

De geest voorbij

Geesteswetenschappelijke reflecties op gezondheidszorg

Jenny Slatman

Inleiding

In zijn bijzonder vermakelijke boek over onze hedendaagse sportcultuur merkt de bioloog Midas Dekkers op dat filosofen die ontkennen dat de geest bestaat, deel blijven uitmaken van de faculteit der geesteswetenschappen (Dekkers, 2006, p. 24). Dat lijkt tegenstrijdig, maar dat is het niet. Want het kritisch analyseren van het idee van geest kan alleen overgelaten worden aan geesteswetenschappers. We moeten er toch niet aan denken dat biologen, of bijvoorbeeld hersenwetenschappers, ons gaan vertellen dat de geest niet bestaat. Zij kunnen ons wel vertellen wat de relatie is tussen de werking van onze hersenen en ons gedrag, maar of de geest wel of niet bestaat, dat kan hun meetapparatuur niet vaststellen. Het instrumentarium van de geesteswetenschappen – waaronder de culturele, de conceptuele, de normatieve en de epistemologische analyse – is daarentegen uitermate geschikt voor het kritisch onderzoeken van het concept en het idee ‘geest’.

Zelf ben ik overigens helemaal niet geïnteresseerd in de vraag of de geest nu wel of niet bestaat. Een van de dingen die ik in dit artikel naar voren wil brengen, is *dat het spreken over en van ‘de geest’* – of deze nu bestaat of niet – de gezondheidszorg meestal niet helpt om diverse gezondheidsproblemen adequaat

te benaderen.¹ Mijn voorstel is om het woord ‘geest’ te verbannen uit de gezondheidszorg en het te vervangen door een bredere opvatting van lichaam en lichamelijkeheid. Voordat ik in zal gaan op de problematiek van geest en lichaam, wil ik eerst in meer algemene termen stilstaan bij het belang van geesteswetenschappelijke reflecties op gezondheidszorg. Het vakgebied dat zich bezighoudt met dit soort reflecties kan het best met de Engelse term *Medical Humanities* aangeduid worden.

Ziek of gezond, een normatieve aangelegenheid

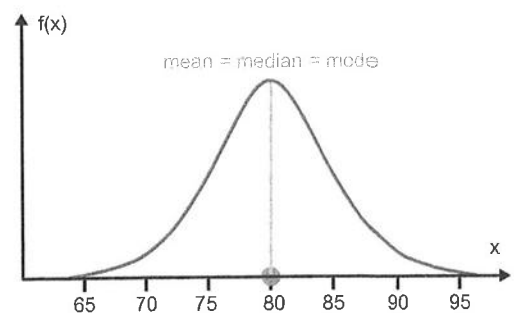
Ziekte en gezondheid gaan ons allen aan. We zijn over het algemeen zo vertrouwd met ziekte en gezondheid dat we er meestal niet echt bij stil staan wat we precies met ‘ziek’ of ‘gezond’ bedoelen. Om deze alledaagse vertrouwdheid te kunnen analyseren, moeten we er een afstand toe creëren, en moeten we bereid zijn om onze voorkennis en vooroordelen tussen haakjes te zetten. Omdat veel van onze kennis omtrent ziekte en gezondheid ons ingegeven is door de biomedische wetenschappen, moeten we ook die tussen haakjes zetten. Deze procedure komt aardig overeen met de oproep van de Duitse filosoof Husserl dat we tot ‘de zaken zelf terug moeten keren’ (Husserl, 1900-1901, p. 6).

Laten we dat proberen – terug naar de zaken zelf. In het algemeen lijkt ‘ziek’ het negatieve tegendeel van ‘gezond’. Als je gezond bent dan gaat het goed met je, maar als je ziek bent dan is er iets *mis*. Nu lijkt het in onze tijd bijna vanzelfsprekend dat de biomedische wetenschappen uitsluitel geven over wat er dan *mis* is. Iets in je lichaam dat niet meer goed functioneert of dat kapot is gegaan; een genetische afwijking; een ongenode bacterie die de boel uit evenwicht brengt; of een gebrek aan stoffen in je hersenen etc.

Toch kunnen de biomedische wetenschappen pas zeggen dat en hoe er iets mis is als er eerst vastgesteld is waar de grens ligt tussen mis-zijn en niet-mis-zijn. Deze grens tussen het pathologische of afwijkende enerzijds en het normale anderzijds, wordt nu echter niet zomaar door de biologie of de natuur bepaald. Het vaststellen van een dergelijke grens is mensenwerk. Mensen ‘produceren’ voortdurend normen ten aanzien waarvan verschijnselen geïnterpreteerd kunnen worden als ofwel normaal ofwel als pathologisch of afwijkend.

De term ‘normaal’ als tegenovergestelde van pathologisch lijkt van alle tijden. Niets is minder waar. De Griekse term ‘ortho’, evenals haar Latijnse vertaling ‘norma’ werd in de Oudheid gebruikt om een rechte hoek mee aan te duiden. De Canadese wetenschapsfilosoof Ian Hacking (1990) stelt dat door de opkomst en het gebruik van de statistiek in de 19e eeuw het idee van ‘normaliteit’ gevormd wordt binnen het domein van de menswetenschappen, en in het bijzonder de geneeskunde. Waar men voorheen nog sprak van de ‘menselijke natuur’, vanaf de 19e eeuw wordt het gangbaar om van ‘de normale mens’ te spreken, volgens Hacking (p. 161). Door de ontwikkelingen van de statistiek in de 19e eeuw gaat de term gebruikt worden om de symmetrische verdeling van fouten of van waardes aan te geven. Carl Friedrich Gauss had aan het einde van de 18e eeuw al laten zien dat meetfouten in de astron-

mie zich symmetrisch verdelen ten opzichte van een middelste waarde. Grafisch wordt dit verbeeld door een curve in de vorm van een symmetrische klok. Deze klokvormige grafiek (*bell curve*) wordt in 1877 door Francis Galton de ‘normaal verdeling’ genoemd (Hacking 1990, p. 184). Zoals algemeen bekend, vormt de ‘normaal verdeling’ één van de basis modellen van de huidige statistiek waarbij er dan dus vanuit wordt gegaan dat de meeste data of uitkomsten zich normaal verdelen, dit wil dan zeggen dat het gemiddelde van de uitkomsten samenvalt met de modus (de uitkomst die het vaakst voorkomt) en de mediaan (de middelste uitkomst).²



Grafische weergave normaalverdeling

De Belgische statisticus, astronoom, wiskundige en socioloog Alphonse Quetelet was de eerste die het model van de normaalverdeling – ook al gebruikte hij de term ‘normaal verdeling’ nog niet – ging toepassen op fysieke eigenschappen van mensen. Toen hij de uitkomstmaten kreeg van de meting van de borstomvang van zo’n 5000 Schotse soldaten kwam hij erachter dat deze in een mooie klokvormige curve te passen waren. Quetelet lijkt het statistische gemiddelde echter niet enkel als een wiskundig construct te zien. Nee, hij ziet het gemiddelde als een ideale werkelijkheid. *L’homme moyenne* – de mens die de incarnatie is van gemiddeldes (binnen zijn of haar populatie) is volgens Quetelet de beste, de mooiste, de meest ideale mens (Porter, 1986, p. 102-104). Een nogal paradoxale opvatting simpelweg omdat niet iedereen gemiddeld kan zijn, omdat het gemiddelde

n het woord
ndheidszorg
edere opvat-
eid. Voordat
ek van geest
er algemene
van geestes-
gezondheids-
bezighoudt
best met de
s aangeduid

e
llen aan. We
trouwd met
meestal niet
met ‘ziek’ of
ledaagse ver-
ren, moeten
moeten we
en vooroor-
Omdat veel
en gezond-
biomedische
k die tussen
komt aardig
uitse filosoof
f terug moe-
s. 6).

