

UNIVERSITEIT TWENTE
Faculteit Wijsbegeerte en Maatschappijwetenschappen

Roel Nahuis

DE STRIJD TEGEN PIJN

Over de culturele neveneffecten van pijnbestrijding

Afstudeeropdracht in het kader van de studie
Wijsbegeerte van Wetenschap, Technologie en Samenleving

Begeleider: Prof.dr. H. Achterhuis

Maart 1997

SAMENVATTING

In Nederland is een breed scala aan pijnbestrijdingstechnieken beschikbaar. Toch hebben zo'n 600.000 mensen chronische pijn, en deze pijnproblematiek neemt eerder toe dan af. Welke invloed heeft de expansie van de moderne geneeskunde op de pijnlijkheid van chronische pijn?

De manier waarop iemand met zijn pijn omgaat wordt voor een groot deel door de cultuur bepaald. In onze cultuur is het vrij vanzelfsprekend om met pijn naar een arts te gaan. Blijkbaar heerst het idee dat pijn beheersbaar is, dat het met de huidige medische middelen niet nodig zou zijn om pijn te lijden. Dit idee is de uitkomst van een breed historisch proces.

Eén historische ontwikkeling is dat pijn in het moderne wetenschappelijke onderzoek een technisch karakter heeft gekregen. Het lichaam wordt opgevat als een technisch systeem met somatische, psychologische en sociale aspecten, die allemaal verschillende behandelperspectieven bieden. Pijn wordt gezien als een herstelbare verstoring van de normale toestand.

Een andere ontwikkeling is dat er een stelsel van gezondheidszorg is ontstaan. De collectieve plicht om in medische zorg te voorzien garandeert het individuele recht om deze hulp op te eisen als dat nodig wordt geacht. In dit systeem heeft de moderne pijnbestrijding zich, sinds haar 'geboorte' rond 1847, gevoegd. Iemand die pijn heeft kan tegenwoordig zijn recht op pijnbestrijding opeisen.

Deze ontwikkelingen hebben bewerkstelligd dat een pijnvrij bestaan een maatschappelijke norm is geworden. Het geloof in de beheersbaarheid van pijn domineert in het denken over pijn. Maar tegelijkertijd daarmee is ook de betekenis van pijn veranderd. Pijn wordt niet meer gezien als een onvermijdelijk, maar zinvol onderdeel van ieders werkelijkheid. Het verduren van pijn is niet langer de deugd die traditionele culturen ervan maakten, maar een overbodigheid. Men hoopt niet meer van pijn verlost te worden, maar men verwacht het.

Maar niet alle pijn is te beheersen. Er gaapt een gat tussen verwachtingen en mogelijkheden. Het vertrouwen in de medische beheersbaarheid van pijn verdoezelt de noodzaak om het lijden aan onbehandelbare pijn vorm te geven, medelijden te voelen en voor elkaar te zorgen.

Op politiek niveau wordt dit culturele ruimtegebrek voor lijden niet onderkend. Het pijnbeleid beantwoordt het bestaan van chronische pijn met pogingen ter verbetering van het pijnbestrijdingssysteem. Het gezondheidszorgbeleid in brede zin tracht de groei van de gezondheidszorg binnen de perken te houden door een kleiner aantal voorzieningen algemeen toegankelijk te maken. Helaas gaan beide soorten beleid voorbij aan enkele belangrijke culturele determinanten van de huidige problematiek.

De opvatting dat pijn een technisch, beheersbaar probleem is en de omstandigheid dat iedereen het recht op pijnbestrijding kan claimen maken het ondergaan van pijn overbodig, zinloos, ondraaglijk en bijzonder pijnlijk. Pijnlijders zullen alles proberen om van hun pijn af te komen. Helaas niet altijd met succes.

DANKWOORD

Op deze plek wil ik iedereen bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze scriptie. In de eerste plaats mijn afstudeercommissie: prof. H.Achterhuis, mijn begeleider, die me anderhalf jaar lang vooral veel zelf heeft laten uitzoeken, maar me niettemin met een opbouwend kritische blik voortdurend volgde en corrigeerde waar dat nodig was; prof. A.Mol voor het lezen en becommentariëren van deze scriptie; en prof. G.Zilvold en drs. R.Warmerdam, beiden werkzaam in revalidatiecentrum Het Roessingh, voor het vrijmaken van hun drukbezette tijd om deze scriptie te lezen en te beoordelen.

Drs. Warmerdam wil ik tevens bedanken voor de hulp gedurende de voorbereidende fase van deze afstudeerscriptie. Samen met drs. W.Smeets, pastor in het Roessingh (ook bedankt!), heeft zij mij begeleid bij de uitvoering van mijn stageopdracht in Het Roessingh.

Gedurende mijn stage heb ik twee dagen mee mogen lopen in de pijnkliniek van Het Roessingh. Daarom wil ik ook iedereen bedanken, die dit mogelijk hebben gemaakt. Ik denk daarbij vooral aan de patiënten van de pijngroep die hebben meegewerkt aan de interviews. Dankzij hen heb ik een beter beeld kunnen krijgen van de problematiek waar het in deze scriptie uiteindelijk om gaat.

Tot slot wil ik Anneli en Gert bedanken voor de inspirerende gesprekken over de onderwerpen van deze scriptie en andere zaken.

Roel Nahuis

INHOUD

Voorwoord van drs. R.Warmerdam	4
1 Inleiding	5
<i>Deel I: Cultuurfilosofie van de pijnbestrijding</i>	9
2 De verwetenschappelijking van pijn	11
Galenus' leer van de lichaamssappen 11, De opkomst van de moderne wetenschappen 12, Het fysiologisch onderzoek naar pijn 13, Grenzen aan de somatische verklaringen van pijn 14, Psychologische verklaringen van pijn 15, Pijn als technisch probleem 16.	
3 De therapeutisering van pijn	18
Bio-macht 18, De medicalisering van stadsruimte en van gezin 19, Achtergronden van de introductie van anesthesie in de medische praktijk 21, De invoering van anesthesie door calculerende medici 22, Pijnverlichting als nieuwe medische taak 24, Pijn: theorie en praktijk 26, De behoefte aan pijnstillers 27.	
4 Het lijden in cultuur-filosofisch perspectief	29
Historici over pijn 29, De omweg in het historisch onderzoek naar pijn 30, Pijn, lijden en waardigheid 32, Pijn en autonomie 34, Medische macht 35, De geschiedenis van het lijden 36, De diagnose van Illich 39.	
<i>Deel II: Pijnbestrijding en praktijk</i>	41
5 Medisch winkelen	43
De beheersbaarheid van pijn in de massamedia 44, Het geloof in de beheersbaarheid van pijn: medische consumptie 45, Het ongeloof in de beheersbaarheid van pijn: de kunst van het lijden 46, Het grote onbegrip 47.	
6 Medisch of psychologisch model	49
Het medisch model 49, Het psychologisch model 52, Modelmatige werkwijzen 55.	
7 Pijnbeleid	58
Geneeskunde en levensverhaal 58, Stand van zaken en toekomst pijnbeleid 60.	
8 Gezondheidszorgbeleid	65
De medisch professionele benadering 65, De individuele benadering 66, De gemeenschapsgerichte benadering 67, Publiekscampagne 69.	
9 Conclusie	71
Het recht op zorg 72, Pijnbestrijding als medische voorziening 73, De objectivering van pijn 74, Modellen en mensen 75, De beheersbaarheid van pijn 75, Eigen verantwoordelijkheid 76.	
Literatuur	77
Appendix	79

VOORWOORD

In 1996 hebben de vakgroep Systematische Wijsbegeerte van de Universiteit Twente en het revalidatiecentrum Het Roessingh een viertal colloquia georganiseerd met de volgende themata: vertechnering van het lichaam, arbeid en medisch regime, pijn en cultuurpathologie, en morele dilemma's rond kwaliteit van leven.

De discussies tussen denkers en doeners, die tijdens deze bijeenkomsten ontstonden, waren boeiend en vruchtbaar. Voor mij zijn deze colloquia een extra stimulans geweest om nog meer stil te staan bij het medisch handelen in een bredere context.

Door de contacten met de vakgroep Systematische Wijsbegeerte is een aantal studenten geïnteresseerd geraakt in de revalidatiegeneeskunde, met name de revalidatie van patiënten met zogenaamd CBPS (chronisch benigne pijn syndroom). Ik heb Roel Nahuis bij dit onderwerp mogen begeleiden en heb daardoor ook zelf mee kunnen 'filosoferen'. Zijn maatschappelijk zeer relevante scriptie ligt nu voor u.

Ik hoop dat vooral praktizerende hulpverleners en beleidsmakers van de pijnbestrijding deze scriptie zullen lezen en als gevolg hiervan langer zullen nadenken voordat zij tot handelen komen.

Rina Warmerdam
Revalidatiearts
Het Roessingh Enschede

1 INLEIDING

In 1892 stelde de Amerikaanse neurofysioloog Weir Mitchell dat de beschaafde mens gevoeliger voor pijn is dan de oermens (Pernick, 1985). Deze stelling zou nog vaak en in verschillende varianten herhaald worden (Buytendijk, 1957; Van den Berg, 1963; Metz, 1964; De Moulin, 1974; Ilich, 1978; Luijf, 1990).

Het blijkt dat thans 20% van de klachten, waarmee een huisarts geconfronteerd wordt, te maken heeft met pijn (Dingemans, 1993). Bij een groot aantal patiënten wordt de pijn chronisch. Volgens de Pijnstichting Nederland zijn er 600.000 chronische pijnpatiënten met een jaarlijkse instroom van 15.000 nieuwe patiënten. De kosten van deze problematiek (arbeidsverzuim, medische consumptie, uitkeringen) worden geraamd op enkele honderden miljoenen guldens per jaar (Winter, 1992). Ter vergelijking: de uitgaven in de gezondheidszorg schoten in 1995, evenals het jaar ervoor, ongeveer 600 miljoen gulden over het budget heen.

Dingemans e.a. (1993) zetten enkele feiten over de aard van de pijnklachten op een rijtje. De klachten hebben meestal betrekking op structuren van het bewegingsapparaat (rug, nek, schouders). Rugpijn is een van de meest voorkomende klachten. Een kwart tot 70% van de Nederlandse bevolking heeft wel eens rugpijn gehad. In 90% van de gevallen vindt herstel binnen enkele weken plaats. De kans op een recidief is echter groot (40-60%). Bij chronische lage rugpijn wordt er vaak geen duidelijk organisch substraat (röntgenologische afwijking) gevonden (De Vries, 1994).

Ook fibromyalgie is een veel voorkomend chronisch pijnsyndroom. Bij fibromyalgie treden diffuse pijnklachten aan het bewegingsapparaat op. Kenmerkend is de aanwezigheid van meervoudige pijnpunten op specifieke plaatsen in de weke delen. Ook voor fibromyalgie zijn geen specifieke pathofysiologische afwijkingen of metabole stoornissen bewezen (Dingemans, 1993).

De definitie van pijn, zoals die internationaal geaccepteerd is, luidt:

pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die verbonden is met werkelijke of potentiële weefselbeschadiging of in termen van zulk een beschadiging wordt beschreven (Winter, 1992).

Deze definitie relateert pijn aan (potentiële) weefselbeschadiging. Pijn is echter niet altijd dusdanig verklaarbaar. Voor lage rugpijn en fibromyalgie ontbreekt dikwijls een verklaring in termen van weefselbeschadiging. Betekent dit dat dergelijke pijnen niet bestaan? Heeft iemand die zegt 'ik heb pijn' ongelijk? Of klopt de definitie niet? En als de definitie niet klopt, waarom wordt ze dan nog steeds gebruikt?

Niet alleen levert chronische pijn vaak diagnostische problemen op, ook is het zelden duidelijk welke soorten behandelingen er zijn, welke geschikt is en welke weinigbelovend. Onder het motto 'kennis is macht' stelt de Stichting Pijn-Hoop, de patiëntenvereniging van chronische pijnpatiënten, daarom medische informatie ter beschikking.

"Als u zelf weet welke behandelingen er mogelijk zijn ter vermindering of beheersing van de pijn, kunt u beter overleggen met hulpverleners¹."

De stichting beveelt haar leden boeken aan, deelt folders uit over bijvoorbeeld pijnbestrijding door zenuwblokkades, en noemt allerlei andere behandelmogelijkheden in een brochure voor patinten.

"Het spreekt vanzelf dat u zoekt naar een oplossing. Natuurlijk laat u alle noodzakelijke onderzoeken doen en ondergaat behandelingen die misschien helpen."

Deze vanzelfsprekendheid leidt dikwijls tot een hoge medische consumptie. Indien, om welke reden dan ook, pijn blijft bestaan beginnen veel patiënten aan een lange weg door het medische circuit in de hoop iemand te ontmoeten die hen van hun pijnproblemen af kan helpen. Patinten ondergaan uitgebreide medische diagnostiek, langdurige medicatie, allerlei soorten therapie, ziekenhuisopnames en veelvuldig artsbezoek. Persoonlijkheid, levensstijl en het sociale leven van de patiënt ondergaan wijzigingen. De

¹ In een informatiepakket dat de stichting beschikbaar stelt.

pijn gaat een centrale plaats in het leven van de patienten innemen. Normale activiteiten nemen af en de sociale isolatie neemt toe (Dingemans, 1993).

"Mensen, die lang met pijn moeten leven, raken heel vaak om allerlei redenen in een maatschappelijk en sociaal isolement. Vaak zijn ze depressief doordat ze weinig méér hebben in hun leven dan hun pijn. Ze zijn meestal weinig mobiel, want in de meeste gevallen doet bewegen pijn. Niet iemand die je eens meeneemt naar een feestje of waar je leuk bij op bezoek gaat" (zie voetnoot 1).

Ze ervaren veel negatieve emoties rondom pijn. Emoties waarmee je gezonde mensen niet graag 'lastigvalt'. Zo bestaat er bij chronische pijnpatiënten vaak twijfel of ze wel ooit een partner zullen vinden. Wie wil er immers samenleven met iemand die voortdurend pijn heeft en om hulp vraagt? Het krijgen van kinderen is geen vanzelfsprekendheid, aangezien het opvoeden veel aandacht en geduld vereist.

Ook in het concrete dagelijkse leven ontmoeten chronische pijnpatiënten veel obstakels.

"Het feit dat je nooit precies weet wanneer je meer pijn dan 'normaal' zult hebben maakt me onzeker bij het plannen van een bepaalde activiteit."

Pijn doorkruist het sociale leven, twijfel en onzekerheid zijn alomtegenwoordig. Daarbij komen nog de vele teleurstellingen na mislukte behandelingen. En

"aangezien het wemelt van de behandelingen in de reguliere en alternatieve kringen, krijg je dus heel wat teleurstellingen te verwerken."

Chronische pijn is een veelomvattend probleem, dat dan ook in toenemende mate aandacht vraagt. Er is een groot aantal medische technieken beschikbaar om pijn te bestrijden, te verlichten of om de pijnpatiënt sterker te maken: pijnstillende medicijnen, operatief ingrijpen aan beschadigd weefsel, elektrische zenuwstimulatie, zenuwblokkades, corsetten, fysiotherapie, psychotherapie, acupunctuur, homeopathische middelen, chiropractie. Toch worden artsen steeds vaker geconfronteerd met niet-behandelbare pijnklachten, aldus Smid, die zich op het ministerie van VWS jarenlang beleidsmatig met deze materie heeft beziggehouden (Volkskrant, 30-10-96). Smid zegt dit in een artikel, dat het initiatief voor de oprichting van een Nationaal Instituut voor Pijn en Pijnbestrijdings Onderzoek (Nippo) aangekondigt. Dit pijninstituut moet deels door de overheid en deels door de farmaceutische industrie worden gefinancierd. Boersma, een van de initiatiefnemers, motiveert dit initiatief: "Je moet nu eenmaal het gereedschap hebben om sommige patienten te kunnen helpen."

Toch is het in zekere zin paradoxaal te noemen dat de pijnproblematiek niet afneemt, terwijl de medisch-technologische mogelijkheden flink in omvang zijn gegroeid. Daardoor zou je juist verwachten dat pijn steeds beter beheerst kan worden. Dat blijkt echter niet het geval te zijn. Is er misschien meer aan de hand? Is de enorme expansie van het medische apparaat wellicht medeverantwoordelijk voor de bestending van de huidige pijnproblematiek? Deze fundamentele vragen vereisen veel aandacht, want als er inderdaad een dergelijk verband bestaat vraagt dit om een bezinning op het huidige pijnbeleid en zijn tendens naar expansie en schaalvergroting.

Dit onderzoek heeft als doel een inzicht te geven in het verband tussen medische ontwikkelingen enerzijds en de problematiek rondom pijn anderzijds. Het zal daarbij niet gaan over de direkt meetbare effectiviteit van specifieke pijnbehandelingen. Dat wordt bijvoorbeeld onderzocht door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) (Holshuijsen, 1995). Daarom zal het ook niet mogelijk zijn om een totaaloordeel over de effectiviteit van pijnbestrijding te geven, laat staan oplossingen voor de huidige pijnproblematiek. Deze scriptie handelt over de culturele neveneffecten van pijnbestrijding. In hoeverre zijn medische ontwikkelingen van invloed op de situatie zoals chronische pijnpatiënten die beleven, op de normen en waarden waar zij aan geacht worden te voldoen, en op de culturele betekenis van pijn? Culturen representeren een geheel van betekenissen, normen en waarden. In deze scriptie zal de culturele dimensie van de huidige pijnproblematiek centraal staan. Daarmee wordt beoogd een bijdrage te leveren aan het debat over de toekomst van het pijnbeleid.

Deel één van dit onderzoek (hoofdstuk 2 t/m hoofdstuk 4) levert de theorie, waarmee in deel twee (hoofdstuk 5 t/m hoofdstuk 9) een aantal thema's uit de chronische pijnproblematiek uitgewerkt zullen worden. In hoofdstuk twee komen enkele historische aspecten van het wetenschappelijk onderzoek naar pijn aan de orde. In hoofdstuk drie wordt uiteengezet hoe er een medisch systeem is ontstaan, dat in zekere zin zichzelf reguleert en waarin de huidige pijnbestrijding is geïntegreerd. De culturele dimensies van pijnbestrijding zullen in hoofdstuk vier beschreven en beoordeeld worden. Daar zal de huidige pijnbestrijding vergeleken worden met manieren waarop in traditionele culturen met pijn werd omgegaan.

Deel één behandelt de cultuurfilosofische achtergronden van de hedendaagse pijnbestrijding. Deel twee gaat over pijnbestrijding in de praktijk. Er spelen in deze praktijk een aantal verschillende thema's. Een van deze thema's is het medisch winkelen. Voor veel chronische pijnpatiënten leidt de hoge medische consumptie tot veel teleurstellingen. Toch blijven ze op zoek naar die ene arts die wel een diagnose en/of behandeling heeft. Hoofdstuk vijf gaat over de drijfveren achter dit medisch winkelen. Een ander thema betreft de consequenties van het onderscheid somatisch/psychisch. In discussies over verklaring en behandeling van chronische pijnsyndromen staan doorgaans twee modellen naast of tegenover elkaar: het medisch en het psychologisch model. Hoofdstuk zes behandelt de voor- en nadelen van deze modellen. Bij de uitwerking van het derde thema, het pijnbeleid, komen zaken als kwaliteit van zorg, deskundigheidsbevordering, onderzoek en voorlichting aan de orde. In hoofdstuk zeven zal dit beleid geëvalueerd worden. Vanuit de theorie die in deze scriptie ten aanzien van de chronische pijnproblematiek uitgewerkt wordt, zullen in hoofdstuk acht enkele bredere gezondheidspolitieke zaken besproken worden. Voor politieke besluitvorming zijn bezuinigingsstrategieën ontwikkeld. Zijn die strategieën afdoende om bijvoorbeeld de vraag naar pijnbestrijding binnen de perken te houden? In hoofdstuk negen, tenslotte, zullen conclusies getrokken worden. De vraag, in hoeverre de geneeskunde debet is aan de pijnlijkheid van chronische pijn, zal er opnieuw centraal staan.

Deel I

CULTUURFILOSOFIE

VAN DE

PIJNBESTRIJDING

2 DE VERWETENSCHAPPELIJING VAN PIJN

In zijn proefschrift verklaart Winter (1992) pijn als volgt:

"Het lichaam ontvangt stimuli en zet deze om in chemisch-electrische impulsen. Deze gaan in code-vorm, patronen van stroomstootjes die zichtbaar gemaakt kunnen worden in aktiepotentialen, naar het centrale zenuwstelsel. Deze patronen kunnen op centraal niveau worden gedecodeerd en vervolgens kunnen daarop ook weer, in patronen van aktiepotentialen via het centrale zenuwstelsel, bepaalde reacties volgen" (p.24).

Opvattingen zoals die van Winter zijn tegenwoordig algemeen gangbaar. Pijn wordt omschreven in mechanistische termen, als patronen van stroomstootjes, die in principe zichtbaar en meetbaar gemaakt kunnen worden. Toch is deze visie relatief recent: pas vanaf de negentiende eeuw begint ze gestalte te krijgen. In dit hoofdstuk zal ik nagaan waar deze moderne opvatting van pijn vandaan komt en welke denkbeelden (omtrent wat een lichaam is) daarbij als vanzelfsprekend voorondersteld zijn.

Galenus' leer van de lichaamssappen

Tot in de negentiende eeuw waren de meeste medische theorieën gebaseerd op het kolossale werk van de Romeinse arts Galenus (Verbrugh, 1978). Bij Galenus had pijn vooral diagnostische waarde, mede omdat er in die tijd weinig andere diagnostische technieken beschikbaar waren. Verschillende soorten pijn - kloppende, stekende, strekkende, knagende - verwezen naar de soort en lokalisatie van een ziekte. Een aanhoudende, drukkende pijn, gecombineerd met zwaarlijvigheid kon bijvoorbeeld worden gevoeld in organen als de nieren, de lever of de longen "als ze gekweld worden door bepaalde onnatuurlijke stoornissen met een tumoraal karakter" (Galenus in Rey, 1995, p.35).

