uw borsten aanvoelen? Je moet dus een taal ontwikkelen waarin je alle dimensies van lichamenlijkheid meeneemt: cosmetiek, gevoel,

‘Zonder ledematen en zintuigen gebeurt er niet veel in de hersenen’



functioneren. Uiteindelijk beslist de patiënt, maar bij dat verkennen kun je hulp gebruiken.'

Borstkanker is somatisch, anders dan bij een SOLK als chronische vermoeidheid. Hoe kun je daarover spreken?

'Patiënten met SOLK zijn vaak wanhopig. Ze hebben chronische klachten, maar weten niet precies waar die vandaan komen. Veel patiënten hopen natuurlijk dat er toch iets in het bloed te zien is, of dat er sprake blijkt van een behandelbaar virus. Enerzijds is dat zoeken naar biomarkers terecht en begrijpelijk. Maar bij aanhoudende klachten moet je een nieuwe modus vivendi vinden. Hoe ga je je tot die klachten verhouden? Als de arts dan steeds het psychische beeld op de voorgrond plaatst, omdat er somatisch niks te vinden is, loop je het risico van psychologiseren. En dan is het goed om te kijken naar de taal van het "ik kan", in plaats van: wat heb ik in mijn lijf, wat kan ik met mijn lijf? Je probeert dus de lichamelijke subjectiviteit te verkennen.' Slatman zwijgt even. 'Tja, dat klinkt nog vaag. Ik wil ook niet pretenderen dat ik iets kan voorschrijven wat voor alle gevallen de lading dekt. Veel artsen willen dat ook. Artsen die goed met SOLK kunnen omgaan gebruiken tijdens een consult vaak metaforen. Bijvoorbeeld de elektriciteitsmetafoor: u hebt kortsluiting. Of: uw batterijen zijn leeg.'

Zijn we daarmee niet terug bij de 'homme machine'?

'Klopt, vaak zijn die metaforen heel mechanistisch: uw energie is op, u moet zichzelf opladen. Hoe moet dat – met een stekker of zo? Opvallend ook, want de westerse geneeskunde heeft helemaal geen goede theorie over energie. Wel als het over calorieën gaat, maar bij SOLK heb je het natuurlijk over iets anders dan een hongerklop. De Chinese geneeswijze heeft wel zo'n theorie over energie, maar ik geloof niet dat het heil van oosterse geneeswijzen moet komen. Die zijn minder gebaseerd op het *disease*-model, maar ik weet niet of ze ook het meest passende antwoord daarop zijn. Ik constateer vooral dat het concept "geest" in de westerse geneeskunde nog nooit iets heeft opgeleverd. Het zaait alleen maar verwarring. Ik wil het vervangen door een bredere opvatting van lichaam en lichamelijkeheid. Bioloog Midas Dekkers verwonderde zich erover dat filosofen die ontkennen dat de geest bestaat toch deel blijven uitmaken van de faculteit der geesteswetenschappen. Toch is dat niet zo tegenstrijdig. Je moet er toch niet aan denken dat biologen of neurologen ons gaan vertellen dat de geest niet bestaat? Dat is juist bij uitstek de taak van geesteswetenschappers!' ■