rk, zomer 2018

altijd gerelateerd is aan de spreiding in een populatie. Maar wat deze opvatting al wel laat zien is dat het descriptieve gebruik van de normaal verdeling in de statistiek makkelijk een normatieve lading krijgt. Bovendien geeft Quetelet met zijn ideaal van de 'gemiddelde mens' aan dat de statistische standaarddeviatie wat hem betreft opgevat kan worden als een natuurlijke deviatie. Mensen die niet gemiddeld zijn, wijken af, zijn niet normaal. De merkwaardige gedachtegangen van Quetelet mogen tot het verleden behoren, we spreken vandaag de dag nog altijd en met veel graagte van de Quetelet-index. Een andere term hiervoor is Body Mass Index (BMI). Deze kun je berekenen door je lichaamsgewicht te delen door je lengte in het kwadraat. De norm voor gezond gewicht is vastgesteld op een BMI tussen de 18,5 en 25.³ Dat is nu eenmaal zo afgesproken. Zit je daar boven of onder, dan wijk je af van de norm, dan is er iets *mis*.⁴

Een ander voorbeeld: Sinds november 2017 zijn er opeens veel meer Amerikanen waar iets *mis* mee is. De *American Heart Association* heeft namelijk de norm voor te hoge bloeddruk bijgesteld. Waar deze eerst 140/90 was, is deze nu 130/80. De reden hiervoor is dat men de verhoging van bloeddruk eerder wil aanpakken (ACC, 2017). Het gevolg van deze bijstelling is dat nu ongeveer de helft van de Amerikaanse bevolking een te hoge bloeddruk heeft. Dit is uiteraard fantastisch nieuws voor mensen met aandelen in de bloeddrukverlagende pillenindustrie

De grens tussen ziek en gezond kan ook getrokken worden door het gebruik van de verschillende classificatiesystemen binnen de gezondheidszorg. Zo is homoseksualiteit lange tijd geclassificeerd als een psychiatrische aandoening en werd zij pas 'ziekte-af', of veranderde zij van pathologisch naar normaal, in 1974 toen zij verdween uit de DSM, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Scully, 2004). Ondertussen hebben we er wel heel veel andere 'ziektes' bijgekregen – en zeker niet alleen psychiatrische aan-

doeningen. Bijvoorbeeld osteoporose of botontkalking. Dit werd in 1994 door de Wereld Gezondheidsorganisatie erkend als een ziekte (WHO, 1994). Daarvoor werd het proces van botontkalking over het algemeen gezien als een natuurlijk verouderingsproces.⁵

Normen over wat als ziek en wat als gezond te beschouwen, zijn dus nogal aan verandering onderhevig, en worden telkens bijgesteld. Bij dit bijstellen speelt voortschrijdend inzicht binnen de medische wetenschappen zeker een rol, maar dit kan nooit los gezien worden van culturele, economische en politieke overwegingen.

Een ander voorbeeld van een expliciete norm welke nu ter discussie staat, en wellicht aangepast gaat worden, is de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) welke werd opgesteld in 1998. Volgens deze norm zouden alle mensen 30 minuten per dag matig intensief moeten bewegen. De Gezondheidsraad, het belangrijkste adviesorgaan dat de Nederlandse overheid informeert ten aanzien van kwesties rondom gezondheid en gezondheidszorg, bracht eind zomer 2017 advies uit om deze norm bij te stellen. De bijstelling van deze norm naar 2,5 uur matig intensief bewegen verdeeld over de hele week, waarbij tuinieren en traplopen ook meetellen, is voortgekomen uit het gegeven dat onderzoek niet heeft kunnen aantonen dat matig intensief bewegen pas effectief is als je dit langer dan 10 minuten achter elkaar doet. Kortdurende activiteiten kunnen net zo goed bij elkaar opgeteld worden. Pim van Gool, voorzitter van de Gezondheidsraad denkt bovendien dat de nieuwe norm 'minder ontmoedigend' is (Visser, 2017). Deze laatste opmerking illustreert mooi de meerduidige betekenis van een norm. Het volgen van de norm heeft te maken met wat wordt gezien als normaal. De term normaal is normatief wanneer zij aangeeft wat *goed is/zou zijn* om te doen. Binnen de statistiek heeft normaal echter ook een descriptieve betekenis. De term verwijst dan naar het gemiddelde en de daarbij horende spreiding (standaard-

deviatie).⁶ Als het voor een groot deel van de bevolking niet mogelijk is om aan een norm te voldoen, dan zorgt het bijstellen van de norm naar beneden ervoor dat er in ieder geval meer mensen 'normaal' kunnen zijn.⁷

BMI, bloeddrukwaardes, de bewegingsnorm, en ziekteclassificaties zijn expliciet vastgestelde gezondheidsnormen. Veel normen ten aanzien van ziekte en gezondheid zijn echter helemaal niet zo duidelijk terug te leiden tot duidelijke afspraken. Zij worden gevormd en bevestigd door de manieren waarop wij dingen *doen*. In 2013 verzweg de Franse minister Dominique Bertinotti dat ze borstkanker had en ging gewoon door met haar werk terwijl ze met chemokuren werd behandeld (Van Renterghem, 2013). Toen ze naderhand bekend had gemaakt dat ze voor kanker was behandeld, werd ze zowel bejubeld als bekritiseerd. Bejubeld omdat ze zo dapper met haar ziekte was om gegaan, bekritiseerd omdat ze door haar manier van doen de gangbare norm voor ziekteverlof problematiseert. Haar manier van doen zou er zomaar toe kunnen leiden dat mensen met gelijksoortige aandoeningen niet meer vanzelfsprekend ziekteverlof kunnen opnemen.

Dat onze handelingen, inclusief onze taalhandelingen, niet neutraal maar normatief – norm-vormend, of norm-bevestigend – zijn wordt op scherpe wijze verwoord door de filosoof Judith Butler (1993). Dit 'doen' dat leidt tot sociale betekenisvolle normen – zoals de norm voor vrouw-zijn of man-zijn – duidt Butler aan met de term performativiteit. Zij verwijst hier naar John Austins (1962) idee dat dat er taalhandelingen (*speech acts*) zijn die niet slechts iets beschrijven, maar die iets tot stand brengen als je ze uitspreekt. Bijvoorbeeld als ik zeg 'ik beloof je dat ik morgen bel', dan beschrijf ik geen belofte, maar door mijn uitspraak creëer ik een belofte. Belangrijk om hierbij op te merken is dat performativiteit volgens Butler niet zozeer bestaat uit bewuste, weloverwogen (taal)handelingen, maar eerder uit het herhalen en citeren van

al rondcyclerende manieren, gewoontes en uitspraken. Butler zegt: 'Gender is always a doing, though not a doing by a subject who might be said to preexist the deed [...] there is no 'being' behind doing, effecting, becoming; the 'doer' is merely a fiction added to the deed – the deed is everything' (Butler, 1999: p. 33). Normen ten aanzien van ziekte en gezondheid worden ook telkens bevestigd en bijgesteld door onze (taal)handelingen, zonder dat we daar over het algemeen veel over nadenken. Ook in het geval van Dominique Bertinotti gaat het niet om het opzettelijk aan de kaak stellen van een norm. Bertinotti heeft er waarschijnlijk wel bewust voor gekozen om haar ziekte op een bepaalde manier te 'doen' (namelijk: het niet delen met anderen, en het doorgaan met werken). Maar zij heeft er niet mee bedoeld dat anderen nu een voorbeeld moeten nemen aan haar manier van 'doen'.