Pijn had belangrijke diagnostische waarde. Ze verwees naar de soort en lokalisatie van de ziekte. Pijn had echter ook prognostische waarde. Zowel het ontstaan als het verdwijnen van kwalen ging met pijn gepaard (Rey, 1995). Pijn duidde op veranderingen: op ziekte in geval van gezondheid; en op herstel in geval van ziekte.

Binnen de leer van Galenus had pijn vooral functionele betekenis (diagnostisch of prognostisch) - of ze nu precies gelokaliseerd was op diffuus, acuut of chronisch. Pijn was geen onafhankelijk object van medische kennis. Ze verwees naar veranderingen in het evenwicht van de lichaamselementen, dat wil zeggen naar de algemene gezondheidstoestand van de patiënt.

Tot in de negentiende eeuw vatte men ziekte, volgens de galenische leer, op als een verstoring van het evenwicht tussen de lichaamselementen. Kenmerkend voor deze ziekteleer was de overeenkomst tussen het mensbeeld dat eraan ten grondslag lag en het beeld van het omvattende kosmische systeem waarin de natuur begrepen werd. De mens werd opgebouwd gedacht uit vier verschillende lichaamssappen (*humores*) - zwarte gal, slijm, bloed en gele gal - overeenkomend met de vier elementen van de antieke filosofie en kosmologie - aarde, water, lucht en vuur -, waaruit de gehele natuur opgebouwd zou zijn. De overeenkomst bestond uit de eigenschappen van de sappen. Zwarte gal (aarde) was koud en droog; slijm (water) was koud en vochtig; bloed (lucht) was warm en vochtig; gele gal (vuur) was warm en droog. Volgens aanhangers van de galenische leer stond ziekte gelijk aan een verstoring van het natuurlijk evenwicht van de humores.

Een kenmerk van deze leer was dat ze geen onderscheid maakte tussen lichaam en ziel. Het lichaam was een bezielde, vitalistisch lichaam. Woorden als 'zwartgallig' en 'flegmatiek' (*flegma* is slijm), die in de moderne tijd persoonlijkheidskenmerken aanduiden, verwezen in de galenische leer naar het bezielde lichaam (Verbrugh, 1987). Deze samenhang van lichaam en ziel karakteriseert dit stelsel van medische kennis. De leer van Galenus was een *holistische* leer. Een medisch oordeel betrof niet alleen een oordeel omtrent de specifieke toestand van het lichaam, maar tegelijkertijd omtrent karakter, leefomstandigheden en levensstijl van de patiënt. De arts bezag de patiënt in relatie tot zijn leefwereld.

Vanaf de zestiende eeuw werd het verloop van ziekte steeds vaker in verband gebracht met de resultaten van lijkopeningen. In de negentiende eeuw introduceerde men het begrip 'weefsel' in de ziekteleer en even later werd de 'cel' als basis-eenheid van leven aanvaard. Vanaf die tijd werd ziekte niet meer in termen van lichaamssappen beschreven, maar in termen van lesies of stoornissen, die zichtbaar gemaakt konden worden (Verbrugh, 1978). Volgens Verbrugh is tegenwoordig alleen nog sprake van ziekte

"voor zover er op enigerlei wijze sprake is van een lokaliseerbare lesie, d.w.z. een macroscopisch of microscopisch zichtbare, ruimtelijk-structureel voorhanden afwijking aan organen, weefsels en/of cellen, of een als zodanig voorstelbare afwijking" (p.123).

De opkomst van de moderne wetenschappen

Deze ontwikkeling in de ziekteleer stond niet op zichzelf. Ze maakte deel uit van een breder veranderingsproces, een proces waarin het denken over de mens en zijn lichaam ingrijpende wijzigingen onderging. Van den Berg (1959, 1961) heeft dit proces, via allerlei omwegen langs schilderijen, architectonische vernieuwingen, natuurwetenschappelijke inzichten en religieuze devoties, in een tweedelig werk prachtig in beeld gebracht. Als rode draad door zijn verhaal lopen concrete medische ontwikkelingen, die steeds hand in hand gaan met veranderingen in de gangbare opvattingen van wat het lichaam is en hoe het zich tot het leven en de dood verhoudt.

Van den Berg beschrijft hoe omstreeks 1300 Mundinus voor het eerst een lijk opent, maar er nog niet naar keek met de blik van een moderne anatoom. Mundinus zag het lichaam zoals Galenus het beschreven had, en die beschreef het lichaam zoals het zich in zijn gesloten gedaante laat kennen. Wat Mundinus zag was een anatomie die paste bij de sappenleer van Galenus. Hij zag een galenische buik die eten in vloeistof veranderde; een kanaal waardoor deze vloeistof naar de oven van het lichaam, het hart, stroomde, alwaar het actief werd, waar het leven begon. Hij zag longen die ingeademde lucht naar het hart vervoerden om het af te koelen, en de uitgeademde afvoerde. De inwaartse lucht was koel en bezielend, de naar buiten stromende warm en verstikkend. Mundinus beschreef het hart als een orgaan, waarin voedsel, lucht en leven zich met elkaar vermengden, waarna dit mengsel als bezield bloed naar de organen stroomde. Het hart was zodoende het centrum van zowel het lichamelijke als het emotionele bestaan, het was de haard van het lichaam en de bron van de hartstochten.

Dit beeld veranderde gedurende de drie eeuwen volgend op de eerste lijkopening, een periode waarin regelmatig lijkopeningen geopend werden. Het binnen zoals dat uiteindelijk in de zestiende eeuw gezien werd, was niet langer gevuld met vitalistische elementen, maar met (dood) materiaal. Wat Vesalius, de eerste anatoom in moderne zin, in 1543 beschreef in zijn *De humani corporis fabrica* was een dood lichaam, een mechanisme, een *fabrica*. Een kleine eeuw later zag Harvey in het hart een pomp. In de tijd van Mundinus vond niemand dat het hart een pomp was. Het hart was het kloppende centrum van een lichamelijk bestaan, pool van lichamelijke emotionaliteit. Het idee van de bloedsomloop maakte van het lichaam een functioneel systeem van filters, buizen, kleppen en pompen; van het hart een pomp met zuiger, zwang en stengel. Mundinus zag dit nog niet, en kon dit nog niet zien. Het beeld verschilde te radicaal van het in zijn tijd gangbare beeld van het lichaam. Pas na drie eeuwen lijkopeningen begon men langzamerhand te wennen aan het idee dat het lichaam een ding was, een mechanisme, aangedreven door de pompende werking van het hart.

Vesalius en Harvey stonden op de drempel van de moderne tijd. Hun inzichten waren in hun tijd volstrekt nieuw. Maar wie nieuwe inzichten vergaarde, stelde ook nieuwe vragen. Want als het lichaam een mechanisme was, te doorgronden op de snijtafel, waar bevond zich dan de ziel? Niets in het lichaam leek op hem. Waar bevond zich deze ziel tussen de botten, spieren, zenuwen, kwabben en pezen? Vesalius bracht hiermee zijn tijdgenoten in een moeilijke positie. Enerzijds bleek de ziel niet vindbaar in het lichaam, maar anderzijds ervoer men zijn lichaam elke dag als een bezield lichaam.

Dit was het probleem waar Descartes voor stond, toen hij zijn gedachten liet gaan over de onderlinge

verhouding van lichaam en ziel (Van den Berg, 1959; Zwart, 1995). Descartes aanvaardde de meeste mechanistische vooronderstellingen van Vesalius en Harvey en werkte ze zelfs uit. Als oplossing voor het probleem van Vesalius betoogde Descartes dat de ziel onafhankelijk van het lichaam moest bestaan, dat wil zeggen: het lichaam was net als de andere dingen van de *res extensa* materieel van aard en de ziel behoorde tot de geestelijke wereld, de *res cogitans*. Lichaam en ziel maakten slechts op één plaats contact met elkaar: in de pijnappelklier, een klein plekje, centraal in de hersenen.

Descartes brak, als een van de eersten na Harvey, met het idee dat de ziel vanuit het hart door het lichaam golfde. Volgens Descartes kon het lichaam de ziel alleen beroeren door de pijnappelklier in beweging te zetten, hetgeen bijvoorbeeld gebeurde in de waarneming, als prikkels vanuit de zintuigen en zenuwen de pijnappelklier bereikten. Volgens Descartes voelde men geen pijn in de voet, maar met de hersenen werd een sensatie in de ziel veroorzaakt, die het deed lijken alsof men pijn in de voet voelde. De aanleiding voor een waarneming zou zich weliswaar op fysisch niveau (de dingen die de zintuigen prikkelden) afspelen, maar de gewaarwording was een metafysische gebeurtenis (een sensatie in de ziel).

Maar waarnemingen werden volgens Descartes lang niet allemaal door de buitenwereld (op fysisch niveau) veroorzaakt. De groep waarvoor dit wel het geval was bestond uit waarnemingen van grootte, vorm, plaats, beweging, tijd en aantal; de andere groep - bestaande uit waarnemingen van licht, kleur, toon, geur, smaak, warmte, koude en de overige kwaliteiten van de tastzin - achtte Descartes echter te duister en verwarrend om er een materiële oorzaak aan toe te kennen. "Het is overbodig hun een andere oorsprong dan mijzelf toe te wijzen" (Descartes *in Metz*, 1964, p.17). Deze waarnemingen, waaronder ook pijn, waren 'psychogene' sensaties of, in Metz woorden, subjectieve illusies. Ze vormden in ieder geval geen materiaal voor wetenschappelijk onderzoek.

Het fysiologisch onderzoek naar pijn²

Het fysiologische onderzoek op het gebied van zenuwen en zintuigen, dat in zijn moderne vorm begon in de eerste helft van de negentiende eeuw en waarin het pijnonderzoek een plaats zou krijgen, bouwde voort op de inzichten van Vesalius, Harvey en Descartes. In zijn totaliteit was het een poging om het gehele lichaam in mechanistische termen te beschrijven. Vooruitgang in de zenuw- en zintuigfysiologie stond gelijk aan het minimaliseren van postulaten, die lichaamsfuncties op vitalistische of galenische wijze omschreven.

De negentiende eeuwse zenuw- en zintuigfysiologie concentreerde zich in toenemende mate op experimentele kennis. Onderzoek verplaatste zich van de praktijk naar het laboratorium en werd veel kritischer. Dankzij het experiment ontstonden talloze nieuwe inzichten in de werking van het lichaam. Langzamerhand werd het gehele zintuig- en zenuwstelsel in kaart gebracht. Naarmate meer onderzoekers zich met de verklaring van de waarnemingen bezig gingen houden, kwamen er meer verschijnselen, die voor Descartes nog 'psychogeen' waren, in het anatomisch-fysiologische vizier. Vanaf het einde van de negentiende eeuw zou ook pijn een somatische verklaring krijgen.

In 1827 toonde Müller aan dat een klap op het oog, elektrisering en doorsnijding(!) van de Nervus opticus evenzeer tot de waarneming van licht leidden als de inwerking van licht zelf. Blijkbaar speelde de soort zenuw een grotere rol in de sensatie van licht dan de manier waarop de zenuw geactiveerd werd. Müller generaliseerde zijn vondst naar alle zintuigen tot de wet van de *Spezifische Nervenenergie*. Deze wet hield in dat alle sensaties zenuwspecifiek zijn. Iedere soort sensatie zou een eigen zenuwsoort vereisen.

Blix zocht in 1884 naar bewijzen van deze wet voor de huidsensibiliteit. Door middel van huidprikken bracht hij de punten in kaart die gevoelig waren voor warmte-, koude-, druk- en *pijn*prikkels, en die volgens hem zouden corresponderen met specifieke zenuwen. Zijn onderzoek was nog erg primitief maar

² De gegevens in deze en de volgende paragraaf zijn ontleend aan Metz (1964).

het vormde niettemin genoeg aanleiding tot verder onderzoek.

Een publicatie van Rivers en Head in 1908 stelde dat de huidgevoeligheid berustte op drie afzonderlijke perifere, sensibele systemen. Het voert te ver om hier in te gaan op de verschillen en de samenhang tussen deze drie systemen. Wel van belang is dat Rivers en Head veel kritiek kregen. Hun experimenten op zichzelf(!), waarbij een chirurg een zenuw doorsneed om deze vervolgens weer te hechten, zouden talloze malen herhaald worden. Een ware stroom van publicaties ontstond, met een overvloed aan feitenmateriaal en de meest uiteenlopende conclusies.

Ook op het gebied van de zenuwfysiologie werd veel experimentele kennis vergaard. Hierop werd onder andere gevonden dat perifere zenuwvezels verschillen in dikte en dat de dikte samenhangt met de geleidingsnelheid. Bovendien wezen electro-fysiologische registraties uit dat zenuwimpulsen kwalitatief identiek zijn. Alleen in kwantiteit, dat wil zeggen de frequentie van impulsen, zijn er verschillen aan te wijzen.

In het onderzoek naar de fysiologie van het ruggemerg werd een onderscheid gemaakt tussen sensibele en motorische zenuwen. De meningen liepen uiteen over de mate van samenwerking tussen de twee systemen. Al in 1858 had Claude Bernard opgemerkt dat overal waar beweging is, ook sensibiliteit is. Allerlei onderzoekers na hem concentreerden zich op de onderlinge relatie tussen de twee zenuwsystemen. Ook dit leverde een grote hoeveelheid experimentele kennis op.

De cerebro bleek de plaats in de hersenen te zijn waar de ruggemergzenuwen naartoe leidden. Daarmee kreeg Descartes gelijk, toen hij stelde dat voor het waarnemen de rol van de hersenen minstens zo belangrijk was als die van de zintuigen. In 1896 postuleerde Wundt de *Satz von dem Parallelismus*, die inhield dat alle psychische activiteiten - waarnemen, voelen, denken - een fysiologisch substraat hebben. Het was aan de alhier ontstane 'psychofysiologie' om deze fysiologische processen nader te onderzoeken.

Bij Descartes veroorzaakte een beweging in de hersenen een sensatie in de ziel. Bij Wundt waren slechts twee zienswijzen van dezelfde gebeurtenis. Een gewaarwording kon evengoed beschreven aan de hand van hersenprocessen, als aan de hand van de beleving van de waarnemer zelf. Met andere woorden: de 'ziel' was een overbodig begrip geworden en kon als 'laatste obstakel naar de volledige fysische determinering van de menselijke existentie' definitief uit de weg worden geruimd, zoals Metz (1964) het heeft uitgedrukt.

Grenzen aan de somatische verklaringen van pijn

Ondanks de vele experimenten in het onderzoek naar pijn en de grote hoeveelheid feiten die men vergaarde, ontstonden er halverwege deze eeuw toch twijfels bij de verklaringsmogelijkheden van de zintuig- en zenuwfysiologie. Uit observaties waren pijngevallen bekend, die na een eeuw pijnonderzoek nog steeds niet verklaard konden worden. Beecher wees er in 1946 op dat wonden, tijdens grote lichamelijke inspanning of een opwindend spel toegebracht, veelal niet werden opgemerkt. Hij werkte zijn observaties uit en concludeerde in 1956 dat de pijnsensatie niet alleen door de ernst van de verwonding werd bepaald, maar ook door ervaring, conditionering, geheugen, oordeel en door de actuele betekenis van pijn.

Met zeven observaties uit onder andere zijn eigen artspraktijk ondersteunde Metz (1964) deze gedachte. Zo beschreef hij bijvoorbeeld een patiënt bij wie alleen al door het maken van een afspraak voor een buikoperatie alle klachten verdwenen. Blijkbaar oefende de angst voor een operatie ook invloed uit op de beleving van pijn. Ook bleek de pijn volgens Metz te verminderen of te verdwijnen als de aandacht naar iets anders werd geleid. Deze en andere voorbeelden hadden één ding gemeen. Het gangbare medisch model was niet in staat het geobserveerde te verklaren. Metz citeert ene De Jongh om de grenzen van het toepassingsgebied van het medische model aan te geven:

"Men zal de mens in geen enkel opzicht volledig kunnen begrijpen, ook niet als object van farmacotherapie, wanneer men vergeet dat hij een sociaal wezen is, dat als zodanig over een taal

beschikt" (Metz, 1964, p.106).

Niet geheel toevallig begon, in de tijd dat deze twijfels uitgesproken werden, pijn in de belangstelling van de psychologie te komen.

Psychologische verklaringen van pijn

Vanaf de jaren zestig onderzoekt men systematisch de psychologische factoren, die pijn kunnen veroorzaken of bestendigen. Van der Kloot e.a. (1996) laten in een overzichtsartikel zien wat dit onderzoek sindsdien heeft opgeleverd. In het volgende citaat zijn de 35 literatuurverwijzingen, waarvan de eerste uit 1965, ten behoeve van de leesbaarheid weggelaten:

"In de laatste decennia is het inzicht ontstaan dat bij chronische pijn, dat wil zeggen bij pijnklachten die langer duren dan het weefsel nodig heeft om te herstellen, psychologische aspecten een belangrijke rol spelen. Deze inzichten sluiten aan bij de moderne opvattingen over pijn, waarin pijn niet alleen een sensorische gewaarwording is maar ook een emotionele ervaring met verschillende componenten op het gebied van waarneming, beleving en gedrag. Deze componenten en ook de duur van de pijn kunnen elk door psychologische en sociale variabelen beïnvloed worden. In een groot aantal studies zijn verbanden aangetoond tussen langdurige pijnklachten en verschillende psychologische en sociale variabelen. [...] De belangrijkste variabelen die met pijn duur bleken samen te hangen waren angst en depressie, vijandigheid en slapeloosheid, hypochondrische preoccupatie met het eigen lichaam en de mate waarin patiënten over minder effectieve copingstrategieën beschikken, dat wil zeggen dat zij naar hun idee minder controle over de pijn hebben en zich hulpeloos voelen. Ook pijnintensiteit bleek samen te hangen met de duur van iemands pijn. Met name de intensiteit van de affectieve component, zoals gemeten met de McGill Pain Questionnaire, bleek te differentiëren tussen chronische en acute vormen van pijn. Eveneens bleek langdurige pijn vaker voor te komen als er sprake was van beloning van pijngedrag, met name door gezinsleden, bij 'modeling' van pijngedrag naar het voorbeeld van anderen en als de pijn van belang was voor het indienen van een schadeclaim of voor het winnen van een juridische procedure. Ook 'medical shopping' blijkt vaker voor te komen bij langdurige pijnklachten" (Van der Kloot, 1996).

Maar ook het onderzoek naar somatische mechanismen heeft in de tussentijd niet stilgestaan. Een grote stap in de ontwikkeling van nociceptieve kennis (nociceptie is het fysische of organische aspect van pijn) was de formulering van de 'poorttheorie' in 1965 door Melzack en Wall (Dingemans, 1993). Zij stelden dat er onderweg van de perifere zenuwvezels naar de hersenen pijnmodulatie plaatsvindt. Melzack en Wall vergeleken dit mechanisme met een 'poort': de plaats waar wordt bepaald of en op welke sterkte de prikkels naar het brein worden doorgestuurd. De prikkels kunnen aan de poort worden geëxciteerd (+) of geïnhibeerd (-). De poorttheorie biedt ruimte voor psychosomatische verklaringen van pijn. Bij angst zorgen stoffen in het lichaam ervoor dat de pijn sterker gevoeld wordt, terwijl er in bijvoorbeeld een belangrijke sportwedstrijd juist stoffen vrij kunnen komen die zorgen voor inhibitie van de prikkel. Aanvankelijk dacht men dat de poort zich tussen de perifere zenuwen en de zenuwvezels in het ruggemerg zou bevinden. Tegenwoordig heerst de opvatting dat modulerende processen op alle niveaus van het centrale zenuwstelsel plaatsvinden.

Chemisch-electrische processen die een rol spelen bij het moduleren van pijnprikkels zijn inmiddels nog lang niet allemaal in kaart gebracht. Feit is dat neurofysiologen hun handen vol hebben aan onderzoek naar deze invloeden, terwijl de (farmacologische) industrie hen op de voet volgt om pijnstillende technieken (bijvoorbeeld technieken die het vrijkomen van inhibitorische stoffen stimuleren) te ontwikkelen.

Tegenwoordig vat men pijn op als een multidimensionaal verschijnsel. Men onderkent lichamelijke, psychische en sociale factoren. Het model van Loeser integreert deze aspecten en wordt daarom vaak gebruikt om pijnproblemen te structureren en hanteerbaar te maken (Dingemans, 1993). Het model bestaat

uit vier concentrische cirkels. De binnenste cirkel stelt de *nociceptie* voor. Nociceptie is het omzetten van pijnprikkels in elektrische zenuwsignalen. Als er alleen sprake is van nociceptie weet de persoon nog niet dat er 'pijn' aanwezig is. Dat gebeurt pas als de pijnprikkels een 'waarnemingsdrempel' overschrijden. De tweede cirkel bestaat uit deze sensatie of *gewaarwording*. De derde cirkel is de *pijnbeleving*, het emotionele aspect van pijn. Naast culturele factoren en gezins- en werkomstandigheden, spelen de persoonlijkheid van het individu, het ontwikkelingsstadium waarin hij verkeert, zijn huidige psychologische toestand, en eerdere ervaring met pijn een grote rol in de wijze waarop hij pijn persoonlijk beleeft. Het *pijngedrag* (de vierde cirkel) omvat alle gedrag waaruit een buitenstaander kan afleiden dat er sprake is van pijn. Pijngedrag is de interactie tussen de pijnlijder en zijn omgeving. Dit pijngedrag kan (onbewust) blijven bestaan als de nociceptie al is afgenomen, bijvoorbeeld als er bepaalde voordelen uit pijngedrag voortvloeien (niet te hoeven werken, aandacht).

Het model van Loeser integreert de verschillende deelsystemen tot een omvattend systeem. De componenten ervan worden onafhankelijk onderzocht. Elk kader biedt zijn eigen behandelperspectieven, die geacht worden elkaar aan te vullen.