Het 'doen' van een ziekte op een bepaalde manier, zeker als men een bekend persoon is, kan leiden tot een verandering van de norm. Het kan leiden tot een andere visie op wat nog als ziekte wordt gezien en wat niet. Als ziekte wordt gezien als een toestand waardoor we vrijgesteld worden van maatschappelijke plichten, dan zou het kunnen dat borstkanker minder als een ziekte wordt gezien.⁸

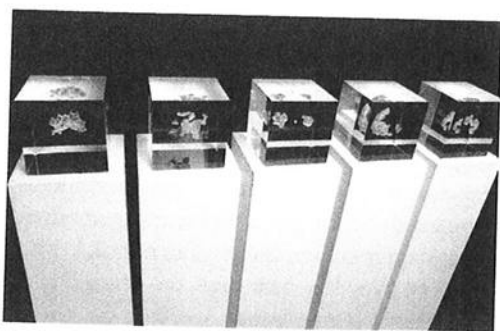
Het ontrafelen van normatieve dimensies

Ziek-zijn of gezond-zijn zijn toestanden die hun betekenis ontleenen aan de culturele, economische en sociale context waarbinnen mensen samenleven. Omdat wij zelf onderdeel zijn van deze context en deze ook zelf mede vorm geven, nemen wij haar meestal als vanzelfsprekend aan. Kerntaak van *Medical Humanities* is nu juist om de verschillende contexten waarin ziekte en gezondheid hun betekenis krijgen te expliciteren. Door het ontrafelen van de context met haar normatieve dimensie kunnen de fenomenen ziekte en gezondheid beter begrepen worden, en kan er ook kritisch gekeken worden naar hoe de gezondheidszorg en de geneeskunde werken, en hoe zij eventueel verbeterd kunnen worden.

Deze context is te analyseren door het bestuderen van allerlei menselijke praktijken en de producten die deze praktijken voortbrengen. Hier kunt u denken aan verschillende vormen van kennis, voorschriften en regels, technologieën, maar ook beelden, verhalen, metaforen, en rituelen. Omdat de *Medical Humanities* zich juist op al die verschillende producten en praktijken richt, maakt ze gebruik van verschillende aanpakken en methodes uit de verschillende disciplines van de geesteswetenschappen: geschiedenis, filosofie, ethiek, religiestudies, literatuur- en cultuurwetenschappen, taalwetenschappen en antropologie. *Medical Humanities* zal zich dan ook moeten ontwikkelen als een interdisciplinair vak.

Hoe mensen zichzelf zien, verbeelden en beschrijven als mensen

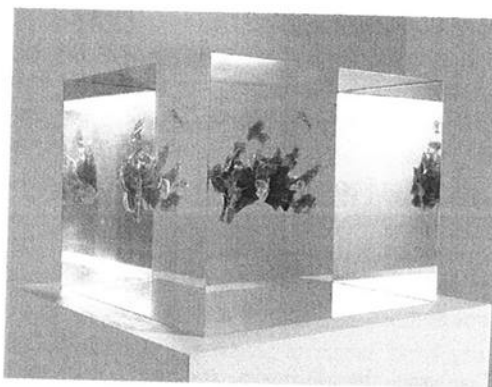
Als wijsgerig antropoloog, die steeds meer opgeschoven is naar de medische antropologie, ben ik zelf voornamelijk geïnteresseerd in de vraag hoe mensen zichzelf begrijpen als mens, en dan specifiek als mens die ziek of gezond kan zijn. Hiervoor onderzoek ik hoe opvattingen over lichaam en geest zich manifesteren in kunstwerken, in het ontwikkelen en gebruiken van allerlei technologieën, en in de verschillende manieren van spreken en redeneren.⁹ Ik zal nu eerst ingaan op wat we over ons zelf kunnen leren door de interpretatie van een hedendaags kunstwerk. Daarna zal ik dieper ingaan op manieren van spreken en redeneren, en laten zien hoe woorden niet enkel beschrijven of benoemen. Woorden die wij gebruiken om ons zelf te beschrijven



Sense 2001-2003 (© Annie Cattrell)¹⁰

en te begrijpen, creëren ook onze werkelijkheid. Woorden zoals 'lichaam' en 'geest' creëren, filosofisch gezegd, de ontologie van de medische praktijk, en dicteren daarmee ook in grote mate hoe er wordt gehandeld in die praktijk.

Het werk *Sense* van Annie Cattrell bestaat uit vijf harssculpturen, welke samen de vijf zintuigen uitbeelden (gemaakt tussen 2001 en 2003). Het gaat om lichtbruine harsvormen die in blokken van doorzichtig hars zitten geklonken. De transparante blokken (25cmx-25cm25cm) staan op sokkels zodat de beelden op ooghoogte staan, en men zich er zelfs een beetje in kan spiegelen. Ook het licht van de omgeving reflecteert er in.



Seeing 2011 (© Annie Cattrell)

De bruine harsvormen zijn gemaakt door het 3-D-printen van data die verkregen zijn door een fMRI scan (*functional magnetic resonance imaging*) van de hersenen. Als we bijvoorbeeld kijken naar de kubus *Seeing* dan verbeeldt de bruine harsvorm de vorm van dat deel van de hersenen (van een bepaalde proefpersoon) dat actief is tijdens kijken en zien. Een fMRI kan een dergelijk beeld genereren omdat het kan meten in welk gebied van de hersenen op dat moment toevoer is van zuurstofrijk bloed. Het beeld van Cattrell maakt zo heel tastbaar wat er op een bepaald moment bij een bepaald persoon in de hersenen gebeurt wanneer deze persoon zijn of haar ogen gebruikt. De vijf verschillende beelden geven zo aan

dat de
tijdens
tuigen
in gro
maal i
trels
ogenb
Het li
erin g
ment
Bijna
delijk
is om
zeker
doen,
kunst
(Alba
beeld
teit pl
den s
waari
De be
voor
er al i
terie
zoude
prete
Nu b
maar
'voor
leider



Sense

Zelf
maar
een l
domi
is te
die ir

Waar

dat de delen van de hersenen die actief zijn tijdens het gebruik van de verschillende zintuigen telkens anders zijn en ook verschillen in grootte. De enorme wirwar van wat er allemaal in de hersenen gebeurt, wordt door Cattrells werk stil gezet, gevangen in een enkel ogenblik, met een focus op één enkele plek. Het lijkt wel of de transparante harsblokken erin geslaagd zijn om de vluchtigheid van de mentale activiteit van waarnemen te vangen. Bijna sprookjesachtig, zoals de Grote Vriendelijke Reus (GVR) van Roald Dahl in staat is om dromen te vangen. Het is Cattrell ook zeker om de schoonheid van zo'n beeld te doen, maar er is meer dan dat. Zelf spreekt de kunstenaar van 'the physicality of thought' (Albano, Arnold, & Wallace, 2002, p. 38). De beelden verbeelden dus niet enkel waar activiteit plaats vindt in de hersenen. Nee, de beelden suggereren dat mentale activiteit, zoals waarnemen, *hetzelfde* is als hersenactiviteit. De beelden lijken geen ruimte meer te laten voor iets niet-materieels, iets geestelijks. Als er al iets geestelijks was dan is dat nu tot materie verhard door de 3-D printtechniek. We zouden dit kunstwerk dan ook kunnen interpreteren als een vorm van geestuitdrijving. Nu ben ik helemaal voor geestuitdrijving, maar zoals ik straks zal uitleggen vind ik het 'voorbij gaan aan de geest' door alles terug te leiden tot hersenactiviteit niet erg adequaat.



Sense detail (© Annie Cattrell)

Zelf denk ik overigens niet dat dit werk zomaar geïnterpreteerd moet worden als zijnde een bevestiging van het hedendaagse, nogal dominante idee dat alles tot hersenactiviteit is te herleiden. De grote mate van spiegeling die in dit werk zit, lijkt juist weer het ongrijp-

bare van de vastgeklonken hersenactiviteit te accentueren. We zouden kunnen zeggen dat Cattrells werk laat zien dat zelfs als we de informatie afkomstig van heel geavanceerde meetapparatuur heel serieus nemen, dat we dan beelden krijgen waarvan de betekenis ons ontglipt.

Kunstwerken zoals deze geven vaak uitdrukkelijk aanleiding tot reflectie op onszelf en ons wereldbeeld.¹¹ Alledaags en gangbaar taalgebruik daarentegen roept minder op tot reflectie. Maar de manier waarop mensen zichzelf opvatten kunnen we ook terugvinden in allerlei hedendaagse uitspraken. Toen de stervoetballer Edgar Davids in 2001 van dopinggebruik werd verdacht verdedigde hij zichzelf met de volgende uitspraak: 'Ik heb nooit enige smerigheid gebruikt. Zelfs als ik verkouden ben, gebruik ik geen middelen. Ik heb maar één lichaam en dat is het huis van mijn geest. Ik hecht daar veel waarde aan' (BELGA, 2001). Interessant om hierbij op te merken is dat Davids het blijkbaar geen probleem vindt om keiharde tackles te ontvangen met het huis van zijn geest.

Het lichaam als 'huis van de geest', of nog mooier, als 'tempel van de geest' is een eeuwenoude metafoor, maar wordt nog steeds door meniggeen gebruikt om aan te geven hoe hij of zij zichzelf ziet. Als je je lichaam als een huis of tempel ziet, dan kan dat aanleiding zijn om goed voor je eigen lichaam te zorgen, of zoals de Bijbel het voorschrijft, om God eer te bewijzen met je lichaam.¹² Anders wordt het als je je lichaam ziet als een gevangenis voor je geest of ziel. Dat is de metafoor die Plato introduceerde (Phaedo, 82e). Daar waar een tempel een geriefelijke plaats is om te verblijven, is de gevangenis een plaats waar je beter niet kunt zijn.

Het onderscheid tussen lichaam en geest

Wat de metaforen van tempel en gevangenis gemeen hebben is dat ze beide uitgaan van het idee dat het lichaam een omhulsel is van een dieper 'ik' of 'zelf', dat in de oudheid vaak met

geest of ziel werd omschreven, en sinds de 17e eeuw met geest of psyche.¹³ In de Westerse traditie, en daar beperk ik mij nu toe, is het heel gebruikelijk dat wij mensen onszelf begrijpen als wezens die bestaan uit twee dimensies, of twee gedeeltes: één lichamenlijk en één geestelijk. Deze tweedeling zien we vandaag de dag nergens zo duidelijk terug als in de westerse geneeskunde en gezondheidszorg.

Vaak wordt er naar de Franse 17e-eeuwse filosoof Descartes verwezen als het gaat om het hardnekkige idee dat mensen een lichaam en een geest hebben. Nu is het ook zeker zo dat Descartes de eerste was die lichaam en geest als twee verschillende substanties zag. Een substantie betekent datgene dat op zichzelf kan bestaan, onafhankelijk van iets anders. Volgens Descartes moeten we de lichamenlijke substantie, de *res extensa*, onderscheiden van de denkende substantie, de *res cogitans*. Het interessante is nu juist dat het verschil tussen de twee bij Descartes op een heel specifiek moment aan het licht komt. Descartes stort zichzelf in een radicaal gedachtenexperiment, een radicale meditatie, waarbij hij nagaat aan welke zaken hij kan twijfelen. Hij komt dan op een gegeven moment tot de conclusie dat hij aan alles kan twijfelen: zintuiglijke kennis, gevoel van het eigen lichaam, wiskundige kennis en zelfs aan God. Het enige waaraan hij niet kan twijfelen is over zijn eigen bestaan als twijfelend ik. Dit twijfelende ik, dat gelijk staat aan het denkende ik, is het enige dat onbetwifelbaar is (Descartes, 1641, AT, VII, p. 25). Wanneer Descartes zich dan vervolgens afvraagt wat dit onbetwifelbare ik is, dan moet hij vaststellen dat dit niet iets materieels kan zijn omdat er aan de materiele werkelijkheid altijd getwijfeld kan worden. Het verschil tussen lichaam en geest, als het verschil tussen het materiele en uitgebreide enerzijds en het niet-materiele en niet-uitgebreide anderzijds, is dus afgeleid van het onderscheid tussen betwifelbaar en onbetwifelbaar. Voor Descartes is het onderscheid tussen lichaam en geest dan ook geen onderscheid dat je zomaar in het dagelijkse leven

tegenkomt. Je komt het alleen tegen als je je terugtrekt in een diepe filosofische meditatie. En dat, zo schrijft hij in een beroemde brief aan Prinses Elisabeth van de Palts, dat is iets dat je misschien één keer in je leven zou moeten doen, maar niet vaker, want dat is alleen maar schadelijk voor een mens (Descartes & Van de Palts, 1643, p. 40).

Kortweg, het dualisme zoals Descartes beschrijft, is eigenlijk geen echt probleem. Het is een probleem dat gecreëerd is door de filosofie. Zo maken filosofen wel vaker problemen waar er eerst helemaal geen waren. Maar het bijzondere van dit filosofische probleem – dat overigens binnen de filosofie al helemaal niet meer zo als probleem wordt gezien, zoals ik straks zal uitleggen – is dat het een echt bestaand probleem is geworden binnen de gezondheidszorg. Het spreken van een onderscheid tussen lichaam en geest heeft ertoe geleid dat er binnen de gezondheidszorg ook echt vanuit wordt gegaan dat er in de realiteit zo'n onderscheid is: dat mensen daadwerkelijk uit een stukje lichaam en een stukje geest zouden bestaan. De opvatting van een dergelijk gespleten realiteit brengt nogal wat problemen met zich mee. Laat ik dit uitleggen aan de hand van het fenomeen SOLK.

Een heikele kwestie

SOLK staat voor somatisch onverklaarde lichamenlijke klachten. Het kan hier gaan om allerlei verschillende klachten uiteenlopend van verlamningsverschijnselen, tot hoofdpijn, gewrichtspijn, prikkelbare darm, vermoeidheid, duizeligheid en oorsuizen. Allemaal klachten die aan den lijve worden ondervonden, maar waarbij artsen geen lichamenlijke oorzaak kunnen vinden, ook niet na allerlei bloedtesten of scans. Hoe vaak deze klachten voorkomen is niet helemaal duidelijk, maar er wordt wel gezegd dat zo'n 40% van de gevallen die een huisarts ziet binnen deze categorie valt (Steinbrecher, Koerber, Frieser, & Hiller, 2011). Nu is het gelukkig zo dat een groot deel van die klachten ook wel weer redelijk snel vanzelf verdwijnt.

Problema
chronisch
is daar ee
len wordt
Myalgisch
ME patië
helemaal
dat er we
aan te wij
zomaar h
heid, omd
symptome
gebruikel
werd erke
De meest
tënten wa
rapie, waa
duidelijk d
probleem
somatisch
gelijke aa
Een grote
die, die in
zaghebber
rapporteer
therapie in
effectieve
sten van c
feld, en na
geven blijk
zijn in deze
Nederland
weinig aar
deze 'PACI

Binnen pa
Voor hen
kennis en
aanzien va
tieke strijd
van het bi
overheid ir
dracht om
het opstelle
werd er e
Gezondhei
al weer mi

Problematisch wordt het als deze klachten chronisch worden. Chronische vermoeidheid is daar een voorbeeld van. In sommige gevallen wordt chronische vermoeidheid ook wel Myalgische Encefalomyelitis (ME) genoemd. ME patiënten vinden zelf overigens dat ME helemaal geen SOLK is, omdat zij menen dat er wel degelijk een lichamelijke oorzaak aan te wijzen is. Ook vinden zij dat ME niet zomaar hetzelfde is als chronische vermoeidheid, omdat vermoeidheid slechts één van de symptomen van ME is. Tot nu toe was het vrij gebruikelijk dat ME in Nederland niet echt werd erkend als een somatische aandoening. De meest voorgestelde therapie voor ME patiënten was tot nu toe cognitieve gedragstherapie, waarmee er volgens ME patiënten heel duidelijk de boodschap wordt gegeven dat het probleem 'tussen de oren' zou zitten en niet somatisch is. Dat behandelaars voor een dergelijke aanpak kozen is niet verwonderlijk. Een grote studie, de zogenaamde PACE studie, die in 2011 gepubliceerd werd in het gezaghebbende *The Lancet* (White et al., 2011) rapporteerde namelijk dat cognitieve gedragstherapie in combinatie met bewegen de meest effectieve aanpak is bij ME. Echter, de uitkomsten van deze studie worden ernstig betwist, en nadat de data onlangs werden vrijgegeven blijkt er inderdaad nogal gerommeld te zijn in deze studie – een heuse PACE-gate.¹⁴ In Nederland leek er binnen de medische wereld weinig aandacht geschonken te worden aan deze 'PACE-gate' (Faas, 2017).