Pijn als technisch probleem

Dit hoofdstuk is begonnen met een hedendaagse omschrijving van pijn in termen van stimuli, chemisch-electrische impulsen, patronen van stroomstootjes en actiepotentialen. Deze omschrijving is afkomstig uit het proefschrift van Winter (1992) en suggereert dat Winter vooral aandacht heeft voor de somatische verklaring van pijn. Dat is echter niet het geval. Winter beschrijft juist allerlei psychologische en sociale variabelen die op pijn van invloed zijn. Hij haalt echter de somatische verklaring van pijn aan om te laten zien dat psychologische verklaringen er niet mee in tegenspraak hoeven te zijn. Met een impliciet beroep op de 'Satz von dem Parallelismus' van Wundt betoogt Winter dat denken, voelen en handelen niet los van lichamelijke processen gezien worden. In het hele zenuwstelsel is sprake van leren, van gewoontevorming en van automatisering. Aangeleerde gedragingen en cognities hebben dus altijd een organisch substraat, er treden voortdurend plastische veranderingen op in de neurale systemen. Deze plastische veranderingen veroorzaken ook chemisch-electrische impulsen, die invloed op de pijnbeleving uitoefenen.

Er heeft zich een betekenisverandering afgespeeld in het denken over pijn. Pijn is thans niet meer hetzelfde als in de tijd dat de medische wetenschap zich nog door Galenus liet inspireren. Een aantal verschillen zijn de moeite waard om te laten zien.

In de galenische leer bestond de voornaamste kennis van pijn uit hoe ze beleefd werd. Wolffers (1982) illustreert het belang dat men destijds hechtte aan een gedetailleerde klachtenrapportage. Hij citeert een van de patiëntenobservaties van de zeventiende-eeuwse arts Sydenham:

"Het slachtoffer gaat naar bed en slaapt in goede gezondheid. Ongeveer twee uur 's morgens wordt hij wakker door hevige pijn in de grote teen; vrij zelden ook wel in de hiel, enkel of wreef. Deze pijn is als die van een verstuiking, en toch voelt het gedeelte aan alsof er koud water over gegooid wordt. Dan volgen rillingen en wat koorts. De pijn die eerst bescheiden was, wordt heviger... Nu is er een hevig strekken en trekken van de ligamenten, dan weer is het een knagende pijn en soms ook een druk of een strak gevoel. Het gevoel in het aangedane deel van de voet is zo fijn, dat niet eens het gewicht van de dekens kan worden verdragen" (Wolffers, 1982, p.39).

Tegenwoordig bestaat de voornaamste kennis over pijn uit de factoren die pijn veroorzaken. Het gaat niet om pijn zelf, maar om de achterliggende structuren. Welke zenuwen en zintuigen zijn erbij betrokken? Waar ontstaan de pijnprikkels? Hoe hoog is de waarnemingsdrempel? Welke psychologische factoren beïnvloeden de waarnemingsdrempel? Welke rol spelen persoonlijkheid, gezins- en werkomstandigheden? En zo zijn er nog veel meer variabelen in kaart gebracht, die van invloed kunnen zijn op de intensiteit en duur van pijn.

In de galenische leer werd pijn vooral gezien als een symptoom, dat duidde op naderende ziekte of naderend herstel. Op basis van talloze klinische observaties kon de geoefende arts uit de symptoomrapportage opmaken om welke ziekte het ging, hoe lang deze zou blijven en wat ertegen te doen (Rey, 1995). Als men aan pijn de ziekte moest herkennen, wijst dat erop dat het genezen van ziekte zwaarder woog dan de behandeling van pijn. Dat was inderdaad het geval: het was artsen zelfs verboden pijn te stillen, zeker als dat een (gering) gevaar voor het leven van de pijnlijder inhield (zie hoofdstuk 3). Pijn duidde op veranderingen in de toestand van de patiënt. Dit betekende dat voor herstel iedere zieke door een stadium van pijn heen moest. Kortom: pijnbestrijding zou de genezing alleen maar belemmeren.

Tegenwoordig onderzoekt men pijn onafhankelijk van ziekte. Het is een zelfstandig onderzoeksobject geworden, met eigen somatische, psychologische en sociale mechanismen. Hierdoor kan pijn als behandelbaar gezien worden. Pijn kan in de moderne visie beheerst worden door de beheersing van de mechanismen die aan pijn ten grondslag liggen (Winter, 1992). Kortom: het moderne wetenschappelijke onderzoek naar pijn heeft het verschijnsel veranderd van een nuttig teken tot een technisch, beheersbaar probleem. Voorwaarde voor beheersing is echter wel dat men de fundamentele mechanismen doorgrondt. Pijn wordt gezien als een in principe beheersbaar probleem, maar alleen met behulp van deskundige kennis van de lichamelijke, psychologische en sociale factoren, die pijn kunnen veroorzaken.

3 DE THERAPEUTISERING VAN PIJN

In het vorige hoofdstuk werd de ontwikkeling van het moderne onderzoek naar pijn beschreven. De praktische waarde van dit onderzoek was tot in de twintigste eeuw echter relatief beperkt. In dit hoofdstuk zal uiteengezet worden hoe de belangrijkste pijnstillers van de moderne tijd ontdekt en ontwikkeld werden in de negentiende eeuw, voordat het fysiologisch onderzoek naar pijn goed en wel op gang kwam. Het zal in dit hoofdstuk gaan over het ontstaan van de moderne gezondheidszorg en de ontwikkeling van de pijnbestrijding daarbinnen. In hoeverre kan deze geschiedenis ons iets leren over de huidige strijd tegen pijn?

Bio-macht

Filosofie en geneeskunde hebben verscheidene raakvlakken. Een daarvan is de sociale filosofie. Met name het werk van Foucault is een belangrijke inspiratiebron voor deze stroming. Volgens Mol en Van Lieshout (1989) is Foucault de belangrijkste vertegenwoordiger van de groep mensen die in de jaren zestig de bestaande perspectieven op hun kop zette door medisch handelen niet langer vanuit bedoelingen, maar vanuit effecten te beoordelen. Vanuit dat perspectief blijkt dat de geneeskunde allerm minst een ethisch neutrale discipline is, die zich beperkt tot het helpen van zieke of gebrekkige mensen. Integendeel, geneeskunde is volgens Foucault een normaliserende macht met een enorme maatschappelijke invloed. Hij laat zien hoe de invloed van onder andere medische normen en waarden heeft geleid tot een verandering in de manier waarop de moderne mens in de wereld staat.

Foucault (1984a) betoogt dat ingrijpende sociaal-economische ontwikkelingen in de achttiende eeuw de grote rampen tot het verleden hadden verbannen. Hongersnoden en pestepidemieën kwamen niet meer voor in de dramatische vorm die ze tot in de Renaissance bezaten. Economische ontwikkeling, voornamelijk in de landbouw, en de groei van de productiviteit (sneller nog dan bevolkingsgroei die er het gevolg van was) gaven lucht aan de gespannen verhouding die men tot dan met de dood had. De bedreiging van de dood werd veel minder direct.

Maar tegelijk nam deze dreiging af, doordat de mens macht over het leven leerde uit te oefenen. Toegenomen kennis over het organische leven in het algemeen, verbeterde landbouwtechnieken, en observaties en metingen ten aanzien van het menselijk leven leerden dat de mens het leven relatief kon beheersen en sturen en zodoende het directe doodsgevaar op afstand kon houden. Een breed scala van bio-wetenschappen en -technologieën kreeg greep op het organische: op de groei van gewassen, op de invulling van landbouwgrond, op de bestrijding van epidemieën en op de preventie van ziekte. Er ontstond een nieuw beeld van leven. Deze wetenschappen en technieken lieten zien dat het leven niet alleen het tegengestelde van de dood was, maar dat het kon worden veranderd, aangepast, ingevuld.

"Stap voor stap leerde de westerse mens wat het is om een levende soort in een levende wereld te zijn, wat het is een lichaam te hebben, bestaansvoorwaarden, levensverwachtingen, een individuele en collectieve gezondheid, krachten die veranderd en een ruimte waarin deze optimaal verdeeld kunnen worden" (Foucault, 1984a, p.140).

Dit leven zou object worden van politieke bemoeienis, niet in de laatste plaats om er de ontwikkeling en uitbreiding van het kapitalisme mee te voeden. Volgens Foucault was deze politiek van het leven, of *biomacht*, zelfs een onmisbare voorwaarde voor het kapitalisme. Op twee niveaus voedde biomacht de economie. Enerzijds door de gecontroleerde integratie van mensen in het produktiesysteem en anderzijds door de aanpassing van de bevolking als geheel aan de nieuwe economische omstandigheden. Twee verschillende machtsstrategieën (de twee hoofdvormen van biomacht) werden hiertoe ingezet: de disciplineren van het individu in de instellingen en de regulering en controle van de bevolking door interventie van bovenaf. Op hun onderlinge relatie kom ik nog terug. Eerst wordt hun afzonderlijke werking en doel weergegeven.

De eerste machtsstrategie liep via de dienstverlenende instellingen (scholen, fabrieken, hospitalen). Vanuit deze instellingen zou een subtiele politieke invloed uitgeoefend gaan worden. Met name de rol van de geneeskunde is voor dit onderzoek interessant. De hospitalen kregen een sociale functie. Hospitalen moesten bijdragen tot de inpassing van individuen in een veranderende maatschappij. Tot in de achttiende eeuw - ik volg nu een andere tekst van Foucault (1984b) - bestond hun voornaamste taak uit het geven van charitatieve steun (voedsel, kleren, medische hulp) aan zieken, maar ook aan zwervers, bedelaars, manken, ouderen en verstoten kinderen. De hospitalen vormden een opvangnet voor de onderlaag van de bevolking. Hun behandelende functie was daarom relatief gering.

In de achttiende eeuw maakte deze charitatieve steun aan armen echter plaats voor een beleid dat zich richtte op de verbetering van de gezondheid van zieken. Economen en boekhoudkundigen begonnen bezwaren te maken tegen de verspilling van kapitaal in de hospitalen. De hospitalen moesten hun nut optimaliseren. Degenen die konden werken moesten werken en zichzelf productief maken om in hun eigen onderhoud te voorzien. De armen waren een last voor de rest van de bevolking. Gezondheid werd een plicht, en alleen in geval van werkelijke ziekte verleende de maatschappij iemand het recht op gezondheidszorg, met als doel genezing en herintegratie. Opvang in een hospitaal werd van een publieke schande tot een gunst, waarvoor men dankbaar moest zijn. Het moderne ziekenhuis verving het traditionele hospitaal.

De tweede hoofdvorm van biomacht ging niet van de disciplinerende instellingen uit, maar van de staat en had de bevolking als geheel als object. Deze bevolkingspolitiek diende hetzelfde doel: de verbetering van de gezondheid. Het ging hier echter niet om de gezondheid van het individu, maar om de gezondheid van het volk. De beheersingsstrategieën die bij dit volksgezondheidsbeleid hoorden vonden plaats op het terrein van economische observatie en politieke praktijk. De liberale overheid wenste zich niet te bemoeien met het leven van individuen, maar ging het wel tot haar taak rekenen om de grootschalige problemen rondom geboorte-aantallen, ouderdom, volksgezondheid, huisvesting, criminaliteit en migratie te signaleren, te voorkomen en op te lossen (Foucault, 1984a). Levensverwachtingen werden berekend, bevolkingspyramides opgesteld, men ging studies verrichten naar de wederzijdse beïnvloeding van welvaartsgroei en bevolkingsgroei, huwelijken en geboortes werden geregistreerd (Foucault, 1984b). Met al deze middelen werden mensen onderscheiden in rijk en arm, gezond en ziek, maar ook in nuttiger of minder nuttig, betere of slechtere levensverwachting, meer of minder aanleg voor sociale functies of economische activiteiten. Op allerlei fronten werden ordeningen aangebracht.

De medicalisering van stadsruimte en van gezin

Deze bevolkingspolitiek bestond tot in de achttiende eeuw nog gescheiden van de individuele benadering in de instellingen. Maar in de loop van de achttiende eeuw zou daar verandering in komen. De twee vormen van biomacht versmolten in een aantal relatief recente *instituties*, die voornamelijk de preventie van problemen moesten bewerkstelligen. Foucault (1984b) noemt op het terrein van de gezondheidszorg een tweetal voorbeelden: de stadsruimte en het gezin.

Het meest concreet kwam deze versmelting tot uiting in de uitbreiding van het takenpakket van artsen met preventieve functies. De geneeskunde werd naast een genezende kunst voor zieken ook een toezicht-houdende gezondheidstechniek. Ze begon hygiënische controle uit te oefenen op de stadsruimte. Deze hervorming werd ingegeven door het achttiende eeuwse idee van de pathogene stad: de stad als besmettingshaard. Artsen gingen onderwijzen in hygiëne, seksualiteit en gezonde voeding, met name aan arme bevolkingsgroepen. De geneeskunde ontwikkelde zich tot een 'medico-administratief apparaat', dat in de negentiende eeuw aanleiding zou gaan geven tot een sociale economie en sociologie: wetenschappen die zich actief bemoeiden met de inrichting van de staat. Zo ontstond er een elitaire klasse van artsen die overal in de hogere lagen van de samenleving kon worden teruggevonden.

"De arts werd de grote adviseur, als het niet in de kunst van het regeren was, dan tenminste in die van observatie, correctie, en verbetering van het sociale 'lichaam' en het onderhouden ervan in

een permanente staat van gezondheid" (Foucault, 1984b, p.284).

Als verlengstuk van dit controlerende apparaat hield de politie toezicht op de hygiënische situatie van de stadsbevolking. De politie hield zich aan het einde van de achttiende eeuw niet alleen bezig met het reguleren van de openbare orde en de eerlijke handel, maar ze controleerde ook de kwaliteit van het verkochte voedsel, de watervoorraad, en de properheid van de straten. Kortom de verschillende onderdelen van de stad en het dagelijkse leven raakten gemedicaliseerd, doordat medici de grenzen van de therapeutische ruimte verlieten en bevolkingspolitiek gingen uitoefenen of deze taak delegeerden aan de 'medische politie'.

Foucault noemt nog een tweede vorm van preventie, waarin bevolkingspolitiek en individuele macht versmolten raakten. Deze tweede vorm beschrijft hij als 'de bevoorrechtiging van het kind en de medicalisering van de familie'. Als een maatschappij bepaalde eisen stelt aan volwassenen ontstaat er vanzelf een analoge behoefte om kinderen en pubers te vormen op hun weg naar volwassenheid en hen voor te bereiden op hun toekomst. Het ouderschap werd aldus een verantwoordelijke taak en als zodanig object van medisch-politieke bemoeienis. Medici benadrukten dat kinderen goede voeding, schone kleren en lichamelijke oefeningen nodig hadden. Ouders moesten tijd en aandacht aan hun kind besteden. De opvoeding behoorde aan moderne eisen te voldoen. Langzamerhand werd deze intensivering van de opvoeding het centrale en bindende element in de familie-relaties. Het vereiste zoveel tijd en aandacht dat niet alleen de ouder-kind relaties hechter werden, maar dat ook de families verkleinden. Dat wil zeggen dat binnen het omvattende netwerk van familie-relaties een *gezin* ontstond als een kleine, hechte eenheid, waarin het kind in gezondheid en door zorg omgeven de volwassen leeftijd kon bereiken.

De geneeskunde speelde een belangrijke rol in deze ontwikkeling. Vanaf 1750 werden talloze pedagogische handboeken voor ouders - vooral in lagere klassen - gepubliceerd. Er kwamen allerlei voorzieningen beschikbaar voor de zorg van het kind, uitgebreide vaccinatiecampagnes werden gevoerd. Kortom het gezin moest in relatief korte tijd leren verantwoordelijkheid te dragen voor de gezondheid van zijn leden. Via het gezin werden individuen gemedicaliseerd.

Deze twee concrete gedaanten van bio-macht, de medicalisering van de stad en de medicalisering van de familie, hebben de bevolking doordrongen van het grote belang van gezondheid. Een belang dat vanaf die tijd werd gearticuleerd in een collectief systeem van preventieve en curatieve gezondheidszorg, beschikbaar gesteld door een gekwalificeerde en door de staat aanbevolen medische professie. De oude incidentele medische hulp bij ziekte en de charitatieve opvang van armen werden in de achttiende eeuw opgeslorpt door een continue zorg voor de gehele bevolking.

Dit medicaliseringsproces had vele oorsprongen: een groeiende produktiviteit, een bevolkingstoename, urbanisatie, welvaarts groei, verschuivingen in de criminaliteit, de ontwikkeling van de wetenschappen, economische observaties en metingen en politieke interventies. Foucault heeft laten zien hoe de verschillende dwarsverbanden zich aan het einde van de achttiende eeuw uitkristalliseren tot de moderne instituties van macht (politie, gezin, architectuur van fabrieken en woonwijken). Dit heeft een enorme impact gehad. Het huidige systeem van gezondheidszorg - de gereguleerde markt waar vraag en aanbod van medische zorg plaatsvindt, het individuele recht op gezondheidszorg en de collectieve plicht hierin te voorzien, de politieke interventies omtrent hygiëne en ziekte, de arts-patiënt relatie - kan volgens Foucault onmogelijk los van de, uit de achttiende eeuw daterende, gezondheidsmoraal worden begrepen.

Foucault beschrijft hoe anonieme en automatische machtssystemen mensen disciplineerden en gezonde en gehoorzame burgers creëerden. Ze deden dit door een actieve bemoeienis met het leven van individuen en gezinnen. Mensen werden geschikt rond een veelheid van normen. Men werd geacht te werken of te studeren, ergens te wonen, huwelijken en geboortes aan te melden, enz. Als gevolg hiervan veranderde de waardering van opleidingen, arbeid, gezondheid. Foucault verzet zich uitdrukkelijk tegen het heersende idee dat de collectieve voorzieningen die onze moderne samenleving kenmerken een gevolg zijn van de grondwetten die sinds de Franse Revolutie in de gehele wereld zijn opgesteld. Het leven in zijn vele dimensies werd al eerder door de moderne disciplinerende macht op de politieke

agenda geplaatst, niet door het pleidooi van verlichte filosofen. "Het 'recht' op leven, op het lichaam, op gezondheid, op geluk, op de bevrediging van de behoeften [...] was het politieke antwoord op al deze nieuwe machtsprocedures," niet de grondslag ervan (Foucault, 1984a, p.143). Het vastleggen van deze rechten vormde niet het begin, maar de voltooiing van een proces dat feitelijk begon bij de onoverzichtelijke chaos van politieke problemen, samenhangend met de moeizame start van het kapitalisme. De uitkomst van dit proces zijn de rechten die het moderne individu kan claimen. De politieke machine, met zijn 'zorgvuldig geschikte raderen' is een automaat geworden. Het recht op onderwijs, gezondheidszorg, veiligheid constitueert de vraag, terwijl de dienstverlenende instellingen de rechten creëren.

Achtergronden van de introductie van anesthesie in de medische praktijk

Foucault heeft laten zien dat allerlei veranderingen in de sociaal-economische ordening van de samenleving vanaf de achttiende eeuw aanleiding gaven tot de opbouw van een stelsel van gezondheidszorg. Aanvankelijk maakte pijnbestrijding echter nog geen deel uit van dit stelsel. Pijnbestrijding werd tot halverwege de negentiende eeuw nog niet als een zelfstandige medische taak gezien. Pas vanaf 1847 kwam daar, eerst in Amerika, later in West-Europa, in korte tijd verandering in.

De situatie in de Amerikaanse gezondheidszorg aan het begin van de negentiende eeuw werd gekarakteriseerd door gespletenheid (Pernick, 1985). Er bestonden twee kampen met elk een eigen opvatting van geneeskunde en de rol van de arts daarin. Aan de ene kant stond de geneeskunde van het heroïsche ingrijpen, vigerend tot ongeveer 1830. De belangrijkste vertegenwoordiger van dit kamp was de invloedrijke Benjamin Rush, die pijnlijke geneesmethoden voorstond, gebaseerd op het geloof dat pijn ziekte kon genezen. Rush dacht dat het lichaam slechts één ziekte tegelijk kon bevatten. Omdat hij pijn ook als een ziekte beschouwde, zou het toebrengen van pijn de ziekte uit de patiënt verdrijven. Zo bestond de remedie voor vergiftiging volgens Rush uit 'zweepslagen' en 'heet-ijzerbehandeling'.

Het andere kamp, dat wellicht deels als reactie op dit systeem ontstond, verzette zich tegen de noodzaak van heroïsch ingrijpen bij ziekte. Sterker nog, de grote doses die Rush en zijn volgelingen toedienden hadden volgens hen meer kwalijke dan gezondheidsbevorderende gevolgen. Zij wezen op het eerste Hippocratische gebod: *richt geen schade aan*. Dit andere kamp geloofde dat het lichaam ook zonder medisch ingrijpen in of aan het lichaam zou genezen, mits daarvoor de condities optimaal waren. Hun recepten weerspiegelden dit: zij adviseerden patiënten veranderingen in ventilatie, dieet, kleding, oefeningen, gewoonten, beroep, huisvesting, of zelfs politieke voorkeur of religie.

Het verzet tegen de 'orthodoxe' geneeskunde van Rush kwam onder andere tot uiting in de groeiende populariteit van botanisme, homeopathie, en hydroopathie. Deze geneeswijzen gingen uit van het natuurlijke zelfgenezingspotentieel van het lichaam en derhalve van het minimaliseren van menselijk ingrijpen. Zij waren daarom belangrijke vertegenwoordigers van de 'natuurlijke' of 'omgevingsgerichte' benadering.

Verdeeldheid kenmerkte de situatie waarin een initiatief van een kleine elite van orthodoxe artsen uit zou groeien tot een nieuwe behoudende artsenklasse, die wel aan de bezwaren van de 'natuurlijken' tegemoet wilde komen, maar alleen voor zover hervormingen de professionele status en de reguliere opleidingen niet in gevaar zouden brengen. In het midden van de jaren 1840 kwam deze elite enkele malen bijeen, waaruit de stichting van de American Medical Association (AMA) in 1847 voortkwam. Deze organisatie zou in korte tijd een netwerk vormen waarop behoudende artsen uit alle delen van het land zich aansloten. Overigens moet volgens Pernick de rol van de stoomboot, de spoorwegen en de telegraaf in het ontstaan van deze regionale en nationale netwerken niet onderschat worden.