Binnen patiëntenorganisaties des te meer. Voor hen is de onduidelijkheid over hoe er kennis en evidentie wordt geproduceerd ten aanzien van ME juist de inzet van een politieke strijd. Naar aanleiding van een petitie van het burgerinitiatief 'Erken ME' gaf de overheid in 2015 de Gezondheidsraad de opdracht om met een advies te komen omtrent het opstellen van richtlijnen voor ME. In 2016 werd er een commissie ingesteld door de Gezondheidsraad, maar daar ging het direct al weer mis. Volgens de projectgroep 'ME is

geen SOLK' zitten er namelijk te veel mensen uit de GGZ en SOLK deskundigen in de commissie en geen (internationale) ME specialisten. Zij startte daarom een petitie met als eis om de samenstelling van de commissie te wijzigen.

Het bepalen van wat ziekte is, kan dus ook een politieke aangelegenheid zijn. Enfin, ruim 10.000 mensen hebben de petitie ondertekend en op 18 september 2017 werd deze aangeboden aan de voorzitter van de Gezondheidsraad.¹⁵ De petitie leidde evenwel niet tot een verandering in de samenstelling van de commissie. Op 19 maart 2018 publiceerde de Gezondheidsraad haar advies (Gezondheidsraad, 2018). Het positieve van het nieuwe advies is dat ME nu daadwerkelijk wordt erkend als een echte (en vaak zeer ernstige) ziekte. Toch komt er met dit advies geen einde aan het geharrewar. Één van de commissieleden, de medisch psycholoog die groot voorstander van cognitieve gedragstherapie is, trok zich vlak voor publicatie van het advies terug uit de commissie omdat hij zich niet kon vinden in het advies. Daarnaast is er in het advies ook nog een minderheidsstandpunt weergegeven van de oud-voorzitter van de patiëntenvereniging. Hierin staat de nodige kritiek op het advies. Allereerst moet het niet om ME/cvs gaan, maar om ME. Ook zou het advies niet duidelijk genoeg ontkennen dat ME psycho-geen van aard zou zijn, en nog steeds wordt de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie veel te rooskleurig ingezien. Er zou veel meer aandacht moeten komen voor biomedisch onderzoek naar ME. Zo zien we dat de loopgraven oorlog tussen de 'het is een psychologisch probleem'-aanhangers en de 'het is een somatisch probleem'-aanhangers nog niet beslecht is.

Ik vermoed dat deze strijd rond ME nog lang niet gestreden is. En eerlijk gezegd denk ik ook dat we niet zo snel uit deze impasse komen als er niet anders over lichaam en geest gedacht gaat worden.

Psychologisering en neurologisering

In mijn nieuwe onderzoeksproject, *Mind the Body: Rethinking embodiment in healthcare*, vormt ME, en SOLK in het algemeen, een belangrijke casus.¹⁶ Het is overigens geenszins mijn bedoeling om hier te gaan onderzoeken wie er nu eigenlijk 'gelijk' heeft in dit virulente debat. Ook ben ik niet primair geïnteresseerd welke therapievormen het beste werken. Laten we ook hier liever eerst een pas op de plaats maken, en 'terugkeren naar de zaken zelf'. Laten we kijken hoe er in het debat en in de praktijk gesproken en gedacht wordt.

De strijd om SOLK, en ME specifiek, betreft eigenlijk een strijd om verklaringsmodellen. De term SOLK geeft daarbij direct de toon aan. Het gaat immers om somatisch onverklaarde lichamelijke klachten. Maar dat iets somatisch onverklaard is, weerhoudt dokters en therapeuten er in het algemeen niet van om toch maar heel snel een verklaring te geven, gebaseerd op de eenvoudige gevolgtrekking: 'Het is niet somatisch dus het moet wel psychisch zijn'. Dat er een psychische oorzaak voor de lichamelijke klacht moet zijn, wordt dus nooit direct vastgesteld, maar enkel via de omweg van de negatie. Wat uit een dergelijke verklaringslogica blijkt is dat er hardnekkig wordt vastgehouden aan een onderscheid tussen het psychische en het lichamelijke, waarbij heel duidelijk omlind is wat er onder lichamen wordt verstaan en waarbij het psychische eigenlijk een soort restcategorie wordt. Een dergelijke redenering kunnen we al terugvinden bij Descartes, aldus de Britse filosoof Gilbert Ryle.

Als Descartes het over het onderscheid tussen lichaam en geest heeft, en omschrijft wat de geest inhoudt, dan zegt hij in feite dat de geest alles is wat het lichaam *niet* is. De geest is *niet*-uitgebreid; je kunt er *geen* fysieke kenmerken

datgene wat we niet
kunnen duiden in het
biologische vocabulaire
moeten we niet klakkeloos
'geest' noemen

aan toedichten; zij is *niet*-voorstelbaar. Als het lichaam bij Descartes een mechanische machine is, dan is de geest een 'spectral machine', zo zegt Ryle (1949, 21). Eigenlijk iets heel mysterieus. Maar wat nog veel vreemder is, is dat terwijl medici vaak uitgaan van een strikt onderscheid tussen lichaam en geest, ze het ook heel vanzelfsprekend vinden dat die enkel negatief-gedefinieerde geest wel een heel duidelijke uitwerking kan hebben op het lichaam. Dat is immers de meest gehoorde verklaring bij SOLK en ME: je lichamelijke klachten worden veroorzaakt door je psyche of je geest. Deze manier van verklaren kunnen we aanduiden als psychologisering. Bij psychologisering wordt er eigenlijk vanuit gegaan dat er, in de woorden van Ryle, sprake is van een 'ghost in the machine' (p. 23), een niet te vatten spookachtig iets dat de machine aanstuurt. Psychologisering is, vanuit filosofisch perspectief, dan ook geen erg heldere verklaring: omdat totaal niet duidelijk is hoe een immateriële substantie (het spookachtige) kan inwerken op de materiële substantie (het lichaam als machine) blijft er meer onopgelost dan dat er verklaard wordt.

Om meer helderheid te bieden, stel ik voor om ons te ontdoen van het spook. Wat ik hiermee bedoel is dat we datgene wat we niet kunnen duiden in het biologische vocabulaire niet klakkeloos 'geest' moeten noemen. Laten we ophouden om die term te gebruiken. In de geschiedenis van de filosofie vindt er al heel snel na Descartes een soort 'geestverdrijving' plaats. De 18e-eeuwse filosoof Julien Offray de La Mettrie stelt dat Descartes helemaal gelijk heeft als hij het menselijk lichaam een machine noemt. De enige fout die Descartes maakte, volgens La Mettrie, is dat hij naast dat lichaam ook nog een geest veronderstelde. Volgens La Mettrie is de mens als geheel – inclusief al haar cognitieve capaciteiten – een machine – *L'homme*

machine.
volgens
chanisch
onze tijd
de mens
tenschap
ons brei
ternatio
manier v
sering n
we kunn
van de g
geenszir
wil gaan

De tend
terug in
om psyc
hierbij a
ring van
worden
mitter s
binnen S
ring in o
'Amygda
aan mei
of ME. I
van de
worden
plekje di

De verk
worden
hersener
en zelfs
verklarir
helderde
minder s
ervaren.

Door ne
voorbij
stigmati
de verk
achter o
Het pro
als neur
uitgaan

machine. Alles in het menselijk bestaan kan volgens hem teruggeleid worden tot de mechanische werking van deze machine. In onze tijd wordt deze materialistische kijk op de mens vooral uitgedragen door hersenwetenschappers die met oneliners zoals 'Wij zijn ons brein' of 'You are your synapses' de internationale boekenmarkt veroveren.¹⁷ Deze manier van redeneren kunnen we neurologisering noemen. Neurologisering, zo zouden we kunnen zeggen, impliceert het elimineren van de geest. Zoals ik zo dadelijk uitleg is dit geenszins de manier waarop ik zelf voorbij wil gaan aan de geest.¹⁸

De tendens tot neurologisering zien we ook terug in de gezondheidszorg, zeker als het om psychiatrische aandoeningen gaat. Denk hierbij alleen al aan de vaak gebezigde verklaring van depressie: depressie zou veroorzaakt worden door een tekort aan de neurotransmitter serotonine in de hersenen. Maar ook binnen SOLK- en ME-kringen is neurologisering in opmars: zo zijn er therapeuten die een 'Amygdala Retraining Program' aanbieden aan mensen met chronische vermoeidheid of ME. Het idee hier achter is dat de oorzaak van de vermoeidheid of ME gezocht moet worden in een ontregelde amygdala – een plekje diep in de hersenen (Gupta, 2010).

De verklaring dat je klachten veroorzaakt worden door een bepaalde disbalans in je hersenen is voor veel mensen vaak prettiger en zelfs troostrijker dan een psychologische verklaring. De neurologische verklaring lijkt helderder en objectiever, en wordt vaak als minder stigmatiserend en minder persoonlijk ervaren.¹⁹

Door neurologisering kunnen we de geest voorbij gaan – kunnen we het onduidelijke, stigmatiserende, en filosofisch onbevredigende verklaringsmodel van psychologisering achter ons laten. Toch vind ik dat geen optie. Het probleem van zowel psychologisering als neurologisering is namelijk dat zij beide uitgaan van een zeer mager begrip van licha-

melijkheid. De psychologiserende verklaring gaat uit van het Cartesiaanse idee dat het lichaam een soort machine is, en aangestuurd wordt door de geest. Het lichaam is daarmee gereduceerd tot een vrij passief ding of object. De neurologiserende verklaring kalft het lichaam nog meer af. Het enige wat nog een rol lijkt te spelen is het centrale zenuwstelsel, of eigenlijk alleen de hersenen, waarbij er helemaal niet meer wordt gekeken naar het lichaam waarin die hersenen functioneren.

Een breder begrip van lichamelijke

Zolang er binnen de gezondheidszorg uit wordt gegaan van zo'n beperkt begrip van lichamelijke, zullen veel voorkomende gezondheidsproblemen als SOLK, maar ook depressie en obesitas, hardnekkige problemen blijven. In mijn werk pleit ik er daarom voor om een ruimere opvatting van lichamelijke te ontwikkelen die ook toegepast kan worden binnen medische praktijken. Hierbij laat ik mij inspireren door het denken van filosofen en antropologen die duidelijk hebben gemaakt dat, als we willen begrijpen hoe kennis tot stand komt, en waarom mensen handelen zoals ze handelen, dat we er dan we er niet zomaar vanuit kunnen gaan dat daar zo iets als een rationele geest aan ten grondslag ligt. Een beter vertrekpunt is om te kijken naar mensen zoals ze concreet zijn, dat wil zeggen als belichaamde sterfelijke wezens, die zich altijd in een bepaalde situatie en sociale context bevinden waardoor ze gevormd en gedetermineerd worden, maar die ook altijd bepaalde mogelijkheden hebben om met die situatie om te gaan.

De Franse filosoof Maurice Merleau-Ponty schreef in 1945 al dat de mogelijkheden van de mens om met haar of zijn situatie om te gaan, om er betekenis aan te geven, niet gebaseerd zijn op een *cogito*, een 'ik denk', zoals Descartes en Kant beweerden, maar op een 'ik kan' (Merleau-Ponty, 1945). Hiermee geeft hij aan dat onze manier om te gaan met onszelf, met onze situatie, met anderen, primair is ingegeven door onze lichamelijke

mogelijkheden, vaardigheden en gewoontes. Ons lichaam, zo zegt hij daarom, moet dan ook niet enkel opgevat worden als een object, maar juist ook als een subject: een subject dat de wereld ontsluit, een subject waarvoor de wereld zich ontvouwt. Dit idee van het subject als belichaamd, in plaats van iets dat onlichamelijk is, iets spookachtigs, wordt tegenwoordig ook veelvuldig gebruikt door diverse filosofen en cognitiewetenschappers die de strijd aangaan met simplistisch neurologiserende verklaringen van menselijke kennis en menselijk handelen. Dankzij hen wordt het steeds gebruikelijker om te spreken van de 'embodied mind' (Varela, Thompson, & Rosch, 1992) of van 'embodied cognition' (Noë, 2009).

Het idee van het lichaam als subject, en niet enkel als een object of een stukje los-zwevend centraal zenuwstelsel, kan ook een ander perspectief bieden op gezondheidsproblemen. Voor iemand met bijvoorbeeld chronische pijn of vermoeidheid is er niet enkel een ongemak *in* het lichaam, maar er is juist ook, of misschien wel primair, een hapering in de mogelijkheden om met de situatie om te gaan, een verstoring van gewoontes en vaardigheden, waardoor de wereld zich minder laat ontsluiten, waardoor deze kleiner wordt, een andere, of minder betekenis kan krijgen. Dit soort veranderingen, die ontstaan door een veranderde interactie tussen lichaam en wereld, treden overigens niet alleen op bij zogenaamde lichamelijke klachten maar kunnen ook optreden bij een probleem zoals depressie. Als dit probleem niet als een hersenziekte wordt gezien, dan meestal als een mentaal of psychisch probleem. Maar als we goed kijken naar de ervaringen van mensen met depressie dan zien we dat daar juist ook lichamelijke dimensies, zoals een veranderende ervaring van ruimte, tijd en mogelijkheden, een belangrijke rol in spelen. Door een depressie staat iemand anders in de wereld; door een depressie is iemands belichaamde subjectiviteit veranderd (Aho, 2013; Svenaeus, 2013).

De komende jaren zullen we binnen het project *Mind the Body* gaan onderzoeken wat de verschillende dimensies van lichamelijkeid zijn bij SOLK, depressie en obesitas. Door middel van intensief veldwerk gaan we kijken hoe patiënten hun eigen lichaam ervaren in relatie tot hun omgeving en de verschillende therapieën die ze daarbij ondergaan: uiteenlopend van hardlopen tot antidepressiva gebruik, van osteopathie tot haptonomie, en van maagoperaties tot cognitieve gedragstherapie. Hierbij zullen we voornamelijk analyseren hoe mensen over hun eigen lichaam spreken, welke woorden en metaforen er gebruikt worden, en welke juist niet. Maar ook zal er geobserveerd worden hoe het lichaam 'gedaan' wordt in de interactie met artsen en therapeuten.²⁰ De verwachting hierbij is dat we veel verschillende manieren zullen kunnen identificeren waarop mensen naar hun eigen lichaam kijken en hoe artsen en therapeuten het lichaam van patiënten benaderen. Het onderzoek gaat er dus vanuit dat er in medische praktijken allerlei momenten zijn aan te wijzen waarin de ervaring van de patiënt of de handeling van een therapeut erop duidt dat er zoiets als lichamelijke subjectiviteit wordt verondersteld, terwijl er theoretisch wordt uitgegaan van een psychologiserende of neurologiserende verklaring van het probleem. Bijvoorbeeld: depressie wordt tegenwoordig vaak verklaard door het idee dat er een tekort aan serotonine is in de hersenen. Hardlopen zou een goede remedie zijn omdat er door hardlopen extra serotonine zou worden aangemaakt. Als we nu gaan kijken wat de lichamelijke ervaringen zijn van mensen met een depressie die zijn gaan hardlopen, dan is het heel aannemelijk dat ze iets zouden kunnen zeggen over een verandering in ervaring van ruimte (Koski, 2015), of een verandering in de ervaring van wat je wel en wat je niet kunt, een verandering in je 'ik kan' zou Merleau-Ponty zeggen (Grimshaw, 1999). Of deze verandering daadwerkelijk door een stofje in de hersenen wordt veroorzaakt, doet er daarbij niet toe. Belangrijker is om vast te stellen

welke woorden mensen gebruiken om deze verandering te duiden.