De nieuwe artsenklasse hield in veel opzichten het midden tussen de twee rivaliserende kampen. Ze geloofden zowel in de invloed van omgevingsfactoren als in de effectiviteit van medische ingrepen in en aan het lichaam. Ze waren evenals de orthodoxen voor actieve medische bemoeienis, maar ze gingen met de natuurlijken mee door te stellen dat iedere medische ingreep ook risico's in zich borg. Zij stelden

dat vóór alle ingrepen zorgvuldig afgewogen moest worden wat de voor- en nadelen zouden zijn. Het gebruik van statistische gegevens over de effectiviteit van behandelingen voor bepaalde doelgroepen zou hiervoor een nuttig hulpmiddel blijken te zijn.

Chirurgie werd door de meeste sectarische bewegingen afgewezen omdat het vernielingen aanrichtte en een actieve ingreep in de loop van de natuur was. Het tegenargument van enkele behoudende chirurgen was echter dat chirurgisch ingrijpen zich ook kon richten op het behouden van zieke organen in plaats van op de verwijdering of vernietiging ervan, of op het tegen elkaar aanleggen en binden van gebroken botten in plaats van op de directe amputatie van ledematen. Zij verzetten zich daarom tegen het stempel 'orthodox'. Ze zagen zichzelf als intermediair tussen techniek en natuur, de natuurlijke genezing eerder assisterend dan eliminerend. Deze behoudende chirurgen wogen de risico's van operaties nauwgezet af tegen de verwachte resultaten ervan. Zij hanteerden alle gebruiksaanwijzingen die de AMA formuleerde. Het zou, vooral door hun calculerende instelling, deze nieuwe groep van behoudende chirurgen zijn die de mogelijkheden van anesthesie oppikte.

De invoering van anesthesie door calculerende medici

Rey (1995) omschrijft, in haar medische geschiedenis van pijn, de negentiende eeuw als de 'eeuw van de grote ontdekkingen', zowel in West-Europa als in de VS. Wat de anesthesie betreft was met name 1847 een revolutionair jaar, toen de verdovende werking van ether algemeen bekend werd. Het gebruik ervan in operatiekamers nam in snel tempo toe en verspreidde zich tot in de verste uithoeken van de westerse wereld. Maar ondanks deze snelle verspreiding van ether werden nog lang niet alle operaties onder verdoving verricht. Pernick haalt gegevens aan van het Pennsylvania Hospital in Philadelphia, die uitwijzen dat tussen 1853 en 1862 ongeveer 32 procent van alle amputaties voor gebroken ledematen zonder anesthesie werd verricht. In het Massachusetts General Hospital werd in 1847 een op de drie operaties bij bewustzijn van de patiënt uitgevoerd. In het New York Hospital kreeg in de vijf jaar na de introductie van ether in dit ziekenhuis een derde van alle patiënten die een amputatie ondergingen geen verdoving.

Deze selectiviteit in de toepassing van anesthesie hing nauw samen met de vele nadelen en gevaren die het gebruik van ether, en later vooral van chloroform, met zich meebracht. Vooral het gevaar nooit meer wakker te worden uit de kunstmatig opgewekte slaap was reëel aanwezig. Het kwam regelmatig voor dat patiënten aan vergiftiging overleden, met name bij het in 1848 geïntroduceerde chloroform. Hoe klein de risico's ook waren, dit bleef het grootste bezwaar. Pijnverlichting kon nooit een voldoende rechtvaardiging vormen voor het levensgevaar dat het gebruik van anesthesie met zich meebracht. De dreiging van de dood was van een andere morele orde dan het verlichten van pijn.

Maar er zaten meer nadelen aan anesthesie. Opvallend is dat deze nadelen zowel door het omgevingsgerichten als door de orthodoxen naar voren werden gebracht. Van alle groepen met een mening over anesthesie hadden de homeopaten, hydropaten, vegetariërs, en vergelijkbare natuurlijke genezers de meest uitgesproken tegenargumenten. Zij vonden anesthesie 'onnatuurlijk': het moedigde operaties aan; het betekende het gebruik van giftige chemicaliën in plaats het vertrouwen op de genezende kracht van de natuur; het bedroog de natuur door mensen met ongezonde leefwijzen niet de welverdiende pijnlijke gevolgen te laten dragen. Andere tegenargumenten kwamen van leden van sektarische bewegingen als de *Eclectics*. Volgens hen was pijn een essentiële levenskracht, die op vitaliteit duidde. Zij dichtten pijn genezende kracht toe en veroordeelden op grond daarvan de anesthesie. Botanici deelden de meeste bovenstaande tegenargumenten en voegden eraan toe dat alleen plantaardige middelen betrouwbaar waren.

Ook uit de orthodoxe hoek kwam kritiek op het gebruik van anesthesie bij operaties. Zij waren, evenals vele bovengenoemde critici, bang dat anesthesie de patiënt zijn autonomie ontnam, omdat hij niet meer bij zijn eigen operatie kon assisteren. Berucht waren de verhalen van verdoofde patiënten bij wie het gezonde been werd geamputeerd of bij wie tandartsen vele kiezen behalve de pijnlijke trokken.

Anesthesie maakte van patiënten willoze slachtoffers van kwakzalvers en onbekwamen. Andere tegenargumenten waren meer theoretisch van aard. Diegenen die de (door Galenus geïnspireerde) ideeën van Benjamin Rush nog steeds accepteerden waren bang dat anesthesie zou leiden tot meer wondinfecties en slecht herstel, omdat volgens hen alleen door pijn de ziekte kon 'ontsnappen' en de patiënt kon genezen. Aan de andere kant vonden sommigen van hen dat pijn zelf ook een vorm van ziekte was. Zij achtten pijnstillers dus wel acceptabel, maar alleen als geneesmiddel, dat wil zeggen: als middel om structurele veranderingen in de lichamelijke toestand van de patiënt te bewerkstelligen, niet als middel dat tijdelijk het bewustzijn uitschakelde.

Onmiskenbaar had ether ook bepaalde voordelen. Zo bood de verdoofde patiënt geen weerstand bij operaties, hij schreeuwde en spartelde niet en hij hoefde niet meer vastgebonden te worden. Anesthesie bood de mogelijkheid operaties rustiger en zorgvuldiger uit te voeren. Bovendien vermeed men het gevaar van een 'shock' door de intense operatiepijnen, en daarmee de traumatische gevolgen (soms zelfs de dood) voor de patiënt. Maar ondanks deze praktische voordelen bleven de meest radicalen uit de twee rivaliserende kampen bij hun principes. Voor hen waren de risico's ethisch onaanvaardbaar. Zij keurden anesthesie onvoorwaardelijk af.

In de loop van de negentiende eeuw zou de invloed van deze radicalen echter steeds kleiner worden ten gunste van de opvattingen van de (in 1847 nog kleine) groep van behoudende artsen, die veel genuanceerder over anesthesie dachten. Met hun pragmatische en calculerende instelling wezen ze anesthesie niet op voorhand af. Ze vonden dat de voor- en nadelen voor ieder individueel geval apart afgewogen moesten worden. Anesthesie kon wel degelijk legitiem zijn, namelijk als de 'genezing' niet schadelijker was dan de 'ziekte'. Volgens de chirurgengcommissie van het AMA moest men zich door deze calculatie laten leiden:

"Wegen de risico's en kwalijke gevolgen die het chirurgisch gebruik van deze middelen met zich meebrengt op tegen de voordelen die de vrijheid van pijn verschaft, en in welke mate en omstandigheden is hun gebruik gerechtvaardigd?" (Pernick, 1985, p.94).

Deze attitude berustte niet simpelweg op verschillende waarderingen van anesthesie, maar weerspiegelde een totaal andere opvatting van professionele hulpverlening. Waar de ideeën van omgevingsgerichten en van orthodoxen berustten op relatief vaststaande opvattingen van ziekte en behandeling, daar stond de behoudende geneeskunde voor een flexibele instelling die iedere patiënt als een apart geval beschouwde. Pernick omschrijft de attitude van de behoudende artsen als calculerend. Voor hen waren de voordelen en de nadelen van dezelfde orde. Een klein risico op overlijden mocht genomen worden als men verwachtte dat de patiënt ondraaglijke pijn zou lijden³.

Hoe moest het risico van overlijden echter tegen de gevoeligheid voor pijn afgewogen worden? Hoe konden deze factoren meetbaar en vergelijkbaar worden gemaakt? Volgens Pernick was deze vraag, die alleen zo gesteld kon worden door behoudende artsen, aanleiding voor de introductie van de statistiek in de 'ethiek van de anesthesie'. Alleen met behulp van statistische gegevens konden de voor- en nadelen, de gezondheidswinst en -risico's tegen elkaar afgezet worden.

"Statistieken verschaften het enige onfeilbare criterium en zijn onontbeerlijk bij het vormen van een oordeel - we zouden ze voor zichzelf moeten laten spreken" (een student geneeskunde in 1853 geciteerd door Pernick, 1985, p.100).

Een analyse van de medische tijdschriften uit het eerste decennium na de introductie van ether laat de regelmatige pogingen zien om het relatieve nut van anesthesie te kwantificeren. Hoewel de meeste van deze studies volgens Pernick leden aan een erg 'primitief begrip van statistiek', weerspiegelden ze allemaal het belang van wiskundige berekeningen in de handelswijze van behoudende artsen. Ze

³ Deze vergelijkbaarheid van pijn en dood heeft zijn meest radicale gedaante in euthanasie. Het huidige euthanasiedebat voert volgens Pernick terug op het ontstaan van een calculerende instelling, die deze nieuwe klasse van behoudende artsen in de geneeskunde introduceerde.

toonden de reductie van een morele discussie tot een technische. Idealiter hoefden mensen niet te beslissen, maar wezen metingen de uitkomst aan.

De onderzoeken hadden zowel betrekking op het risico van anesthesie voor bepaalde groepen mensen als op de pijngevoeligheid van die groepen. Dit saldo van pijngevoeligheid en risico bepaalde de juiste hoeveelheid toe te dienen ether en de omstandigheden waarin het gebruik nodig werd geacht. De pijngevoeligheid, zo dacht men, verschilt van persoon tot persoon. De beroemde Franse neurofysioloog Magendie stelde:

"De factoren die de [...] sensaties beïnvloeden zijn legio: leeftijd, geslacht, temperament, de seizoenen, het klimaat, gewoontes, individuele aanleg" (Pernick, 1985, p.148).

Een groot aantal specifieke biologische, sociale en morele onderscheidingen werden verondersteld iemands pijngevoeligheid en het risico dat men liep te bepalen. Negentiende eeuwse medische autoriteiten stonden erop dat artsen in het voorschrijven van anesthesie allerlei verschillende factoren in ogenschouw namen⁴.

Pernick brengt veel onderzoeken naar dergelijke factoren in kaart en laat zien welke denkbeelden daarbij destijds gangbaar waren. Hoewel weinig opvattingen unaniem onderschreven werden vond men doorgaans dat anesthesie vanwege de pijngevoeligheid het meest geschikt was voor kinderen; vrouwen; en opgeleide, tot de bovenklasse behorende, blanke patiënten. De meeste medische studieboeken en artikelen contra-indiceerden anesthesie voor patiënten uit lagere klassen, dronken patiënten, negers en oorlogsveteranen. Ook de soort operatie bleek volgens de onderzoeken van belang bij de afweging. Ledemaatamputaties, botbreuken, en langdurige weefseloperaties moesten onder verdoving uitgevoerd worden, terwijl bij hersen-, hart- of long-operaties; bevallingen; en chirurgie aan nagels, tenen, keel, mond, oog of anus het gebruik van anesthesie in het algemeen werd afgeraden. Minder overeenstemming bestond er over sterke blanke mannen; zwaarlijvige, bejaarde, of chronisch zieke patiënten; menstruerende vrouwen; lijdens aan schotwonden of nierziekte; en patiënten die aan een hernia of andere 'kleine' kwalen geopereerd werden.

Ondanks een veelheid aan formele regels was het volgens Pernick de taak van iedere arts om de indicaties en contra-indicaties pas te bepalen na zorgvuldige afweging van de invloed van alle omstandigheden en individuele eigenschappen van de patiënt. Medische autoriteiten waarschuwden tegen een al te mechanische toepassing van de onderzoeksresultaten. Ze drongen erop aan bij het gebruik van de ontwikkelde criteria ieder individu als een apart geval te beschouwen, met een eigen pijngevoeligheid en eigen reacties op drugsgebruik.

Pijnverlichting als nieuwe medische taak

Pernick laat zien hoe de ontwikkeling van een nieuwe calculerende artsenklasse voorwaarde was voor de invoering van anesthesie, juist doordat het gebruik van anesthesie aan allerlei voorwaarden verbonden bleef. Onderzoeken wezen uit wie wel en wie niet in aanmerking kwam voor anesthesie en in welke omstandigheden en hoeveelheden. Pernick laat verder zien hoe anesthesie in de praktijk slechts selectief werd toegepast. In drie onderzochte Amerikaanse ziekenhuizen blijkt het medisch handelen nauw afgestemd te zijn geweest op de bovenstaande opvattingen en ideeën van medische autoriteiten.

Het zou nog ongeveer een halve eeuw duren voordat anesthesie algemeen werd toegepast. Pernick

⁴ Hoewel veel Amerikanen geloofden dat ras, geslacht, leeftijd en sociale omstandigheden goede indicatoren waren de pijngevoeligheid waren, verschilden de meningen over het onderliggende causale verband. Sommigen weten de lage gevoeligheid van bijvoorbeeld negers aan hun dikkere huid, terwijl anderen dit toeschreven aan het feit dat ze als slaven al zolang mishandeld waren en dat ze zich tegen pijn gehard hadden. Ook de geringe mate van ontwikkeling werd als oorzaak van ongevoeligheid gezien. De verschillende opvattingen hadden politieke consequenties. Naturalistische verklaringen boden een legitimatie voor slavernij, terwijl Abolitionisten met culturele verklaringen pleitten voor de afschaffing van slavernij. Slaven spraken overigens zelf meestal van een groter uithoudingsvermogen. Zij zagen het verbergen van hun pijnen voor de meester als een uitdrukking van hun waardigheid.

noemt een aantal factoren op die in de tweede helft van de negentiende eeuw hebben bijgedragen aan het algemeen worden van anesthesie. De eerste ervaringen met anesthesie wezen uit dat opereren veel gemakkelijker werd: patiënten boden geen weerstand en chirurgen werden niet meer iedere keer met helse pijnen geconfronteerd. De Amerikaanse farmaceutische industrie pikte de vraag naar anesthesie al spoedig op, hetgeen zou leiden tot een verbetering van kwaliteit, veiligheid en beschikbaarheid van pijnstillers.

Maar een belangrijkere reden, die deels voortkwam uit deze factoren, was waarschijnlijk de veranderde houding van de negentiende eeuwse arts ten opzichte van pijn. De toepassing van ether stond aan het begin van een serie farmaceutische ontdekkingen. Eraan vooraf ging de isolatie van morfine, cocaïne en herone. Na de ontdekking van ether zou het pijnonderzoek echter pas goed op gang komen. Ether en chloroform werden gevolgd door een groot aantal synthetische pijnstillers, met de ontdekking van aspirine als kroon op het werk van de farmaceutische industrie.

Het belangrijkste effect hiervan op de medische houding ten opzichte van pijn was dat men pijn niet langer als een ziekte op zichzelf beschouwde, maar als een symptoom van een onderliggende ziekte. Tot omstreeks het midden van de negentiende eeuw dacht men over ziekte als een verzameling waarneembare symptomen. Deze theorie wordt nog steeds weerspiegeld in de namen van veel ziekten - pokken, geelzucht, roodvonk. Tot die tijd dacht men dat medicijnen als opium en alcohol niet alleen een pijnstillende werking, maar vooral een therapeutische werking hadden. Walter Channing moest de Boston Society for Medical Improvement in 1852 nog zeer voorzichtig uitleggen dat het gebruik van chloroform "de pijn wegneemt - niet de ziekte" (Pernick, 1985, p.237). Ether en chloroform bleken de pijn slechts tijdelijk te elimineren, zonder dat het de patiënt genas. De status van ziekte als een verzameling symptomen kon dus niet langer gehandhaafd blijven. Tegelijkertijd werden in de pathologie begrippen als 'weefsel' en 'cel' geïntroduceerd (zie hoofdstuk 2). Men begon ziekten te omschrijven in termen die onafhankelijk van de ervaren symptomen waren. Deze twee ontwikkelingen, de scheiding van symptoom en ziekte en de oriëntatie van de pathologie op onderliggende structuren, zorgden ervoor dat medische behandeling zich meer zouden gaan richten op het herstellen van onder-de-oppervlakte-liggende stoornissen.

Toch is dit slechts de halve waarheid. Tegelijk met deze nieuwe oriëntatie kreeg de geneeskunde er namelijk een taak bij. Naast het genezen van ziekten begonnen volgens Pernick conservatieve artsen het verlichten van pijn als een aparte medische taak te zien. De effectieve klinische toepassingen van opium, morfine, alcohol, ether, chloroform, nitrous oxide en andere pijnstillers vonden alle in de negentiende eeuw plaats. Volgens de filosoof Peirce mag deze eeuw daarom met recht 'de eeuw van de pijn' genoemd worden.

De Hippocratische traditie verbood artsen pijnstillers toe te dienen aan patiënten die ongeneeslijk ziek waren. De bedoeling van zulke verboden zou kunnen liggen in het voorkomen van euthanasie, het beschermen van de reputatie van artsen en/of het beschermen van het geld van de patiënt. Maar de implicatie was in ieder geval dat genezing, en niet pijnverlichting, de overheersende medische taak was. Tot in de negentiende eeuw werd dit idee vrijwel algemeen onderschreven. Men keurde verdovende middelen niet altijd af, maar beperkte het gebruik ervan tot gevallen waar het aantoonbare andere voordelen had, zoals het redden van leven of de preventie van ziekte. In ieder geval mocht het leven van de patiënt niet in gevaar gebracht worden ten gunste van pijnverlichting. In het zeventiende eeuwse Frankrijk werd een barbier-chirurg, die een plantaardige pijnstiller had ontwikkeld, vervolgd en beboet door de gevestigde medische orde vanwege het in gevaar brengen van het leven van zijn patiënten.

De moderne leedverzachting begon in diezelfde zeventiende eeuw pas zeer incidenteel op te komen. Volgens Pernick was de filosoof Bacon de eerste vertegenwoordiger van de moderne geneeskunde die, in reactie op de Hippocratische geschriften, de medische plicht uitdrukte om ook het leed van patiënten te verlichten:

"Ik acht het de taak van een arts niet alleen de gezondheid te herstellen, maar om pijn en leed te

verzachten; en niet alleen als die verzachting tot herstel leidt, maar ook als het bijdraagt tot een eerlijke en rustige overgang" (Bacon *in* Pernick, 1985, p.112).

Deze opvatting werd halverwege de negentiende eeuw opgepikt en uitgewerkt. Conservatieve artsen achten een zeker risico toegestaan ten gunste van pijnverlichting. Dit kwam niet alleen in de toepassing van anesthesie tot uiting, maar ook bijvoorbeeld in het aandringen van een arts bij de conservatieve artsengorganisatie AMA om een palliatieve operatie uit te kunnen voeren op een patiënt met een pijnlijke, maar ongeneeslijke vorm van kanker. Ook de toename in alcohol- en opiumrecepten (niet als geneesmiddel voor ziekte, maar puur om het leed te verzachten) toont deze veranderde houding van artsen ten opzichte van pijn. Pijnverlichting werd een medisch doel op zich.

Aan het begin van dit hoofdstuk werd uiteengezet hoe zich vanaf de achttiende eeuw een stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen ontwikkelde uit een nieuwe machtsstrategie die het gedrag van individuen subtiel en anoniem trachtte te manipuleren. Volgens Foucault vindt de hoge waarde, die gezondheid in onze samenleving heeft, zijn oorsprong in de negentiende-eeuwse 'bio-macht'-strategieën. Vooral economische redenen maakten van gezondheid een sociale plicht. Wie kon werken moest werken. Gezondheid werd belangrijk gemaakt om de orde in de samenleving te garanderen en het productieapparaat op gang te houden. Daartoe riep men een systeem van gezondheidszorg in het leven, terwijl wetten het recht op zorg formuleerden en veilig stelden voor diegenen die het nodig hadden.

In dit systeem is de pijnbestrijding zich komen voegen. Vanaf het midden van de negentiende eeuw werd pijnbestrijden een medische taak. Gecombineerd met het recht op medische hulp betekende dit dat pijnlijders in principe het recht op pijnbestrijdingsvoorzieningen konden gaan claimen.

Pijn: theorie en praktijk

Voor het vervolg van deze scriptie kunnen uit dit en het vorige hoofdstuk twee voorlopige conclusies getrokken worden over de relatie tussen theorie en praktijk en de dynamiek van deze relatie.

Er is een belangrijke overeenkomst zichtbaar tussen de theorieën van Foucault en Pernick. Beide geven weer hoe de nadruk op individuele eigenschappen de uitkomst is van problemen rondom een concrete sociale ontwikkeling. Foucault heeft laten zien dat voor de modernisering van de samenleving vele verschillende ordeningen moesten worden aangebracht. Instellingen, wetenschap en overheid brachten ordeningen aan omtrent gezondheid, rijkdom, economische nut, opleiding. Het individu verscheen als een ding met allerlei verschillende eigenschappen. Ook in de anesthesiepraktijk komt het individu als drager van variabelen naar voren en is dezelfde ordenende tendens zichtbaar. Gevoeligheid en risico's, en daarmee het 'recht' op anesthesie waren afhankelijk van het behoren tot bepaalde categorieën. Vrouwen en kinderen werden gevoeliger geacht dan volwassen mannen; drinkers, laag opgeleiden en negers zouden minder behoefte aan anesthesie hebben. Hoe meer variabelen in het medisch oordeel geïntegreerd konden worden, hoe meer de beslissing op het individu afgestemd was. Zowel Foucault als Pernick laten zien dat het moderne individu een drager van variabelen is.