De uiteindelijke bedoeling van dit project is dus om woorden te geven aan de ervaringen van lichamelijke die nu veelal verstopt blijven onder de verklaringsmodellen van psychologisering en neurologisering. Zoals ik in voorgaande heb aangegeven is het gebruik van woorden geen onschuldige of neutrale bezigheid. Woorden vormen onze sociale werkelijkheid. Waar bepaalde termen stigmatiserend kunnen zijn of tot uitsluiting kunnen leiden, daar kunnen andere woorden begripvol, treffend en zelfs troostrijk zijn. Artsen en therapeuten weten als geen ander dat de manier waarop er wordt gecommuniceerd cruciaal is voor de behandlungsrelatie, en in grote mate het verloop van een behandeling bepaalt. Als geesteswetenschapper ben ik niet in de positie om me te bemoeien met de vraag welke behandeling het meest effectief is – het stellen en beantwoorden van die vraag zie ik primair als kerntaak van de medische professional. Wat ik wel in de aanbieding heb zijn woorden – woorden die gedestilleerd zijn uit de ervaringen van patiënten en die wellicht ook weer kunnen helpen om patiënten adequaat te bejegenen.

Omdat de term 'geest' ons het zicht belemmert op de concrete lichamelijke ervaringen van mensen stel ik, ten slotte, voor dat we dit woord schrappen uit het woordenboek van de gezondheidszorg.

Noten

- 1 Dit artikel is een bewerking van mijn oratie welke ik op 24 november 2017 heb uitgesproken aan Tilburg University.
- 2 Meest vaak genoemde fenomeen dat NIET normaal verdeeld is, is het huishoudinkomen van een populatie, zoals Nederland. Het meest voorkomende inkomen (de modus, of het modale inkomen) ligt ver onder het gemiddelde inkomen en ook onder het middelste inkomen (mediaan). Dit betekent plat gezegd dat er heel veel mensen zijn die relatief weinig verdienen en weinig mensen die heel veel verdienen.
- 3 Tegenwoordig worden er bij de bepaling van gezond gewicht ook naar andere zaken gekeken zoals buikomvang en lichaamsbouw, maar dit neemt niet weg dat BMI een duidelijk voorbeeld is van een heel expliciete norm.
- 4 Voor alle duidelijkheid: de BMI norm voor gezond lichaamsgewicht tussen 17,5 en 25 is niet gebaseerd op het gemiddelde van de populatie. Doordat het gemiddelde lichaamsgewicht de laatste decennia erg gestegen is, is het gemiddelde BMI ook gestegen en zijn er dus veel mensen met een te hoog lichaamsgewicht. Het gemiddelde BMI in Nederland is rond 25. Als Quetelet op dit moment de Nederlandse bevolking in kaart zou brengen dan zou hij waarschijnlijk stellen dat de norm overeen moet komen met het gemiddelde, en dan zou hij volgens zijn standpunten moeten stellen dat de BMI norm zo tussen 21 en 28 moet zitten.
- 5 Artsen schrikken er overigens ook niet voor terug om mensen, vooral vrouwen, de diagnose osteopenie te geven: een voorloper van osteoporose, een begin van het minder dik worden van het bot. Niets om je echt druk over te maken, zeker niet als je geen 35 meer bent, maar waarvoor je desalniettemin beter een tabletje kunt innemen. Bij dit soort verschuivingen van curatieve naar preventieve zorg moeten we ons wel afvragen wie er nu de meeste baat van heeft: de vrouw met osteopenie; de farmaceut die pillen in de aanbieding heeft; of degene die DEXA-bot scanners verkoopt (Alonso-Coello, García-Franco, Guyatt, & Moynihan, 2008; Spiegel, 2009).
- 6 Bij een normaal verdeling wordt er vanuit gegaan dat 95% van alle waardes binnen 2 standaarddeviaties van het gemiddelde liggen.
- 7 Hacking schreef al: 'The normal stands indifferently for what is typical, the unenthusiastic objective average, but it also stands for what has been, good health, and for what shall be our chosen destiny. That is why the benign and sterile-sounding word 'normal' has become one of the most powerful ideological tools of the twentieth century.' (Hacking, 1990: 169).

- 8 Binnen de medische sociologie en antropologie wordt er meestal een onderscheid gemaakt tussen drie verschillende dimensies of voorstellingen van ziekte: (1) de ziektebeleving door de patiënt (*illness*); (2) de ziekte zoals die wordt gedefinieerd door de medische wetenschap (*disease*); en (3) de sociale uiting van ziekte (*sickness*) (Hofmann, 2002). Uitgaande van deze drie begrippen wordt het ook duidelijk dat iemand zich ziek (*ill*) kan voelen, terwijl de dokter geen ziekte (*disease*) vindt. Dit is het geval bij de hieronder beschreven SOLK. Omgekeerd is het ook heel goed mogelijk dat de dokter een ziekte (*disease*) vaststelt terwijl iemand zich helemaal niet ziek (*ill*) voelt. Dit komt tegenwoordig steeds vaker voor door allerlei preventieve screenings waardoor ziektes (zoals kanker) in een heel vroeg stadium gediagnosticeerd kunnen worden, maar waarbij de patiënt helemaal geen klachten heeft. Sociale ziekte-uiting (*sickness*) verwijst naar hoe mensen binnen een bepaalde samenleving hun problemen uiten en welke opvattingen omtrent het gevrijwaard zijn van maatschappelijke plichten normaal zijn (Twaddle, 1973). In het geval van Dominique Bertinotti ging het om het ter discussie stellen van kanker als *sickness*.
- 9 In deze tekst zal ik niet ingaan op het gebruik van medische technologieën. Zie hiervoor: (Slatman, 2014; Slatman & Widdershoven, 2010).
- 10 Annie Cattrell wil ik hartelijk bedanken voor het beschikbaar stellen van deze afbeeldingen voor deze publicatie. Degenen die geïnteresseerd zijn in haar werk kunnen contact met haar opnemen via annie.cattrell@rca.ac.uk
- 11 Voor interpretaties van diverse andere kunstwerken, verwijs ik graag naar eerder gepubliceerde analyses: (Slatman, 2004, 2005, 2007, 2009).
- 12 Deze metafoor vinden we terug in de Bijbel. 'Of weet u niet dat uw lichaam een tempel is van de heilige Geest, die in u woont en die u ontvangen hebt van God, en weet u niet dat u niet van uzelf bent? U bent gekocht en betaald, dus bewijs God eer met uw lichaam.' (1 Korintiërs 6:19-20).
- 13 De Griekse term voor ziel is *psuchè*. Zoals we in Aristoteles' geschrift *De ziel* kunnen lezen, betekent *psuchè* levensprincipe. Alles dat leeft, is beziel. Aristoteles onderscheidt daarbij een vegetatieve, animale en menselijke ziel. Een belangrijke capaciteit van de menselijke ziel is *logos*, het uitspreken en beoordelen. In de moderne tijd, vanaf Descartes, krijgt ziel een andere betekenis. Volgens Descartes wordt zelfbeweging (in dieren en mensen) niet veroorzaakt door de (animale) ziel, maar door mechanische krachten. Met andere woorden: om te bewegen en te leven heeft men geen ziel nodig. De ziel wordt dan nog enkel opgevat als het hogere denk- en oordeelsvermogen van de mens. Hiermee is dan het hedendaagse begrip van 'psyche' geboren.
- 14 De grootste bezwaren tegen de studie zijn dat er te brede inclusie criteria zijn gebruikt bij het samenstellen van de steekproef (hierdoor zouden er naast ME patiënten ook mensen met op ME lijkende klachten geïncludeerd zijn), en dat de onderzoekers na aanvang van het onderzoek de maat voor effectiviteit hebben aangepast, waardoor de uitkomsten een vertekend beeld geven. Als er was uitgegaan van de van te voren vastgestelde maat dan was het gunstige effect van cognitieve gedragstherapie en beweging niet 59% en 61% zoals gerapporteerd in *The Lancet*, maar slechts 20% en 21%. Daarnaast zouden de onderzoekers de deelnemers ook beïnvloed hebben tijdens het onderzoek, omdat zij de deelnemers tijdens het onderzoek voorzagen van informatiebrieven waarin het vermeende gunstige effect van cognitieve gedragstherapie in combinatie met bewegen breed werd uitgemeenten (Geraghty, 2017).
- 15 Zie <https://www.perssupport.nl/persbericht/92760e44-a025-412b-a1f6-c135f4216528/petitie-gezondheidsraad-houd-u-aan-adviesopdracht-uit-tweede-kamer> (geraadpleegd op 22 september 2017)
- 16 Dit betreft een project dat door NWO gefinancierd wordt middels een VICI-beurs. Deze beurs is mij begin februari 2017 toegekend. Het project is op 1 september 2017 van start gegaan.
- 17 Denk hierbij aan de bestsellers van Joseph LeDoux (2002) en Dick Swaab (2010).
- 18 Mijn opvatting van het 'voorbijgaan aan de geest' staat dan ook haaks op het eliminatief materialisme van bijvoorbeeld Churchland (1989). Volgens het eliminatief materialisme moet het psychologische vocabulaire vervangen worden door een hersenwetenschappelijk vocabulaire. Mijn