Hoe verhoudt zich de ontwikkeling die in dit hoofdstuk beschreven werd tot die van het vorige hoofdstuk? Wat is de relatie tussen enerzijds de gerichtheid op individuele kenmerken in de medische praktijk en anderzijds de oriëntatie van het wetenschappelijk onderzoek naar pijn op algemene en generaliseerbare factoren?

Het wetenschappelijk onderzoek kenmerkt zich door de algemeenheid van de factoren waarmee het pijn verklaart. Kennis van somatische factoren is het resultaat van laboratorium-experimenten, terwijl kennis van sociaal-psychologische variabelen volgt uit empirische onderzoek en statistiek. Wanneer een patiënt in de context van de medische praktijk verschijnt, wordt hij gezien als een combinatie van factoren, als een drager van variabelen. Dit individu is uniek voor zover de combinatie van factoren uniek is; de factoren zelf zijn het product van experimenteel of statistisch onderzoek en bezitten een algemeen karakter. Kortom: de generaliseerbare resultaten van wetenschappelijk onderzoek zouden de kenmerken leveren die een individu uniek maken. In het volgende hoofdstuk zal dit individu als drager van variabelen

vergeleken worden met het individu als hoofdpersoon van zijn levensverhaal. De consequenties van dit onderscheid zullen daar centraal gesteld worden.

De tweede conclusie betreft de dynamiek van wetenschappelijk onderzoek en medische praktijk. Aan het begin van dit hoofdstuk werd opgemerkt dat het onderzoek naar pijn, zoals dat in het vorige hoofdstuk werd beschreven, pas opkwam nadat pijnbestrijding een medische taak was geworden. Hoe verhouden deze twee ontwikkelingen zich tot elkaar.

Het experimentele onderzoek naar pijn begon volgens Metz (1964) in 1884 met de huidsensibiliteitsproeven van Blix. Daaropvolgend werden de verklaringen van pijn steeds meer in verband gebracht met de werking van zintuigen en zenuwen. De praktijk van de pijnbestrijding begon in 1847 en het gebruik van anesthetica verspreidde zich snel. Het wetenschappelijk onderzoek naar pijn volgde dus op de invoering van pijnbestrijding in de praktijk. Het zou kunnen zijn dat juist het effect van pijnbestrijdingsmiddelen de aanleiding was voor het onderzoek naar de mechanismen die dit effect veroorzaakten.

Maar mijns inziens is ook het omgekeerde het geval. In zekere zin volgde het ontstaan van pijnbestrijding ook op resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Zodra men het lichaam vergelijkt met een mechanisme, zoals Vesalius, Harvey en Descartes in de zestiende en zeventiende eeuw deden, krijgt medische interventie een gelijksoortige morele status als het repareren van een pomp of een horloge. In de holistische leer van Galenus moest pijn doorleefd worden indien de patiënt volledig wenste te genezen. De afrekening met deze opvatting was in feite een eerste stap richting de moderne pijnbestrijding. Een technisch probleem vraagt immers om een technische oplossing.

De behoefte aan pijnstillers

De ontdekking van ether was het begin van een continu stijgende vraag-curve naar pijnstillers. Weliswaar waren er voor 1847 al enkele pijnstillende methoden bekend, maar handelaars erin droegen het stempel van kwakzalvers en geldkloppers (Pernick, 1985). Pas sinds 1847 werd het gebruik van deze pijnstillers langzamerhand door de medische orde goedgekeurd en zelfs aanbevolen. Er was een nieuwe houding ten opzichte van pijn ontstaan, waarop de farmaceutische industrie heeft ingespeeld. Allerlei commerciële pijnstillers werden in de tweede helft van de negentiende eeuw ontwikkeld en aangeprezen in reclamecampagnes. In 1899 werd aspirine op de markt gebracht.

Maar waar kwam deze groeiende behoefte aan pijnstillers vandaan? Was hier sprake van een soort medisch complot, zoals sommige auteurs volgens Pernick zouden suggereren, of ligt hier simpelweg een natuurlijke behoefte aan pijnverlichting aan ten grondslag? Pernick bevestigt dit laatste antwoord. Volgens hem ging de toename van de vraag van patiënten uit. Met betrekking tot anesthesie waren de meeste Amerikanen volgens hem maar al te graag bereid een beetje autonomie in te leveren (onder verdoving was men niet meer 'aanwezig' bij zijn eigen operatie) in ruil voor de vrijheid van pijn.

Mijns inziens versimpelt Pernick zijn eigen theorie als hij concludeert dat de mensen zelf, en niet de medische professie, erop stonden dat ieder pijntje genezen zou worden, onafhankelijk van de kosten ervan. Pernick laat immers zelf zien hoe de vraag naar pijnstillers, die aan het einde van de negentiende eeuw ontstond, terugvoerde naar een samenspel van vele factoren: de weerstand van natuurlijke genezers tegen de radicale geneesmethoden uit het begin van de negentiende eeuw, het ontstaan van een behoudende artsenklasse, de invoering van een calculerende ethiek in de geneeskunde, statistisch onderzoek naar pijngevoeligheid en risicogroepen, selectieve anesthesie, de bemoeienis van de farmaceutische industrie met pijn, de ontwikkeling van nieuwe pijnstillende technieken en het ontstaan in de geneeskunde van leedverzachting als doel op zich.

Pernick beweert dat de behoefte aan pijnverlichting al latent in de natuur van de mens aanwezig was toen de anesthesie werd gintroduceerd. Deze visie gaat voorbij aan een ander aspect van behoeften. Tot slot van dit hoofdstuk zal daarom een alternatieve conclusie aan Pernicks theorie gekoppeld worden, die van een ander begrip van behoeften uitgaat. Hierin wordt Pernicks naturalistische opvatting van

patintenbehoefte niet ontkend, maar eerder aangevuld met een culturele component.

Achterhuis (1988) gaat er, in navolging van de filosoof Girard, vanuit dat de begeerte zich in principe op alles kan richten: op voedsel, op vrouwen, op gezondheid, op schone lucht, enz. Maar zodra meerdere mensen hetzelfde begeren en de middelen om erin te voorzien beperkt zijn, zal een toestand van concurrentie en wedijver optreden. Traditionele samenlevingen vingen deze dreiging volgens Achterhuis op met allerlei taboes en geboden. Als preventieve maatregel om de orde te bewaren zouden in dergelijke samenlevingen de begeerten cultureel begrensd worden. Als voorbeeld haalt Achterhuis het incesttaboe aan. Om te voorkomen dat binnen een gemeenschap de mannelijke lusten zich op dezelfde vrouw richtten en deze explosieve situatie in geweld uitbarstte zou er een cultureel verbod bestaan op incest. Zo kon er geen strijd tussen vader en zoon ontstaan.

Volgens Achterhuis moeten sacrale gewoontes en overtuigingen begrepen worden vanuit hun regulerende vermogens. De waardering voor vrijgevigheid en solidariteit en de afkeuring van individualisme en egoïsme voorkwamen dat er een tekort aan voedsel ontstond door onrechtmatige verdeling. Maar in de moderniteit, zo luidt Achterhuis' diagnose, werden hoe langer hoe meer van dergelijke culturele beperkingen opgeheven en overgenomen door de economie. Schaarste zou niet langer beheerst worden door het binnen de perken houden van begeerten, maar door het evenredig of overvloedig aanbieden van goederen. Het evenwicht van vraag en aanbod verving op veel terreinen de oude traditionele normen en waarden. Liberale (en later ook socialistische) samenlevingen stelden systemen van gezondheidszorg, onderwijs, arbeid, enz. in de plaats van private sociale netwerken. Op allerlei fronten maakten religie en cultuur plaats voor economie en technologie.

Voor Achterhuis is de vraag of behoeften geschapen zijn of door de natuur gegeven niet relevant. De cruciale factor betreft de manifestatie ervan. De grenzen van deze manifestatie zijn cultureel bepaald, bijvoorbeeld door taboes (zoals het incesttaboe) of geboden (zoals het gebod om voedsel te delen). Ten aanzien van pijn zou dit als volgt kunnen worden omschreven: pas als het hier en nu 'normaal' is om geen pijn te hoeven voelen, kan er een vraag naar pijnstillers ontstaan. In het volgende hoofdstuk zal bekeken worden of deze stelling stand houdt voor de geschiedenis van pijn. In hoeverre ontstond de pijnstillersmarkt als een gevolg van de opheffing van culturele grenzen aan pijnbestrijding door onder andere het samenspel van factoren dat Foucault en Pernick hebben beschreven? Kan Achterhuis' interpretatie van behoeften geëxtrapoleerd worden naar de pijnbestrijding?

4 HET LIJDEN IN CULTUUR-FILOSOFISCH PERSPECTIEF

Een groot aantal onderzoeken toont aan dat pijnbeleving en pijngedrag van cultuur tot cultuur verschillen. Menges (1992) haalt onder andere een antropologisch onderzoek aan over de Bariba, een etnische groep van ongeveer 400.000 leden in Noord-Benin en Nigeria (West-Afrika). Bariba lijken ongevoelig in omstandigheden die voor westerlingen bijzonder pijnlijk zijn. Ze tonen nauwelijks of geen pijngedrag bij bevallingen, verwondingen, initiatieriten of medische ingrepen.

Wanneer een zwangere Bariba-vrouw de tekenen van een naderende bevalling voelt, zal zij niets van enig ongemak laten merken en zich alleen terugtrekken. Pas als de bevalling achter de rug is roept zij hulp in voor het doorknippen van de navelstreng. Dit moedige gedrag wordt in de Bariba-samenleving hoog gewaardeerd, terwijl het tegengestelde gedrag, het steunen en kermen, schande over de vrouw en haar echtgenoot oproept. Ook van een gewonde krijger vereist de Bariba-cultuur dat hij zijn pijn niet zal uiten en met een stoïcijnse onverschilligheid zijn dagelijkse activiteiten voort zal zetten.

De Bariba kennen een rangorde in ernstige vergrijpen. Bovenaan staan misdrijven als diefstal, overspel en incest. Op de tweede plaats komt het uiten van pijn. De Bariba zien dan ook minachtend neer op culturen, waarin anders met pijn wordt omgegaan. Europa, waar de vrouwen op de barensweeën hoorbaar reageren en waar zelfs de mannen de bevalling bijwonen, is bij de Bariba onderwerp van spot.

Historici over pijn

De stelling dat de hoeveelheid pijn evenredig zou zijn toegenomen met de mate van modernisering is in de westerse cultuurgeschiedenis en -filosofie al in vele varianten geopperd. In 1892 schreef de Amerikaanse neurofysioloog Weir Mitchell de toegenomen pijngevoeligheid toe aan de tendens tot humanisering:

"De beschaafde mens heeft folter bewust afgeschafft, maar in ons beschavingsproces hebben we er, naar mijn mening, een toename in het vermogen tot lijden mee gewonnen. De oermens voelde pijn niet zoals wij" (Weir Mitchell *in* De Moulin, 1974, p.541).

De Franse legerchirurg Leriche beweerde in 1937 dat de pijngevoeligheid - als fysiologische eigenschap, uitdrukkelijk niet de *résistance morale* - is toegenomen, doordat het voor de moderne mens met zijn pijnverlichtingsmethoden niet meer nodig is zich tegen pijn te harden (De Moulin, 1974).

Buytendijk (1957), psycholoog en filosoof, sprak zelfs van *algofobie*, waarmee hij, in tegenstelling tot Leriche, wel op de pijnmentaliteit doelde:

"De moderne samenleving eist, dat de reeds gevonden middelen voor pijnbestrijding en pijnvoorkoming zullen worden toegepast en beschikbaar zijn voor iedereen en overal [...]. Zij eist ook van de geneeskunde, dat zij in haar vooruitgang van diagnostiek en genezing ook het voorkomen en wegnemen van pijn steeds meer uitbreidt. Men gaat steeds verder in deze eis, zoals elke arts, tandarts, chirurg of verloskundige uit de dagelijkse ervaring weet. Er is een algofobie ontstaan, die in haar mateloosheid zelf tot een kwelling wordt" (Buytendijk, 1957, p.14).

De chirurg Seiffert beweerde in een publicatie uit 1960 dat de pijntoename een gevolg is van veranderingen in de menselijke hersenstructuur (De Moulin, 1974). Evenals Leriche heeft Seiffert dus een verandering in de biologische constitutie van de mens voor ogen, een interpretatie die nog de nodige weerstand zou oproepen (Metz, 1964; De Moulin, 1974). Seiffert laat zich niet uit over de periode waarin deze pijntoename tot stand zou zijn gekomen.

Volgens Van den Berg (1963), neuroloog en historicus, moet de pijn in de eerste helft van de negentiende eeuw zijn toegenomen. Men was rond 1818 redelijk vertrouwd met hypnose en ook van allerlei voorlopers van ether en chloroform was bekend dat ze verdovende (neven)effecten hadden. Toch werden pas vanaf 1847 patiënten verdoofd bij operaties. Dit drijft Van den Berg tot de stelling dat de pijngevoeligheid in de eerste helft van de negentiende eeuw moet zijn toegenomen, waardoor pas in de

jaren 1840 een grotere behoefte aan anesthesie ontstond. Maar zoals we in het vorige hoofdstuk gezien hebben ligt deze problematiek ingewikkelder dan Van den Berg haar weergeeft. De conclusie dat de pijn is toegenomen kan er niet zonder meer uit getrokken worden.

Recenter hebben Menges (1992) en Dingemans e.a. (1993) in medische studieboeken over pijn gesteld, dat pijn in de moderne maatschappij steeds problematischer is geworden. Volgens Dingemans e.a. is de pijnproblematiek sinds de Tweede Wereldoorlog sterk toegenomen. Onduidelijk blijft of zij bedoelen dat mensen meer last van pijn hebben; of dat zij vaker met hun pijn naar een arts gaan, zodat de geneeskunde sinds de Tweede Wereldoorlog meer problemen met pijn heeft. Wel verwijzen zij naar een bron. Deze bron, Menges, is daar duidelijker over. Volgens hem gaat het om beide. Hij verklaart deze toename niet.

De meest recente verklaring voor de toename in de persoonlijke pijnbeleving is, voor zover mij bekend, afkomstig van Luijf (1990). Ik zal zijn artikel hieronder wat uitvoeriger bespreken dan de andere, omdat er naar mijn mening een belangrijke kern van waarheid in steekt.

De omweg in het historische onderzoek naar pijn

Het probleem met historische studies over de beleving van pijn is dat het subjectieve karakter van deze beleving een empirische verificatie bijzonder moeilijk maakt. En zou het niet principieel onmogelijk zijn, dan ontbreken de gegevens erover. Maar ondanks het feit dat een geschiedenis van pijn niet op directe wijze de vraag naar de toegenomen pijngevoeligheid (of het afgenomen uithoudingsvermogen) kan beantwoorden, is dit wel mogelijk via een omweg. Wanneer de determinanten van pijn, bijvoorbeeld met behulp van recent wetenschappelijk onderzoek, kunnen worden aangewezen, zou men de geschiedenis van die factoren kunnen proberen te achterhalen. Op deze wijze verklaren enkele van bovengenoemde auteurs hun veronderstellingen. Een dergelijke verklaring is dan tevens een indicatie voor de legitimiteit van de veronderstelling.

Van den Berg (1963) en Luijf (1990) volgen allebei ongeveer hetzelfde spoor als zij de pijntoename proberen te verklaren, of beter gezegd: te begrijpen of inzichtelijk te maken. Ik zal het artikel van Luijf als voorbeeld nemen, omdat dit het meest actueel is. Luijf omschrijft eerst wat pijn is en hoe de werkelijkheid er voor de pijnlijder uitziet, om vervolgens enkele overeenkomsten tussen die werkelijkheid en die van de moderne samenleving te laten zien. Hij legt hiermee het pijngenererende karakter van onze samenleving bloot.

Luijf gebruikt een cultuurfilosofische omweg, die begint met een fenomenologische uitleg van pijn. Hij haalt een verhaal van Sartre aan, waarin de gedachten en gevoelens van de hoofdpersoon worden gevolgd tijdens de laatste nacht voor zijn executie. Luijf geeft weer hoe de wereld van deze hoofdpersoon desintegreert:

"Ibietta ervaart zijn lichaam als een 'enorm ongedierte', een kolos waaraan hij geketend is en waarmee hij geen verwantschap voelt. In de loodzware aanwezigheid ervan lijkt de rest van de wereld licht te worden, alsof al het andere van zijn inhoud is ontdaan" (Luijf, 1990, p.93).

Terwijl zijn wereld vervluchtigt, krijgt het lichaam van de ter dood veroordeelde een verpletterende zwaarte. Het lichaam is het enige aanwezige, de dingen vervluchtigen.

"Zelfs de fysieke objecten in zijn gevangenis, de meest onmiddellijke en concrete objecten van het bewustzijn, hebben hun invloed verloren en zijn louter een schets geworden: bank, lamp en kolenberg, zo zegt Ibietta, vertoonden 'een vreemde aanblik: zij waren meer vervluchtigd, minder compact dan gewoonlijk'" (idem).

Volgens Luijf komt deze beschrijving zeer dicht in de buurt bij wat men pijnbeleving zou kunnen noemen. Laat ik dit uitleggen aan de hand van Metz' fenomenologie van pijn.

Metz omschrijft niet-pijnlijke bewustzijnsactiviteiten zoals waarnemen, denken, handelen als *zelfuitbreiding*: we richten onze aandacht op het waargenomene, het gedachte, de medemensen die bij het handelen betrokken zijn. We gaan er als het ware in op. Zij vragen onze betrokkenheid, zij trekken

onze aandacht. Bij pijn daarentegen is de aandacht, die in het pijnvrije bestaan bij de dingen is, alleen bij het lichaam. De pijnlijder kan niet tegelijkertijd zijn pijn voelen en met zijn gedachten bij iets anders zijn. Weet hij zijn aandacht op iets anders te richten, dan verdwijnt de pijn (deze techniek wordt onder andere in moderne pijnrevalidatie toegepast); slaat andersom een door zijn werk geobsedeerde timmerman zich plotseling vreselijk hard op zijn vingers, dan doet zijn werk er (even) helemaal niets meer toe, en bestaat er voor hem alleen nog maar de pijnlijke vinger. In het waarnemen is de mens bij de buitenlichamelijke werkelijkheid (eventueel vrijwillig bij het lichaam, bijvoorbeeld tijdens een yoga-oefening), maar in pijn wordt hij volledig en onwillekeurig op zijn eigen lichaam teruggeworpen. Metz omschrijft dit laatste als *wereldverlies*:

"De wereld valt voor de pijnlijder weg. In het pijnbeleven persisteert het eigen lichaam als centraal gegeven: het is tevens het enige gegeven. Het lichaam staat alleen" (Metz, 1964, p.140).

Dit isolement van het lichaam, deze *pijn*, is wat Ibietta ervaart, wanneer zijn leefwereld zin en betekenis verliest en desintegreert. De vluchtigheid van de dingen maakt het lichaam eenzaam, loodzwaar en bijzonder gevoelig voor pijn.

De vervluchtiging van de werkelijkheid en de pijniging van het lichaam zijn twee aspecten van dezelfde pijnbeleving. Dit is van groot belang voor Luijfs cultuurdiagnose. Hij vraagt zich namelijk vervolgens af hoe werkelijk onze werkelijkheid is. Hoezeer kan de moderne mens zich nog hechten aan deze werkelijkheid en er zin en betekenis aan ontleen? Het zal duidelijk zijn dat deze vraag dezelfde is als de vraag naar de pijnlijkheid van pijn. De vluchtigheid van de werkelijkheid is een graadmeter voor de mate van pijngevoeligheid.

Luijf karakteriseert het proces van verwetenschappelijking, dat in het tweede hoofdstuk met betrekking tot pijn werd uitgewerkt, als werkelijkheidsverlies. Weliswaar vergaart de wetenschap steeds meer kennis over de werkelijkheid, maar tegelijkertijd is deze kennis een abstractie ervan. De geneeskunde abstraheert van de leefwereld, zoals die zich in de alledaagse ervaring voordoet, en probeert het lichaam en zijn pijn objectief te beschrijven. Luijf maakt een onderscheid tussen holisme en systeemdenken. Holistische benaderingen (zoals de galenische gezondheidsleer) observeren specifieke fenomenen in relatie tot een specifieke plaats en tijd. Systeembenaderingen (zoals het biopsychosociale model) trachten de generaliseerbare reacties van een geïsoleerd systeem op variaties van externe factoren te verklaren. Volgens Luijf dreigt dit systeemdenken (door het aanzien dat wetenschap in onze samenleving heeft) de alledaagse werkelijkheidsbeleving te gaan dicteren. Luijf licht dit toe met een vergelijking van de natuur in de onmiddellijke ervaring met het milieu van ecologen. Hij laat zien hoever de tweede ("omschrijvingen als 'tussendoelstellingen voor zuurequivalenten'") af staat van alle betrokkenheid, herinneringen en eigen ervaringen die het bos werkelijkheidswaarde geven ("stiekeme strooptochten, klimbomen, indianentaal, mijn eerste sigaret"). Het systeemdenken over het milieu bedreigt deze directe betrokkenheid bij de natuur. De verwetenschappelijking van de natuur verschaft haar een betekenisloos en vluchtig karakter.

Analoog aan de effecten van verwetenschappelijking laat Luijf zien hoe ook door technologisering en economisering de werkelijkheid een vluchtig karakter krijgt. De snelheid van voertuigen en het tempo van consumptie veranderen (evenals wetenschappelijke abstracties) de concrete plaatsgebonden dingen in plaatsloze, betekenisloze, vreemde objecten. Modernisering maakt het bijzonder moeilijk een hechte band met de dingen aan te gaan.

"Alles wat belangrijk voor ons is lijkt in vergetelheid te worden ondergedompeld. Het huis waar we zijn geboren, de geuren, kleuren, klanken uit onze kindertijd, alles heeft zijn onmiddellijkheid en directheid verloren, zelfs de meest concrete fysieke objecten, die ons leven houvast boden en soms zelfs troost schonken. [...] De expressieve dimensie van plaatsen waarin we wonen en de objecten die er zich in bevinden gaat verloren in ontwerps- en beheersingssystemen (Luijf, 1990, p.103).

Volgens Luijf maakt modernisering de onmiddellijk ervaarbare werkelijkheid ondraaglijk licht. En de

ondraaglijke lichtheid van deze werkelijkheid maakt op haar beurt het lichaam verpletterend zwaar. In een betekenisloos beheersingssysteem is het lichaam eenzaam en zwaar en de pijn bijzonder pijnlijk. Op deze manier geeft Luijf, ondanks de moeilijkheden met betrekking tot empirische verificaties, toch een aannemelijke uitwerking van de stelling dat de pijn in de moderne westerse wereld is toegenomen.

Ik zal hier, hoewel het zeker de moeite waard zou zijn, niet langer stil blijven staan bij de brede cultuurkritiek van Luijf, maar mij meer op de details en concrete voorbeelden richten. Met name de rol van de geneeskunde is voor deze scriptie van belang wanneer het de toename van de pijnbeleving betreft. Ontwikkelingen op het gebied van preventieve en curatieve gezondheidszorg hebben een belangrijke rol gespeeld in het proces van modernisering en vooruitgang. Maar hoe moeten we de bijdrage hiervan aan de 'keerzijde van de vooruitgang' beoordelen? Deze ontwikkelingen hebben gezorgd voor de verspreiding van normaliteit, voor de behoefte aan gezondheidszorg en de collectieve plicht om daarin te voorzien. Maar in hoeverre dragen deze zorgvoorzieningen, en in het bijzonder de pijnbestrijding, daadwerkelijk bij tot het welzijn van patiënten?

Pijn, lijden en waardigheid

De sociale en culturele neveneffecten van de geneeskunde zijn in de jaren zeventig breed uitgemeten. Met name Illich (1978) heeft de nodige stof doen opwaaien met zijn *Grenzen aan de geneeskunde*, waarin hij beweert dat het medisch apparaat langzamerhand 'een grote bedreiging voor de gezondheid' is geworden. Illich verdedigt de stelling dat de neveneffecten van het medisch apparaat, als het groter wordt dan een bepaalde kritische omvang, dusdanig ziekmakend werken, dat het meer schade aanricht dan herstelt.

Evenals Luijf neemt Illich een omweg om te betogen dat de moderne mens pijn en ziekte meer als een probleem ervaart dan de voor-moderne mens. Illich benadert in navolging van Buytendijk (1957) pijn vanuit de waardigheid van de mens, om vervolgens deze waardigheid aan een cultuurfilosofische analyse te onderwerpen. Ik zal eerst ingaan op de opvattingen van Buytendijk om vervolgens op Illich terug te komen.

Metz en Luijf interpreteerden bewustzijnsactiviteiten (denken, waarnemen, voelen) als 'zelfuitbreiding'. Het zelf is op de werkelijkheid betrokken (op het gedachte, het waargenomene, het gevoelde). Het bewustzijn is ergens op gericht, het is *intentioneel*. In deze 'normale' situatie, waarin men huizen, bomen en auto's ziet en hoort; denkt aan de boodschappen die nog gekocht moeten worden; en de koude wind voelt, doorleeft men de buitenlichamelijke werkelijkheid. Deze situatie wordt verbroken door pijn. Men zou dit 'wereldverlies' kunnen noemen, omdat in pijn de aandacht niet langer op de buitenlichamelijke wereld is gericht, maar alleen nog op het pijnlijke lichaam. Buytendijk (1957) citeert Plessner om deze verstoring weer te geven:

"Men bestaat nog slechts uit tand, voorhoofd, maag. Brandend, borend, snijdend, stekend, kloppend, trekkend, wroetend, flikkerend werkt de pijn als inbreuk, verstoring, desoriëntatie, als een naar bodemloze diepten meevoerend geweld" (Buytendijk, 1957, p.155).

Buytendijk, die veel meer dan Metz en Luijf een onderscheid maakt tussen acute pijn (getroffen worden) en durende pijn (getroffen zijn), is op zoek naar de zin van met name durende pijn. Deze zin manifesteert zich in de manier waarop de mens zijn pijn ondergaat. De pijnlijdende mens is een gebroken en gekwetst mens. Maar toch gaat hij als persoon niet aan zijn pijn 'ten onder', dat wil zeggen dat hij als persoon zijn pijn *beantwoordt*. In deze beantwoording, of positie name ten opzichte van pijn, ligt de zin van pijn.

Om misverstanden te voorkomen moet, voordat ingegaan wordt op deze zin van pijn, eerst duidelijk worden wat Buytendijk er uitdrukkelijk niet mee bedoelt. Hij doelt niet op de organische of psychische functies die soms aan pijn toegekend worden. Acute pijn is zinvol. De pijn bij het aanraken van een heet voorwerp vertelt het lichaam dat de hand teruggetrokken moet worden; de rugpijn bij het tillen van een zwaar voorwerp geeft een signaal dat het lichaam overbelast wordt. Langdurige pijn is in die zin echter

volstrekt zinloos. Deze pijn desorganiseert de innerlijkheid van de mens alleen maar. Als pijn zin heeft, overstijgt deze het biologische en psychische functioneren. Pijn verkrijgt pas zin in het persoonlijke lijden.

De relatie van het bewustzijn tot de pijn noemt Buytendijk het *lijden*. Zoals in het waarnemen het bewustzijn gericht is op de dingen, zo is in het lijden het bewustzijn gericht op de pijn. Ook het lijden is een intentionele bewustzijnsactiviteit. Het lijden is het ondergaan van pijn, het beleven ervan, het gedrag eronder, het antwoord erop. Dit lijden bevat een uniek en persoonlijk antwoord, waarin de waardigheid van de pijnlijder tot uiting komt.

"De pijn is aldus toetssteen, waaraan het diepste en eigenlijke van de mens wordt beproefd. Dit eigenlijke is *niet* het *karakter* als typische grondstructuur van het individu, maar de *persoon*, zoals hij in zijn intentionele akten leeft en deze voltrekend zichzelf beleeft" (Buytendijk, 1957, p.156).

Een persoon is iets anders dan een karakter. Als karakter verschijnt iemand als een 'ding met eigenschappen', als drager van variabelen, omdat hij in een groot aantal verschillende categorieën kan worden ingedeeld. Dit karakter is onderwerp van veel sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Een persoon daarentegen kenmerkt zich door het hebben van een 'levensverhaal', een verhaal waarin deze persoon de hoofdrol vertolkt, waarin zijn daden naverteld worden. Arendt (1968) wijst op de moeilijkheid dit persoonlijke en unieke precies weer te geven.

"Zodra wij willen zeggen *wie* iemand is, laten de woorden zelf, die wij moeten gebruiken, ons zeggen *wat* hij is; wij raken de draad kwijt en geven een opsomming van eigenschappen, die hij uiteraard gemeen heeft met anderen zoals hij; wij gaan een type beschrijven, een 'karakter' in de oude betekenis van het woord, met het gevolg dat juist zijn specifieke uniek-zijn ons ontsnapt" (Arendt, 1968, p.180).

Wanneer Arendt de mogelijkheden onderzoekt om het unieke van een persoon toch aan te duiden en de activiteiten aan te geven waarin zich dit manifesteert, introduceert zij het 'netwerk van relaties' en het 'levensverhaal'. In alles waar anderen bij betrokken zijn ontstaat een netwerk van relaties, waarin de persoonlijke identiteit gestalte krijgt. In dit netwerk 'onthult' de persoon zijn identiteit aan anderen.

Handelen is meestal handelen *met* elkaar, spreken is altijd spreken *tot* elkaar. Dit handelen en spreken "komen zich altijd invoegen in een reeds bestaand netwerk, waar hun uitwerking onmiddellijk voelbaar is. Tezamen brengen ze een nieuw proces aan de gang, dat zich tenslotte uitkristalliseert als het unieke levensverhaal van de nieuweling, dat op unieke wijze van invloed is op het levensverhaal van allen waarmee hij in contact komt" (Arendt, 1968, p.183).

Deze persoon, met zijn unieke levensverhaal, heeft Buytendijk voor ogen met 'het eigenlijke van de mens, dat in de pijn wordt beproefd'. Iemands lijden, het antwoord op zijn pijn, is een uiting van zijn persoonlijke waardigheid, een manifestatie en bewijs van zijn uniekheid. Aldus krijgt dit lijden een plaats in het levensverhaal van deze persoon.

Buytendijk onderscheidt drie *grondvormen* waarin het persoonlijke lijden vorm kan krijgen. Het bestaan van deze grondvormen doet natuurlijk niets af aan het uniek-zijn van de persoon die het lijden gestalte geeft. Zoals duidelijk zal worden geven grondvormen slechts een grove en abstracte indeling van de manieren waarop iemand een concrete pijn persoonlijk ondergaat.

De eerste grondvorm die Buytendijk noemt is de *capitulatie*. Vooral voor jonge kinderen is intense pijn zo totaal en omvattend, dat huilen het enig mogelijke antwoord is. Hoewel ze de pijn machteloos ondergaan en het huilen haast dwangmatig gebeurt, is capitulatie toch een persoonlijk antwoord op de natuur.

"In het wenen getuigt de mens van zijn persoonlijk bestaan, [...] en verkondigt hij in zijn tranen dat hij, pijn lijdende, er is, niet onderweg in de gang der natuur, maar - zij het ook machteloos, onwillekeurig - tegenover alle natuur, dat hij ook tegenover de zelf ervaren natuurlijkheid een positie inneemt, zij het een zwakke positie, want capitulerend" (Buytendijk, 1957, p.169).

De tweede grondvorm, het *verzet*, is een reactie op pijn, die men doorgaans in de kindertijd aanleert. Het kind leert niet te huilen bij pijn, het moet zich harden. Het leert afstand te nemen van zijn pijn, door

zich een objectiverende instelling eigen te maken, door wel te weten dat het pijn voelt, maar er zich niet door laat overmeesteren. Men moet zijn tranen voor erger verdriet bewaren, en niet vergieten bij een onbetekende pijn. De (jeugdige) pijnlijder moet leren zijn pijn te verbijten, moed te tonen door de pijn te verduren. In veel primitieve culturen is het bewijs, dat men pijn zonder capitulatie kan doorstaan, voorwaarde om tot de kring der volwassenen van de stam te worden toegelaten. Gedurende initiatieriten moet dit bewezen worden. Ook in de oudheid was de heroïsche strijd tegen de pijn een edel cultuurgoed. Vele verhalen vertellen hoe de helden van het oude Griekenland het leed opzochten in avontuur en gevaar om het vervolgens te doorstaan.

"Hij zoekt het op als een ridderlijke vijand, aan wiens onderwerping door strijd, geduld, volharding hij de maat van zijn krachten en van zijn eigenwaarde voor het zelfbewustzijn en dat van zijn medemensen meet. Hij zoekt ook de roem van de overwinnaar van het leed" (Buytendijk, 1957, p.173).

Ondanks de deugdzaamheid van het heroïsche verzet als antwoord op de pijn, moet men er ook de grenzen van inzien. Te ver doorgevoerd verzet kan leiden tot verharding, verbittering, trots en hoogmoed, waarmee ook de emotionele ontwikkeling wordt geblokkeerd. Bovendien biedt deze vorm van lijden geen antwoord meer op pijn die sterker, intenser, langduriger is dan een bepaalde kritische grens. Zoals Metz en Luijf betoogden vervluchtigt de wereld door intense pijn en krijgt het lichaam tegelijkertijd een verpletterende zwaarte en alomtegenwoordigheid. Als de pijnlijder dan de realiteit van zijn eigen pijn zou moeten ontkennen, zou dit een verloochening van alle resterende realiteit betekenen. Immers het pijnlijke lichaam is het enig overgebleven werkelijke.

Voorbij een bepaalde grens van pijnintensiteit is verzet heilloos of onmogelijk. Maar naast verzet bezit de tweede hoofdvorm volgens Buytendijk nog een andere gedaante, die even heroïsch is, maar, in tegenstelling tot het verzet, overgave als uitgangspunt heeft: de *gelatenheid*. Het verzet is een negatief (afwerend) antwoord op pijn, de gelatenheid een positief: "positief zoals het luisteren is, dat evenzeer de *schijn* van het nietsdoen bezit" (Buytendijk, 1957, p.180). Evenals het verzet is de gelatenheid een houding, waarin van een objectiverende houding tegenover het lichaam de affectieve vervangt en aldus een zekere afstand van de pijn wordt genomen, alleen gaat de gelatenheid van ontspanning uit en het verzet van inspanning. Ook de gelatenheid, de beheerste overgave aan pijn, moet aangeleerd worden, niemand bezit haar van nature. Dit aanleren vereist veel oefening, zoals de boeddhistische levenshouding in een lange geschiedenis heeft getoond. De gelatenheid is een cultuurgoed, dat

"aan elke generatie en aan elk individu voorgelegd wordt als een gedragsvorm van waarde, maar persoonlijk aanvaard, geoefend, verworven moet worden" (idem).

Naast het capituleren en de twee manieren van heroïsch verduren onderscheidt Buytendijk nog een derde grondvorm waarin het ondergaan van pijn zinvol is. In deze grondvorm ontleent pijn haar zin aan een 'hoger goed', waarvoor de persoon zichzelf *opoffert*. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld het lijden bij een bevalling zinvol is, omdat het een opoffering inhoudt ten behoeve van een nieuw leven. Het voortbrengen van nieuw leven wordt dan van hogere waarde geacht dan het vermijden van pijn. Zo is ook te verdedigen dat pijn haar zin ontleent aan God, voor wiens liefde het lijden nederig aanvaard moet worden; of dat een verwonding tijdens een oorlog zin heeft in haar verwijzing naar de verdediging en/of vertegenwoordiging van het vaderland.

Overigens laat Scarry (1985) aan de hand van een uitgebreide studie in de archieven van Amnesty International zien hoe dicht dit 'hoger goed'-lijden ligt bij de rechtvaardiging van het opzettelijk pijn toebrengen. De soldaat die in naam van zijn vaderland het bloed van de vijand vergiet, wordt immers van zijn misdaad vrijgesproken onder dezelfde verwijzing naar het vaderland als die waarmee de gewonde soldaat zin geeft aan zijn pijn. De pijnlijke straffen voor ketters en godslasteraars moesten laten zien dat het inderdaad in Gods macht lag om pijn toe te brengen, zoals deze almacht ook troost schonk aan gelovigen. Het hogere goed verschijnt niet alleen als bron van zingeving, maar tegelijkertijd, juist vanwege zijn hogere morele status, ook als macht.

Pijn en autonomie

Als motto bij haar hoofdstuk over het levensverhaal citeert Arendt Isak Dinesen:

"Alle smarten zijn te dragen wanneer men ze verwerkt in een verhaal of er een verhaal van maakt"
(Arendt, 1968, p.174).

De verschillende vormen van lijden die Buytendijk onderscheidt zijn allemaal daden, waarin de persoon zichzelf tot uitdrukking brengt. Maar hoe wordt dit lijden in een levensverhaal verwerkt? Arendt liet zien dat het levensverhaal een netwerk van relaties impliceert, relaties waarvan men afhankelijk is voor de erkenning van een waardig leven. Afhankelijkheid heeft echter weinig nastrevenswaardigs. Integendeel, tegenwoordig heerst veeleer het idee dat het streven naar onafhankelijkheid en autonomie juist een groot goed is (Zwart, 1995; Duyvendak, 1996). Valt dit streven te rijmen met het lijden van pijn en een netwerk van relaties?

Voor de beantwoording van deze vraag gaat Manschot (1994) te rade bij de klassieke grieks-romeinse filosofie van de menselijke eindigheid, met name bij die van Socrates en Seneca. Zij zagen sterfelijkheid als de meest essentiële eigenschap van lichamelijke wezens. Daar werd de volgende, veelbetekende, conclusie aan verbonden: mens worden wilde zeggen dat je bewust met je eigen eindigheid en sterfelijkheid leerde leven, er vorm en betekenis aan kon geven en een levenshouding ontwikkelde, waarmee je opgewassen was tegen de verleidingen en ongemakken van het leven.

De filosofie van de oudheid waarschuwde tegen de verschillende verleidingen, die de mens voortdurend afhankelijk dreigden te maken. Manschot bespreekt drie van dergelijke bedreigingen. Bewust consumeren, ten eerste, was geboden bij de bevrediging van behoeften (wonen, kleding, eten en drinken). Verslavingen lagen voortdurend op de loer. Ten tweede moest men proberen onafhankelijk te blijven van de passies, in het bijzonder de erotische. Het vergde een ware kunst om het erotisch verlangen zo te vormen dat liefde niet uitmondde in gepassioneerde afhankelijkheid. Het derde en voor deze uitwijding belangrijkste facet dat aandacht vereiste, was de vermindering van levenskracht door ziekte, handicap of ouderdom, wanneer de ervaring sterfelijk te zijn zich nadrukkelijk en onontwikkbaar aandienende. Ook die gebeurtenissen moest een mens die onafhankelijk wilde blijven betekenis geven en opnemen in het levensontwerp, want zonder deze integratie werden ze een bron van onvrijheid en overheersing.

Onafhankelijkheid en afhankelijkheid hadden in deze context een andere betekenis, dan de huidige betekenis ervan. Onafhankelijkheid sloeg voor de antieken niet op het individualisme dat zo kenmerkend is voor een liberale samenleving, maar duidde op het beschikken over een levenshouding waarin men bedacht was op de verleidingen en ongemakken die een kwetsbaar leven met zich meebrengt. Ook het begrip 'autonomie' vult Manschot met deze beschouwing anders in dan gebruikelijk is in een liberale samenleving. Liberalen verstaan onder autonomie doorgaans keuzevrijheid. Een autonoom individu zou zelf keuzen kunnen maken met betrekking tot zijn eigen gezondheid en zou daarin vrijgelaten moeten worden. Maar in tegenstelling tot deze 'liberale autonomie' was de 'socratische autonomie' niet gericht tegen de inmenging in en bevoogding van het persoonlijk leven, de socratische autonomie behelsde niet de negatieve rol van anderen, maar de positieve rol van het zelf. Waar het liberalisme zwijgt over de concrete invulling van het eigen leven en het individu daar volledig zelf over laat beschikken, vereiste de socratische autonomie juist een actieve verantwoordelijkheid voor het eigen leven van het morele subject en de steun van en aan anderen hierin. De mens moest leren omgaan met zijn eigen natuur, zijn eigen kwetsbaarheid in het levensverhaal opnemen, bedacht zijn op bedreigingen en het lijden in anderen herkennen.

Deze verantwoordelijkheid kon nooit in eenzaamheid ingevuld worden. Wanneer het individu zijn emoties en gedrag integreerde in zijn levensverhaal, impliceerde dat een sociaal netwerk, waarin dat geaccepteerd en gewaardeerd kon worden. Als een persoon zichzelf waarmaakte, impliceerde dat de aanwezigheid van anderen, die de waardigheid van dit gedrag inzagen en erkenden. Waar het om gaat is

dat onafhankelijkheid en autonomie niet het resultaat waren van passiviteit en terughoudendheid, maar van inspanning, vorming, training, erkenning en waardering.

Medische macht

Ook Illich (1978) keert zicht af van het liberale autonomiebegrip. Zoals gezegd vertalen liberalen autonomie als keuzevrijheid. Tegelijkertijd veronderstellen zij daarmee het voorhanden-zijn van opties waaruit kan worden gekozen. Illich verzet zich tegen een dergelijke autonomie-opvatting wanneer het gezondheidszaken betreft, omdat volgens hem het aantal keuzeopties in de gezondheidszorg beperkt is tot één: de oplossing die de geneeskunde biedt. Volgens Illich bezit de geneeskunde in de moderne samenleving een radicaal monopolie.

"De geneeskunde heeft het gezag de klacht van de ene mens tot een 'echte' ziekte te verklaren, een ander mens ziek te verklaren hoewel hij geen klachten heeft en een derde persoon sociale erkenning van zijn pijn, zijn invaliditeit en zelfs zijn dood te weigeren. Het is de geneeskunde die sommige pijnen als 'zuiver subjectief' bestempelt, andere als simulatie en sommige gevallen van overlijden - hoewel andere weer niet - als zelfmoord" (Illich, 1978, p.52).

Volgens Illich is een medisch oordeel *heteronoom*, voor zover er een zekere mate van deskundigheid nodig is om een oordeel te vellen over iemands toestand. Met behulp van heteronome diagnostiek op basis van empirische kennis is een arts in staat om sommige pijnen te erkennen en andere niet. Maar Illich gaat verder. Evenals Foucault stelt hij dat de geneeskunde ook een belangrijke sociale functie heeft. Medische oordelen hebben op allerlei levensterreinen hun intrede gedaan, waarover traditionele samenlevingen nooit een arts zouden laten oordelen. Medici bepalen wie thuis geboren kunnen worden en wie in een ziekenhuis; controleren de gezondheid van kinderen op basisscholen; bepalen wie geschikt is voor militaire dienst; geven met hun deskundigheidsrapporten doorslaggevende argumenten in rechtzaken, met name waar het om schadeclaims gaat; bepalen wanneer iemand geschikt is voor welk soort werk; beslissen wie (tijdelijk) vrijgesteld is van werk; bepalen wie in aanmerking komt voor een WAO-uitkering; en beoordelen wie in welke inrichting mag of wie erin moet. Kortom veel facetten van het maatschappelijk leven staan onder medisch toezicht.

Illich bekritiseert de medische macht en de dominantie van heteronome normen. Volgens hem staan de waardigheid en autonomie van leken onder druk door deze dominantie. Om dit duidelijk te maken verwijst hij in een hoofdstuk over pijn naar Buytendijk. Buytendijk liet zien dat het lijden iets heel anders is dan de pijnsensatie die haar aanleiding vormt. Het lijden is een persoonlijke daad, een houding die men tegenover zijn eigen pijn aanneemt, een niet-generaliseerbare levenskunst, die men zich door oefening en overtuiging eigen kan maken. Tot op zekere hoogte vormt de aard van de samenleving de persoonlijkheid van hen die lijden. In zoverre bepalen de normen en waarden in de samenleving ook de wijze waarop zij hun geheel eigen lichamelijke pijn en letsels als concrete pijn beleven. Het lijden van pijn heeft daarom altijd een culturele dimensie.