voorstel is juist om verwijzingen naar het zogenaamde psychologische of subjectieve te duiden in termen van lichamelijke. Dit vereist een bredere opvatting van lichaam en lichamelijke (en niet een versmalling, niet een reductie van het lichamelijke tot hersenactiviteit).

- 19 Het is overigens niet zo dat een neurologiserende verklaring het stigma van iedere psychiatrische aandoening zomaar wegneemt. Door een neurologiserende verklaring worden patiënten vaak wel minder verweten dat ze zelf schuld zouden hebben aan hun probleem, maar tegelijkertijd zorgt een dergelijke verklaring ervoor dat bijvoorbeeld patiënten met schizofrenie als gevaarlijker worden gezien door anderen (Kvaale, Gottdiener, & Haslam, 2013).
- 20 Het idee van 'doen van het lichaam' ontleen ik aan het werk van Annemarie Mol (2002). Mol spreekt over het 'doen van een ziekte'.

Literatuur

- ACC. (2017). New ACC/AHA High Blood Pressure Guidelines Lower Definition of Hypertension. <http://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2017/11/08/11/47/mon-5pm-bp-guideline-aha-2017> (laatst geraadpleegd 23 mei 2017).
- Aho, K. A. (2013). Depression and embodiment: phenomenological reflections on motility, affectivity, and transcendence. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(4), 751-759.
- Albano, C., Arnold, K., & Wallace, M. (Eds.). (2002). *Head On: Art with the brain in mind*. London: The Wellcome Trust.
- Aristoteles. (2000). *De ziel*. (Vertaling, inleiding en aantekeningen door Ben Schomakers). Leende: (Churchland, 1989 #171) Damon.
- Austin, J. L. (1962). *How to do things with words*. Oxford: Oxford University Press.
- BELGA. (2001). Edgar Davids: 'Ik heb nooit doping gebruikt'. *Gazet van Antwerpen*, 24-4-2001.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter. On the discursive limits of 'sex'*. New York & London: Routledge.
- Churchland, P. S. (1989). *Neurophilosophy: Toward a unified science of the mind-brain*. Cambridge: MIT press.
- Dekkers, M. (2006). *Lichamelijke Oefening*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.
- Descartes, R. (1641). Meditaties. In *De uitgelezen Descartes*. Tiel: (Samengesteld, ingeleid en geannoteerd door H. Ruler, 1999), Lannoo.
- Descartes, R., & Van de Palts, E. (1643). *Briefwisseling*. Amsterdam: 29-40.: (Vertaling J. Holierhoek, 2000), Wereldbibliotheek
- Faas, J. (2017). Ongemakkelijke (on)waarheden. *Medisch Contact*, 13 juli 2017, <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/ongemakkelijke-onwaarheden.htm> (geraadpleegd op 26 september 2017).
- Geraghty, K. J. (2017). 'PACE-Gate': When clinical trial evidence meets open data access. *Journal of Health Psychology*, 22(9), 1106-1112.
- Gezondheidsraad. (2018). *ME/ CVS*. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatienr. 2018/07.
- Grimshaw, J. (1999). Working out with Merleau-Ponty. In J. Arthurs & J. Grimshaw (Eds.), *Women's bodies* (pp. 91-116). London: Cassell.
- Gupta, A. (2010). Can amygdala retraining techniques improve the wellbeing of patients with chronic fatigue syndrome? *Journal of Holistic Healthcare*, 7(2), 12-15.
- Hacking, I. (1990). *The taming of chance*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hofmann, B. (2002). On the triad disease, illness and sickness. *The Journal of medicine and philosophy*, 27(6), 651-673.
- Husserl, E. (1900-1901). *Logische Untersuchungen*. Tübingen: II/1 (Siebte Auflage, 1993), Max Niemeyer Verlag.
- Koski, T. O. (2015). *The phenomenology and the philosophy of running*. Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer.
- Kvaale, E. P., Gottdiener, W. H., & Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social science & medicine*, 96, 95-103.
- LeDoux, J. E. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York: Viking Penguin.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologie van de waarneming*. Amsterdam: (Vertaling D. Tiemersma en R. Vlasblom, 1997), Ambo.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham - London: Duke University Press Books.

- Noë, A. (2009). *Out of our heads: Why you are not your brain, and other lessons from the biology of consciousness*. New York: Hill and Wang.
- Plato. (1980). Phaedo. In *Verzameld Werk II* (pp. 277-374). Antwerpen-Baarn: (Vertaling X. de Win), De Nederlandse Boekhandel-Ambo.
- Porter, T. M. (1986). *The rise of statistical thinking, 1820-1900*: Princeton University Press.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. London: Hutchinson.
- Scully, J. L. (2004). What is a disease?: disease, disability and their definitions. *EMBO reports*, 5(7), 650-653.
- Slatman, J. (2004). L'imagerie du corps interne. *Methodos. Savoirs et textes*(4), <http://methodos.revues.org/document.html?id=133>.
- Slatman, J. (2005). De zichtbaarheid van het denken. Over de visualisering van hersenactiviteit in wetenschap en kunst. *Feit en fictie. Tijdschrift voor de geschiedenis van de representatie*, VI(2), 102-113.
- Slatman, J. (2007). Recognition beyond Narcissism. Imaging the Body's Ownness and Strangeness. In H. Fielding, G. Hiltman, D. Olkowski, & A. Reichold (Eds.), *The Other. Feminist Reflections in Ethics* (pp. 186-205). London: Palgrave.
- Slatman, J. (2009). Transparent Bodies: Revealing the Myth of Interiority. In R. Van de Vall & R. Zwijnenberg (Eds.), *The Body Within: Art, Medicine and Visualization* (pp. 107-122). Leiden: Brill.
- Slatman, J. (2014). *Our strange body: Philosophical reflections on identity and medical interventions*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Slatman, J., & Widdershoven, G. (2010). Hand transplants and bodily integrity. *Body & Society*, 16(3), 69-92.
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D., & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52(3), 263-271.
- Svenaesus, F. (2013). Depression and the Self: Bodily resonance and attuned being-in-the-world. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7-8), 15-32.
- Swaab, D. F. (2010). *Wij zijn ons brein: Van Baarmoeder tot Alzheimer*. Amsterdam: Contact.
- Twaddle, A. C. (1973). Illness and deviance. *Social science & medicine*, 7(10), 751-762.
- Van Renterghem, M. (2013). Dominique Bertinotti, ministre et malade du cancer. *Le Monde*, 22-11-2013.
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1992). *The embodied mind*. Cambridge MA: MIT Press.
- Visser, D. (2017). Nieuwe norm voor gezond bewegen is stuk minder streng: sportschool niet persé nodig. *De Volkskrant*, 22-8-2017.
- White, P. D., Goldsmith, K. A., Johnson, A. L., Potts, L., Walwyn, R., DeCesare, J. C., ... Cox, D. (2011). Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial. *The Lancet*, 377(9768), 823-836.
- WHO. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: report of a WHO study group [meeting held in Rome from 22 to 25 June 1992].