Vanuit deze werkhypothese vraagt Illich zich af welke invloed de medicalisering van de samenleving heeft op het lijden en op de draaglijkheid van pijn. In dit hoofdstuk zal deze invloed onderzocht worden. Daarbij wordt regelmatig gesproken over de gemedicaliseerde cultuur of de gemedicaliseerde samenleving, zonder dat daarmee per sé de westerse samenleving bedoeld wordt. In het volgende hoofdstuk zal vervolgens onderzocht worden in hoeverre onze samenleving (met betrekking tot de normen rondom pijn en lijden) daadwerkelijk gemedicaliseerd is. In het daaropvolgende hoofdstuk zal de mate van heteronomie van enkele gangbare medische pijnbehandelingen besproken worden.

De geschiedenis van het lijden

Culturen zijn betekenisystemen. Het natuurgebeuren wordt erdoor verklaard en zingegeven. Ook aan pijn geven culturen betekenis.

"De neoplatonist zag pijn als het resultaat van een of andere tekortkoming in de hemelse hiërarchie. Voor de manicheeër was pijn het gevolg van een opzettelijke wandaad van de kant van een boze demiurgos of schepper. Voor de christen was het verlies van de oorspronkelijke onaantastbaarheid die een gevolg was van de zondeval. Maar hoezeer al die religies op het gebied van dogma en moraal met elkaar in tegenspraak waren, alle zagen ze pijn als de bittere smaak van kosmische kwaad, de manifestatie van de zwakheid van de natuur, van een duivelse wil, of van een welverdiende goddelijke vervloeking" (Illich, 1978, p.164).

Al deze metafysische interpretaties weerspiegelden volgens Illich het feit dat de werkelijkheid hard was en pijn een onvermijdelijk risico voor diegene, die het leven aanvaardde. De verborgen boodschap hierachter was volgens Illich dat *alleen pijn, die (ten onrechte) als beheersbaar en elimineerbaar wordt gezien, ondraaglijk is*.

Maar culturen voorzagen niet alleen in metafysische verklaring voor onbeheersbare gebeurtenissen, ze stuurden tegelijkertijd het menselijk handelen. Meestal waren het verklarende en het ethische met elkaar verbonden, bijvoorbeeld in religie. Zwart (1996) vraagt zich af of ethiek iets anders is dan een eeuwenoude poging om van de nood een deugd te maken. Dat dit in ieder geval gold voor de ethische implicaties van bovenstaande metafysische interpretaties maakt Illich zeer aannemelijk. Aangezien pijn als onvermijdelijk werd beschouwd greep men de gelegenheid aan voor loutering, boetedoening of het brengen van een offer. Deze daden vonden zowel hun aanleiding als hun zin in het geloofssysteem, dat aan de pijn een betekenis gaf.

In onze samenleving is het *bestrijden* van pijn een van de meest centrale activiteiten van de geneeskunde, en heeft men veel vertrouwen in medische mogelijkheden. Pijnbestrijding heeft echter niet altijd een dergelijke centrale plaats bezeten. Onderdeel van voor-moderne moralen was volgens Illich het benadrukken van deugden als geduld, doorzettingsvermogen, moed, berusting, zelfbeheersing, volharding en zachtmoedigheid. Ieder tijdperk leerde met pijn om te gaan en kende er een bepaalde plaats aan toe.

Volgens Rey (1995) stonden de oude Grieken een behoorlijke mate van klaaglijk pijngedrag toe. De gehele Griekse gemeenschap participeerde als vanzelfsprekend in het drama in de amphitheatres. Ten gevolge hiervan was ook aan het leven van alledag een theatrale dimensie niet vreemd. Emotionele uitingen van pijn werden daarom doorgaans goed geaccepteerd.

Klagen was echter niet de 'eerste' manier om pijn te ondergaan. Hoewel de Grieken volgens Rey geen taboe op klaaglijke uitpattingen kenden, moest pijn in eerste instantie moedig verdragen worden. Pijn was nu eenmaal onlosmakelijk met genot verbonden, zoals Socrates in de *Phaedo* doceerde:

"Mannen, ik vind wat de mensen onder genot verstaan toch zoiets vreemds. Wat verhoudt het zich wonderlijk tot hetgeen voor het tegendeel doorgaat, pijn. Ze willen niet tegelijkertijd tot iemand komen, maar wanneer je het ene najaagt en grijpt, is het haast onvermijdelijk dat je ook het andere vangt, als zaten ze allebei aan één hoofd vast. Dat gevoel heb ik nu tenminste: door de boeien deden mijn benen zeer, nu lijkt het of het genot volgt" (Plato, 1995, 59e)

Epicuristen, aanhangers van de moralistische filosofie van Epicurus, zagen in pijn een groot kwaad. Zij zochten naar een levensstijl waarin pijn vermeden kon worden. Het was volgens hen echter wel goed een kleine pijn te overwinnen, zodat een grotere kon worden voorkomen.

Stoïcijnen, die volgens Rey meer invloed verwierven en voor wie de leer van Socrates een belangrijke inspiratiebron was, bestempelden het epicurisme als sensualistische en egocentrisch. Zij stelden dat voorafgaand aan iedere pijnlijke of plezierige ervaring, de natuur individuen aanspoorde sterk te staan in hun eigen persoonlijke realiteit. Stoïcijnen stimuleerden het onafhankelijk blijven van sociale omwentelingen, veranderingen in het gelukstij, slavernij of ziekte. "Verduur het en blij onbewogen". Ook pijn moest op deze wijze worden verdragen.

Zoals iedere traditionele cultuur verschaftte ook het christendom een leidraad voor het pijn lijden. Men name vanaf de twaalfde eeuw ontstond er een groeiende religieuze betrokkenheid bij de incarnatie van

Christus en het lijden aan het kruis. Christenen zagen pijn ofwel als een straf van God, ofwel als een teken uitverkoren te zijn en, als zodanig, een beloning te krijgen in het hiernamaals - houdingen die beide aanmoedigden tot het moedig verdragen van pijn.

Toch stelde het christendom een grens aan dit verdragen (of 'verzet' in Buytendijks terminologie), namelijk in die gevallen dat pijn zou kunnen leiden tot zelfmoord. De christelijke cultuur bood hiervoor echter wel alternatieven van waardig pijngedrag aan gelovigen. Figuratieve scènes op glas-in-loodramen beeldden het uitzinnige lijden van heiligen op brandstapels uit. Deze scènes toonden degenen, die ondraaglijke pijn leden, dat anderen met hetzelfde lot hen voorgegaan waren. De beelden boden troost en leerden hoe ook lijdens van de ergste pijn hun plicht om de pijn waardig te dragen in konden vullen.

Illich beargumenteert in een uitgebreid gedocumenteerd hoofdstuk over pijn, dat zowel voor-moderne westerse culturen als hedendaagse traditionele culturen mogelijkheden voor lijden aan hun leden voorlegden, die ieder individu zelf moest aanleren en oefenen. Met medisch en sociaal-wetenschappelijk onderzoek proberen wij tegenwoordig de factoren te achterhalen, die op de 'draagkracht' of de 'draaglast' van invloed zijn (Winter, 1992). Traditionele culturen kennen deze factoren uit de overlevering en hebben deze geïntegreerd in wat Illich *de kunst van het lijden* noemt.

Traditionele culturen zijn niet onbekend met pijnstillers. Mohammedaanse Rajpoetanen gebruiken alcohol, brahmaanse marijuhana, hoewel ze in dezelfde dorpen in het westelijk deel van India wonen. Paddestoelen zijn veilig voor Huicholen (een indianenstam in West-Mexico), terwijl bewoners van het Peruaanse hoogland geleerd hebben met coca te overleven. Ook het gebruik van massage, pijnstillende wierook, opium en acupunctuur hebben een lange historie. Pijnstillende middelen werden echter altijd gebruikt in het kader van een ritueel, dat deel uitmaakte van de unieke menselijke rol van het pijn lijden. Pijnverlichting was geen zelfstandige remedie, en de cultuur stelde grenzen aan het gebruik van pijnstillers. Illich haalt een onderzoek aan naar het gebruik van peyote door Navajo's. Bij de Navajo's van de Native American Church bleek dat bij gebruik in een ritueel kader zich nog geen één 'bad trip' op de 10.000 ingenomen doses voordeed. Men is door eeuwenlange ervaring vertrouwd met alle risico's en neveneffecten.

Naast medicamenten bezitten traditionele culturen volgens Illich nog andere verworvenheden die het lijden draaglijk maken. Het gedrag, waarin pijn herkend en erkend wordt en dat appelleert aan het medegevoel van anderen, wordt door de cultuur 'aangeboden'. De woorden, kreten en gebaren, wanhopige pogingen om de verwarde eenzaamheid waarin pijn wordt ervaren mee te delen, zijn grotendeels cultureel bepaald. Italianen kermen en Pruisen knarsen met hun tanden. De cultuur schrijft voor of de moeder of de vader, of allebei, moeten kermen als een kind geboren wordt.

Tenslotte voorzagen culturen in mythische modellen aan wie het pijngedrag kon worden afgemeten: de boeddha, de krijger, of de heilige. Deze

"vermomde plicht om te lijden leidt de aandacht af van een anders alle aandacht opeisende sensatie, en daagt de lijder uit de kwelling met waardigheid te ondergaan" (Illich, 1978, p.160).

De medicalisering van pijn heeft volgens Illich echter een van deze methoden - de pijnbestrijding, 'het management door middel van techniek' - verabsoluteerd en het afbrokkelen van de andere in de hand gewerkt. Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van een analyse van het moderne begrip 'pijn'.

In de galenische geneeskunde waren lichaam en ziel nog niet gescheiden. Alle woorden waarmee lichamelijke pijn werd aangegeven, konden evengoed gebruikt worden voor het lijden van de ziel. Het blijkt uit de literatuur en filosofie uit het eind van de middeleeuwen, dat het destijds bijna niet mogelijk was om uit iemands pijnreactie op te maken, of zijn pijn werd veroorzaakt door verdriet, medelijden, gekrenkte trots of een wond. Nog steeds kan het woord 'pijn' met enige fantasie in meerdere betekenissen gebruikt worden. Het kan duiden op 'kwelling', 'straf', 'ziekte', 'vermoeidheid', 'zware arbeid', 'kater', 'rouw', 'leed', 'letsel', 'treurnis', 'smart'. Al deze pijnen verwezen in vroeger tijden naar zowel lichaam als ziel.

Het objectieve pijnbegrip van de moderne geneeskunde was echter aan traditionele culturen onbekend. De moderne geneeskunde ziet acute pijn als een signaal dat duidt op gevaar. Voor chronische

pijn is de verklaring dat dit waarschuwingsmechanisme ontregeld is, en op onwillekeurige momenten signalen geeft (Sleeuwenhoek, 1989; Winter, 1992). Dit technische begrip, de fysiologische alarmbel die soms zelf op hol slaat, is typisch modern. Het begrip 'pijn' is afgeleid van het Latijnse woord 'poena', dat 'straf' betekent. Dit geeft aan dat de oorspronkelijke betekenis van pijn kosmisch, mythisch was.

In de hedendaagse medische praktijk worden pijnbestrijdingsmethoden, die in experimenten effectief bleken, toegepast op de leefsituatie van mensen. Maar men vergeet dat het pijnbeleven pas lijden in de volle zin wordt, als het in een cultureel kader past. Medicalisering reduceert het 'actieve' lijden tot een passief wachten op medische hulp. Het maakt tegelijkertijd alle pijn, die zich niet laat stillen, ondraaglijk.

De diagnose van Illich

In het volgende hoofdstuk zal onderzocht worden in hoeverre de omgang met pijn in de westerse samenleving gemedicaliseerd is. Tot slot van dit hoofdstuk zal het cultuurfilosofische perspectief op het lijden in verband worden gebracht met de resultaten van de vorige twee hoofdstukken.

In de moderne geschiedenis van pijn zijn volgens Illich twee grote opeenvolgende stappen gezet die geleid hebben tot de huidige situatie. Een antropologische, beschreven in hoofdstuk twee, en een sociale, beschreven in hoofdstuk drie.

"Descartes construeerde een beeld van het lichaam in termen van de meetkunde, de mechanica, of de techniek van de horlogemaker: een machine die door een technicus hersteld kon worden. Het lichaam werd een apparaat van de ziel, dat door deze ziel beheerst werd, maar van een bijna oneindige afstand. Het levende lichaam van de directe ervaring waarover de Fransen spreken als over 'la chair' en de Duitsers als 'der Leib' werd herleid tot een mechanisme dat door de ziel kon worden gadeslagen" (Illich, 1978, p.165).

Hiermee werden metafysische verklaringen overbodig. Het lichaam kon aan empirisch onderzoek onderworpen worden, waarmee het verschijnsel pijn onafhankelijk van de persoon van de pijnlijder kon worden beschreven. Vanaf het midden van de negentiende eeuw werd pijnbestrijding een medische taak op zich. Hierdoor ontstond er een situatie waaruit zich een in principe oneindige vraag naar pijnstillers kon en zou ontwikkelen. Illich haalt een anonieme uitspraak aan, die de situatie in de tweede helft van de negentiende eeuw kenmerkt: "We zorgden dat we een flesje 'Pijnstillers' in huis hadden... voor medische doeleinden" (p.167).

"Er had zich een nieuw gevoel ontwikkeld, namelijk een ontevredenheid met de wereld, niet omdat die triest was of zondig, te dom of bedreigd door barbaren, maar omdat er teveel lijden en pijn in was. Vooruitgang in beschaving werd synoniem met de vermindering van de totale hoeveelheid lijden. Van die tijd af werd politiek bedrijven beschouwd als een activiteit die niet zozeer bedoeld was om het geluk zo groot mogelijk te maken, maar het lijden zo gering mogelijk. Het resultaat is een neiging om pijn te zien als een in wezen passief gebeuren, dat hulpeloze slachtoffers treft omdat de gereedschapskist van het medisch bedrijf niet in hun voordeel gebruikt wordt" (Illich, 1978, p.167).

Illich stelt dat de objectieve component van pijn in de moderne geneeskunde overheerst. Ze heeft zich steeds meer verzelfstandigd, er is een medisch systeem ontstaan, met eigen wetten, normen en waarden. Dit medisch systeem is niet meer een aanvulling op het gedrag van een persoon, maar de aanleiding en het stramen ervan, het bepaalt, met een grote mate van heteronomie, wanneer iemand behoeftig is en wat daarmee gedaan moet worden. De medicus heeft de macht gekregen om te beoordelen welke pijnen echt zijn, welke van fysieke en welke van psychische oorsprong, en welke voorgewend zijn. De samenleving aanvaardt en onderschrijft dit professionele oordeel. Medisch gesteunde gedragingen en opvattingen beperken volgens Illich de autonomie van mensen door hun vermogen om het lijden zelfstandig vorm te geven te ondermijnen.

Zwart (1995) wijst erop dat ook de moderne ethiek hard meewerkt aan de medicalisering van de cultuur. Deze ethiek definiëert autonomie als het aanspraak kunnen maken op allerlei rechten: het recht

op zelfbeschikking, het recht op gezondheidszorg, het recht op een uitkering. Autonomie verwijst hier niet meer naar het beschikken over een levenshouding, die de mens opgewassen maakt tegen zijn eigen kwetsbaarheid, zoals Socrates en Seneca doceerden, maar naar individueel gezondheidszorg-consumentisme. Ze heeft de vorm van veeleisendheid aangenomen.

Onder werkelijke autonomie verstaat Illich het op een persoonlijke wijze vorm geven aan de ervaringen die zich opdringen. In deze betekenis is autonomie niet meer het kunnen opeisen van het recht op pijnverlossing, maar eerder de vrijheid waarmee men ervaringen op persoonlijke wijze kan articuleren en in het leven kan integreren. Lijden is in wezen een onoverdraagbare activiteit, die door de persoon zelf vormgegeven moet worden.

"Wanneer de mens bewust leeft met zijn broosheid, zijn individualiteit, zijn verbondenheid met anderen, worden de ervaringen van pijn [...] een essentieel deel van zijn leven. Het vermogen om [hiermee] op een autonome wijze te kunnen leven, is fundamenteel voor zijn gezondheid" (Illich, 1978, p.296).

Dat vermogen kan worden vergroot, maar nooit vervangen door medische interventie.

Deel II

PIJNBESTRIJDING

EN

PRAKTIJK

5 MEDISCH WINKELLEN

De maatschappelijke kosten van chronische pijn bedragen naar schatting enkele honderden miljoenen gulden per jaar (Winter, 1992). Een belangrijke kostenfactor is het 'medisch winkelen': een karikaturale omschrijving van de hoge medische consumptie van de gemiddelde chronische pijnpatiënt. Een van de patiënten die ik in revalidatiecentrum Het Roessingh in Enschede heb geïnterviewd onderging ongeveer alle denkbare therapieën. Naast haar huisarts en fysiotherapeut bezocht ze een orthopedisch chirurg, een psychiater, een neuroloog, meerdere rheumatologen, nogmaals de orthopedisch chirurg, een acupuncturist, een manueel therapeut, een chiropractiker, een magnetiseur en Yomanda uit Tiel. Momenteel zit ze in haar tweede revalidatiecentrum. Ze onderging meerder operaties en kreeg verschillende soorten medicijnen. Therapieën hebben niet geholpen, behalve in negatieve zin. Zij is zich vreselijk afhankelijk van medische zorg gaan voelen. Bovendien werd ze op een gegeven moment depressief, waarvoor ze ook bij de psychiater terecht kwam.

Deze patiënt is geen uitzondering in het revalidatiecentrum. Andere patiënten vertellen vergelijkbare geschiedenissen. Een (rugpijn)patiënt bezocht alleen al de laatste drie jaar een neuroloog, een orthopedist, een psycholoog, een revalidatiearts en een internist. Zij kreeg in deze tijd allerlei onderzoeken (scans, foto's, bloedonderzoek), pillen, morfinespuiten en (te)veel bedrust. Binnen een half jaar viel ze dertig kilo af. Ondertussen heeft ze nog steeds veel last van vermoeidheid en pijn bij het zitten.

Chronische pijnpatinten hebben voortdurend het gevoel dat ze alles moeten doen om van hun pijn af te komen, dat het uitproberen van verschillende behandelingen niet alleen mogelijk, maar zelfs geboden is. Als pijn als beheersbaar wordt opgevat, hóópt men niet verlost te worden van pijn, maar verwacht men het.

Winter, werkzaam in revalidatiecentrum Het Roessingh, schetst een beeld van de lijdensweg van de gemiddelde chronische pijnpatiënt met wie hij te maken krijgt:

"Op relatief jonge leeftijd is hij ernstig geïnvalideerd. Gemiddeld 10 jaar lang geconfronteerd met pijn, heeft hij al die tijd hulp gezocht om uit zijn lijden verlost te worden. Een hoge medische consumptie, bestaande uit uitgebreide medische diagnostiek, langdurige medicatie, allerlei soorten therapie, ziekenhuisopnames en veelvuldig artsenbezoek, hebben echter geen oplossing kunnen bieden. Integendeel, behalve de voortdurende pijn zijn daar nog ernstige vermoeidheid, sensibiliteitsstoornissen, bewegingsbeperkingen, vegetatieve stoornissen, slaapproblemen, conditieverlies en vaak ook een aantal psychische klachten bijgekomen. De meerderheid van de patinten is geheel of gedeeltelijk buiten het arbeidsproces komen te staan (90% zegt door de pijn niet te kunnen werken)" (Winter, 1992, p.84).

In deel één werd gesteld dat lijden en medelijden in traditionele culturen deugden waren, waaraan op verschillende manieren vorm gegeven kon worden. Medicalisering van de samenleving maakt echter van pijn een vraag naar medisch ingrijpen. Gemedicaliseerde mensen associëren het idee, dat lijden een positieve betekenis kan hebben, met masochisme. Pijn wordt in ieder geval niet beschouwd als iets dat ondergaan en beantwoord moet worden. Pijn moet worden bestreden. In dit hoofdstuk staat de vraag centraal in hoeverre hedendaagse (chronische) pijnpatiënten daadwerkelijk gemedicaliseerd zijn. Een criterium daarvoor is het geloof in de beheersbaarheid van pijn door medisch ingrijpen. In deel één heb ik betoogd dat in een gemedicaliseerde maatschappij dit geloof domineert over het inzicht dat pijn lijden bij het leven behoort. De manifestatie van het beheersbaarheidsgeloof is daarom een maatstaf voor medicalisering.

Beheersbaarheidsgeloof komt niet alleen tot uiting in het gedrag van gezondheidszorg-consumenten, in wat men medisch winkelen noemt, maar ook in reportages over pijnbestrijding in allerlei populaire tijdschriften, zoals Cosmopolitan, Margriet of Elsevier. Enerzijds beïnvloeden massamedia de publieke

opinie, maar anderzijds weerspiegelen zij deze ook. In zoverre kunnen de reportages en interviews daarom gelezen worden als de mening van het volk, als de stem van de cultuur.

De beheersbaarheid van pijn in de massamedia

Het lichaam in pijn herstelt niet altijd snel genoeg uit zichzelf. Wanneer de ongerustheid sterker is dan het geduld zal de pijnlijder een huisarts bezoeken, in gecompliceerdere gevallen een specialist. De arts kan meer over de kwaal vertellen, over de aard en de verwachte duur ervan. Hij geeft een diagnose, een prognose en zo nodig schrijft hij een behandeling voor. De arts verleent hulp met de beste bedoelingen, hij deelt de wens van zijn patiënt om de pijn te verdrijven.

De houding die ten grondslag ligt aan pogingen om de pijn door middel van medisch ingrijpen te verdrijven heb ik omschreven als een geloof in de beheersbaarheid van pijn. Men wordt door pijn getroffen, maar probeert er zo spoedig mogelijk weer vanaf te komen. Er bestaat blijkbaar een besef dat pijn niet hoeft, dat er genoeg (medische) middelen voorhanden zijn om pijn uit het lichaam te weren.

Dit geloof berust op een bepaalde lichaamsopvatting, namelijk dat het lichaam een mechanisme is dat met het juiste technische management beheerst kan worden. Deze opvatting is impliciet vaak aanwezig in de populaire tijdschriften die ik voor dit onderzoek bestudeerd heb. Maar soms worden het streven naar beheersing en het onderliggende lichaamsbeeld ook expliciet geformuleerd, bijvoorbeeld in een reportage over het werk van specialisten (HP/De Tijd, 29-3-1996). Cardioloog De Haan houdt van zijn werk, omdat het hart zo'n logisch orgaan is: "derde klas natuurkunde is toereikend". Hij motiveert zijn liefde voor de cardiologie met zijn fascinatie voor de beheersbaarheid van levend materiaal. Daarna vertelt hij over de kicks van zijn vak. "Erg leuk is handelen in levensbedreigende situaties." Deze arts verwoordt de machtshouding, die in wezen de grondslag vormt van de moderne geneeskunde: macht die berust op technisch kunnen (Zwart, 1995). Zijn bevrediging krijgt hij uit de beheersing van het lichaam.

Dit streven naar beheersing is ook aanwezig in allerlei voorlichtingsmededelingen en beschrijvende reportages over pijnbestrijding in de media. Auteurs of geïnterviewden vertegenwoordigen vakgebieden, waarin wordt verkondigd dat pijn eigenlijk niet hoeft, dat met de huidige kennis en technieken het lichaam volledig beheerst kan worden. Deze auteurs suggereren daarbij stuk voor stuk dat pijn te verhelpen is, mits je je maar bij hen laat behandelen. Ik zal vier voorbeelden noemen.

De leader van het artikel "Nooit meer" in Elsevier (18-5-1996) over de bestrijding van pijn vat de strekking van het artikel samen:

"Met toenemend succes zoeken medische wetenschap, industrie en overheid naar effectievere methoden om pijn te bestrijden - of tenminste tot een leefbaar niveau terug te brengen."

Dit 'toenemend succes' betreft een aantal nieuwe inzichten en technieken. Zo wordt eerst de poorttheorie uitgelegd, die vele aanknopingspunten voor therapie biedt (de poorttheorie stelt dat tussen de perifere zenuw en de hersenen pijnmodulaties optreden onder invloed van biochemische reacties). Neuroloog en klinisch farmacoloog Meyler verwacht dat er binnen enkele jaren nieuwe geneesmiddelen op de markt zullen komen die direkt ingrijpen op dit schakelsysteem (de poort). Vervolgens komen enkele ingenieuze technieken aan de orde, waarmee de zenuwen elektrisch gestimuleerd kunnen worden, of waarmee zenuwenbanen die pijnprykkels geleiden doorgebrand kunnen worden. Tenslotte krijgen de geneesmiddelen een pagina van Elsevier. Speciale aandacht gaat uit naar een 'interactieve pleister' met ingebouwde chip, waarmee de patiënt zichzelf maximaal zes maal per uur een kleine dosis (van een pijnstillende stof in de pleister) kan injecteren door onopvallend een klein knopje op de pleister in te drukken. Het is slechts een kleine greep uit een groot scala van nieuwe, veelbelovende technieken die Elsevier beschrijft. Gaat van deze beschrijvingen niet de suggestie uit dat pijn kan worden geëlimineerd, dan toch minstens dat het dieptepunt van de pijnproblematiek in het verleden ligt.

De homeopathie heeft een eigen tijdschrift, waarin verslag wordt gedaan van de nieuwste homeopathische geneesmiddelen, van persoonlijke ervaringen van gebruikers, enz. Dit blad (Gezondheidsnieuws) biedt een kijkje in de pretentieuze kruidentuin van de homeopathie. Zo wordt er een

middel beschreven dat bij een bepaalde patiënt niet alleen de (hiel)pijn wegnam, maar op haar vijfenzeventigste en passant ook oogklachten en bronchitis (GN, juli 1996). In een ander nummer (GN, februari 1996) komt een huisarts-homeopaat aan het woord. Eerst beargumenteert zij aan de hand van goede ervaringen met homeopathie in haar eigen ziektegeschiedenis dat homeopaten in staat blijken hun beloftes waar te maken, zelfs als de reguliere geneeskunde het allang heeft opgegeven. Vervolgens komt ze te spreken over haar eigen homeopathie-praktijk.

"Door mijn ziekte kan ik heel goed aanvoelen wat het voor patiënten betekent om met van die 'onduidelijke klachten' rond te lopen, waarvoor zeker geen oplossing lijkt te bestaan. Soms vind ik in één keer het geschikte middel, maar soms moeten we ook behoorlijk geduldig zijn. Uiteindelijk helpt homeopathie bijna altijd".

Deze laatste uitspraak vormt de kop van het artikel, over de breedte van twee pagina's. Ook de homeopathie lijkt geen grenzen te hebben.

Nog een voorbeeld. In Margriet mogen verschillende deskundigen af en toe een pagina vullen. Zo zijn er rubrieken als 'bij de kinderarts' of 'in de operatiekamer'. In Margriet 19 (1996) komt een acupuncturist aan het woord. Hij beschrijft het geval Frank, die met een aardige lijst aan lichamelijke klachten bij hem kwam, van diarree tot nekpijn en lichte verlamingsverschijnselen. Dit alles was zo'n tien jaar geleden begonnen. Volgens de acupuncturist lag Franks probleem in het aarde-element: Frank had behoefte aan sympathie en begrip. De acupuncturist zette bij Frank de naalden op een punt dat 'earth-motivator' heet, want "die aarde moet weer geploegd worden, lucht krijgen, bemest worden, voordat ze weer vruchtbaar wordt". Binnen de kortste keren begon Frank weer met hardlopen en zwemmen, hij voelde zich 'als herboren'. In een interview met Cosmopolitan (oktober 1995) erkent deze acupuncturist weliswaar dat hij niet iedere kwaal kan genezen, maar, zo voegt hij eraan toe, "ik kan er wel voor zorgen dat je je beter gaat voelen, dat je minder pijn zult hebben".

Ik noem nog de manipulerende technieken, die door het tijdschrift Elle (maart, 1996) met kreten als 'revolutionaire behandeling' en 'spectaculaire resultaten' aangeprezen worden. Met deze technieken zouden onder andere chronische rugpijn en whiplash met succes behandeld kunnen worden.

Er wordt nogal wat beloofd in de tijdschriften⁵, met name door alternatieve genezers. Opvallend is de gelijkenis tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen. Steeds weer wordt ingespeeld op de maakbaarheid van het lichaam en de beheersbaarheid van pijn. Dit geloof is zowel voorwaarde voor als legitimatie van de beloftes die door de verschillende disciplines gedaan worden. Het gaat daarbij niet om het individuele lijden van patiënten, maar om de mogelijkheden van het betreffende vakgebied. Voorwaarde is wel steeds dat de patiënt zijn lot in handen legt van deskundigen.

Het geloof in de beheersbaarheid van pijn: medische consumptie

Winter (1992) heeft de medische consumptie in kaart gebracht van 260 patinten, die tussen begin 1990 en begin 1992 tot de semi-klinische pijnbehandeling van het Roessingh werden toegelaten. Bij deze patiënten lag het medicijngebruik hoog (79%). Pijnstillers werden het meest gebruikt (62%), gevolgd door verschillende psychofarmaca (slaapmiddelen, 27%, kalmeringsmiddelen, 21%). Een groot aantal pijnpatinten (40%) slikte vaker dan ze zelf nodig achtten. Het medisch verleden van de patinten was indrukwekkend. Bijna de helft (46%) was wegens de pijnklachten al eens opgenomen geweest in het ziekenhuis, terwijl 31% vanwege de pijnklachten één of meer operaties had ondergaan. Het artsbezoek was gemiddeld ongeveer eens in de twee maanden.

Winter laat zien dat deze hoge medische consumptie niet zonder gevaren is. Onderstaande tabel toont de resultaten van het medisch winkelen van bovengenoemde patiëntengroep. De tabel laat zien dat, voorzover de verschillende behandelingen al enig effect hadden, de schadelijke gevolgen ervan ongeveer evengroot waren als de positieve effecten.

⁵ Overigens besteden specifieke mantentijdschriften zoals Panorama en Nieuwe Revu geen enkele aandacht aan dit soort gezondheidszaken.

Tabel 1. Lengte van de balk wordt bepaald door het aantal patiënten (in procenten) dat de desbetreffende therapie heeft doorlopen. Binnen de balk is aangegeven voor welk deel van de patiënten de therapie positieve, negatieve dan wel geen resultaten heeft gehad. (Bron: Winter, 1992).

De hoge medische consumptie onder chronische pijnpatiënten kan als een symptoom van onze ziekmakende cultuur beschouwd worden. Een cultuur is ziekmakend wanneer ze illusies in stand houdt, wanneer ze genezing als een 'worst aan de stok' in het vooruitzicht stelt. Immers, pijn die ten onrechte als behandelbaar wordt beschouwd is ondraaglijk.

Eenzijds is de geneeskunde niet in staat om de hoge verwachtingen die men van haar heeft waar te maken, maar anderzijds weerhoudt dit de populaire pers er niet van deze verwachtingen hoog te houden. Blijkbaar liggen de wortels van het geloof in de beheersbaarheid van pijn te diep in onze cultuur. Blijkbaar hebben we te lang ontkend dat niet alle pijn elimineerbaar is en dat het lijden derhalve nog steeds een noodzakelijk en onvermijdelijke toestand is.

Het ongeloof in de beheersbaarheid van pijn: de kunst van het lijden

De hierboven beschreven houding, het geloof in de beheersbaarheid van pijn, staat in schril contrast met cijfers van de chronische pijnproblematiek. Zo'n 600.000 mensen, één op de 25 Nederlanders heeft chronische pijn. Een tegenstrijdige situatie. Om met Spaink (1992) te spreken: "Er gaapt een gat tussen de etalage en de winkel, een gat van Oosteuropese dimensies" (p.69).

De chronische pijnpatiënt doorloopt vaak het gehele medische circuit in de hoop iemand te vinden die kan vertellen wat er mankeert. Daarna begint nog eens een dikwijls vergeefse zoektocht naar een geschikte behandeling die hem van zijn pijn kan verlossen. Inmiddels is hij verslaafd aan de pijnstillers en slaapmiddelen, die echter hun werking hebben verloren door overmatig gebruik (Sleeuwenhoek, 1989; Winter, 1992).

Ambivalente gevoelens worden treffend verwoord in de kop van een artikel in Hervormd Nederland (1-6-1996): "Liever een pilletje dan een gesprek". Je krijgt het gevoel, met name bij het lezen van de cijfers (450.000 medicijnverslaafden, waarvan overigens bijna tweederde vrouwen) dat er misschien toch iets meer aandacht moet komen voor de persoonlijke kant van het pijnprobleem (niet alleen in geneeskundig verband natuurlijk). Voor veel artsen lijkt het voorschrijven lopende-bandwerk te zijn geworden. "Een

receptje schrijven kost een halve minuut, een gesprek een kwartier," legt een huisarts uit (Hervormd Nederland 22, 1996).

Pijnpatiënten, die de feiten kennen, deze in verband brengen met de beperkte mogelijkheden van medisch ingrijpen en daar consequenties aan verbinden, plaatsen zichzelf buiten de gemedicaliseerde cultuur. Veel chronische pijnpatiënten zoeken een oplossing voor hun problemen in het medische circuit. Toch zijn er ook geluiden te horen die daar vraagtekens bij plaatsen. Bij de Stichting Pijn-Hoop, een vereniging van chronische pijnpatiënten, kent men de grenzen van de geneeskunde.

"Het spreekt vanzelf dat u zoekt naar een oplossing. Natuurlijk laat u alle noodzakelijke onderzoeken doen en ondergaat behandelingen die misschien helpen. Als die echter allemaal niets hebben opgelost, komt er een moment waarop u beter kunt stoppen met zoeken. Dat geeft rust. De energie die u dan overhoudt, kunt u gebruiken voor leukere dingen dan doktersbezoek⁶."

De stichting stimuleert het 'leren leven met pijn'. Lotgenotencontact is een van de functies van de stichting. Mensen met chronische pijn kunnen gebruik maken van elkaars troost, begrip en ervaringsdeskundigheid. Ze kennen immers elkaars problemen beter dan welke hulpverlener ook.

"Wij hebben allemaal geleerd dat er meer is in het leven dan pijn hebben. Dat leer je niet in een dag."

Waarom zou ervaringsdeskundigheid niet beter werken dan professionele deskundigheid, met name waar het zeer inzichtelijke en praktische adviezen betreft? Zo wijst de stichting er met nadruk op dat je rekening moet houden met het feit dat de ander niet altijd aanvoelt of je pijn hebt. Zuchten en kreunen helpen niet tegen pijn. Dat is een manier van aandacht vragen die de ander een gevoel van machteloosheid geeft. Pijn is op den duur niet meer interessant voor anderen.

"Laat meer van uzelf zien; u bent immers meer dan uw pijn! Vraag vriendelijk wanneer u hulp nodig hebt en leg uit waarom u hulp vraagt. Duidelijk zijn over wat u wel kan en wat niet en wanneer."

De stichting ziet het als haar taak om patiënten op hun eigen verantwoordelijkheden te wijzen.

"Zeg niet dat je veel pijn hebt als je alleen maar geen zin hebt om ergens naar toe te gaan of geen zin hebt om iets te doen wat je niet leuk vindt. Als je daar één keer op betrapt bent ben je voorgoed ongeloofwaardig."

Je kunt pijn niet accepteren als je niet leert

"zonder schuldgevoelens te genieten van die momenten dat je minder pijn hebt."

Onder lotgenoten is er begrip voor elkaars situatie. De chroniciteit van pijn wordt onderkend: dat is immers de aanleiding om lid te worden. Pijnbestrijding is slechts een van de aandachtspunten van de stichting. Het gaat vooral om het zoeken naar manieren om pijn in het leven te integreren, om te leren leven met pijn en zonder schuldgevoelens te genieten van momenten met minder pijn. Het gaat om wat Illich de kunst van het lijden noemt.

Het grote onbegrip

Maar de normen van de patiëntenvereniging zijn niet gelijk aan de normen van de normale leefwereld. In hoofdstuk vier werd uiteengezet hoe traditionele culturen in de context van de levensverhalen van het lijden een deugd maakten. Het lijden bezat een bepaalde mate van normaliteit. In hun leefwereld ontmoeten hedendaagse pijnpatiënten veel onbegrip. Dit onbegrip komt voor in twee verschillende vormen, die duidelijk onderscheiden kunnen worden. In de eerste vorm wordt het bestaan van iemands pijn niet begrepen. De kunst van het lijden kan dan geen betekenis hebben, omdat niet ingezien wordt waaraan iemand lijdt. In de tweede vorm wordt wel de pijn begrepen, maar niet het feit dat deze pijn ook gedragen kan worden. De omgeving gaat dan voorbij aan het feit dat de pijnlijder ook een persoon is, die een houding tegenover zijn eigen pijn kan aannemen.

Een voorbeeld van de eerste vorm is de reactie, die (met name chronische) pijnlijders vanuit hun

sociale omgeving vaak te horen krijgen. Deze reactie toont meer minachting dan achting: de pijnlijder zou zich aanstellen, met name als artsen geen verklaring hebben kunnen vinden voor de klachten; hij lijkt te simuleren, aandacht te trekken. Bij een chronische pijnpatint, die ik in het Roessingh interviewde, had deze houding zelfs een echtscheiding tot gevolg. Een andere patiënt heeft voortdurend moeite zichzelf te uiten, vanwege haar angst voor de reacties van anderen.

Wellicht is dit onbegrip van iemands pijn een uiting van het onvermogen om medelijden te voelen. Pijn wordt geacht niet langer dan een bepaalde tijdsduur te blijven en niet boven een bepaalde intensiteit uit te komen, en doet ze dat wel, dan zou een medische behandeling verlichting moeten bieden. Het geloof in de medische mogelijkheden maakt het bestaan van chronische pijn moeilijk denkbaar en voorstelbaar.

De tweede vorm van onbegrip is de stigmatiserende erkenning van pijn. Men ziet wel in dat iemand pijn lijdt, maar veronderstelt daarbij dat de pijn het leven van de patiënt totaal beheerst. De mogelijkheid dat de patiënt deze pijn soms ook stocijns verdraagt (zodat er niets te zien valt) wordt dan opgevat als de afwezigheid van pijn.

"Lááiend kan ik zijn over het onbegrip van de buitenwereld, wanneer er weer eens gedacht wordt dat ik me aanstel en dat die pijn wel mee zal vallen omdat er immers niets te zien is aan me en ik er zelfs uitzie als Hollands Welvaren," aldus een lid van de Stichting Pijn-Hoop.

Als het beter gaat zou men in de buitenwereld denken dat de pijn minder is. Anders zou de lijder wel door pijn in beslag worden genomen.

"Je durft de straat niet meer op en je durft in het openbaar niet eens meer te lachen, want dat doe je niet als je pijn hebt".

Het persoonlijke antwoord op pijn wordt in de omgeving niet verstaan, laat staan dat dit antwoord als waardig gedrag erkend wordt.

Uit de verhalen van chronische pijnpatiënten blijkt dat ze het onbegrip in hun omgeving als bijzonder pijnlijk ervaren. "Veel erger dan de ergste pijn is de pijn van het onbegrepen zijn," aldus de Stichting Pijn-Hoop.

⁶ In een informatiepakket dat de Stichting Pijn-Hoop beschikbaar stelt.

6 MEDISCH OF PSYCHOLOGISCH MODEL

Bij de verklaring en behandeling van pijnklachten wordt gewerkt met modellen. Modellen bieden een structuur waarmee de verschillende, ook aanvankelijk verborgen, aspecten van pijn systematische nagelopen, geïnterpreteerd en behandeld kunnen worden. Doorgaans onderscheidt men drie modellen: het medische, het psychologische, en een combinatie van beide, het biopsychosociale model. Hieronder zullen deze modellen besproken worden, om ze vervolgens te plaatsen in de cultuurfilosofische context, die in deel één werd uitgewerkt.

Vaak worden de tekortkomingen van ene model vertaald in een pleidooi voor aanvulling met elementen uit het andere of voor de vervanging van het ene model door het andere. In veel literatuur over chronische pijn wordt gesteld dat het (somatisch geïntereerde) medische model inadequaat is voor de verklaring en behandeling van chronische pijn (Winter, 1992; Dingemans, 1993; Neerinckx en Van Houdenhove, 1996; Vlaeyen, 1996). Auteurs vinden dat in de actuele geneeskunde nog te vaak wordt uitgegaan van eenvoudige, monocausale modellen, waarmee onrecht wordt gedaan aan de complexe interacties van fysieke, psychologische en sociale factoren. Zij pleiten daarom voor een integrale benadering van pijn. Het model dat hier een handvat voor zou bieden is het 'biopsychosociale model'. Een voorbeeld van een dergelijk model, is het 'model van Loeser', dat beschreven werd in hoofdstuk twee. Dit model beschouwt pijn als een multidimensionaal verschijnsel. Pijn wordt opgevat als een samenspel van nociceptie, sensatie, beleving en gedrag. Op alle vier niveaus kan diagnostiek en behandeling plaatsvinden.

Hieronder zullen het medische model en het psychologische model nader beschouwd worden. Het model van Loeser werd in hoofdstuk twee besproken en zal hier niet opnieuw onder de aandacht komen. De reden daarvoor is dat dit model niet veel meer is dan een combinatie van het medische en het psychologische model.

Eén opmerking vooraf betreft het verschil tussen acute en chronische pijn. Acute pijn wordt meestal in verband gebracht met weefselbeschadiging en om die reden in eerste instantie vanuit het medische model benaderd. Het kenmerkt zich door fysiologische veranderingen (stijging bloeddruk, hartslag, enz.) en gaat vaak gepaard met angst (vanwege de pijn zelf, voor de reacties van anderen). Een somatische behandeling, gericht op de nociceptie, voldoet in het algemeen. Acute pijn moet snel en effectief behandeld worden, omdat anders het gevaar ontstaat dat de pijn chronisch wordt.

Over de definitie van chronische pijn verschillen de meningen. Een vaak gehanteerde vuistregel is dat pijn die langer duurt dan zes maanden als chronisch beschouwd kan worden. In een andere opvatting is pijn, die langer duurt dan de verwachte hersteltijd van het beschadigde weefsel, chronisch. In ieder geval zijn bij chronische pijn lichamelijke, psychische en sociale aspecten complex en hun samenhang is lang niet altijd even duidelijk.

Het medische model⁷

Het medisch model oriënteert zich op de beschadigingen van weefsel, die aan pijn ten grondslag zouden liggen. Ik zal dit illustreren aan de hand van de manier waarop men twee specifieke, veel voorkomende, pijnsyndromen vanuit dit model omschrijft, interpreteert en behandelt. Wanneer er bepaalde opvattingen als feiten gepresenteerd worden moet beseft worden dat deze 'feiten' relatief zijn aan de vooronderstellingen van het medisch model. Er wordt bijvoorbeeld vanuit gegaan dat pijn altijd met (werkelijke of potentiële) weefselbeschadiging in verband zou kunnen worden gebracht. De vooronderstellingen van het medische model zullen verderop besproken worden.

Lage rugpijn

⁷ De onderstaande gegevens zijn, tenzij anders vermeld, ontleend aan Dingemans e.a. (1993).

Acute lage rugpijn heeft vaak een duidelijk aanwijsbare fysieke oorzaak. In de appendix is vanuit biomechanisch perspectief een voorbeeld uitgewerkt van de belasting bij het tillen van een pakket van 45 kg. Deze handeling doet een groot tot zeer groot beroep op de fysieke belastbaarheid, met name laag in de rug.

Lage rugpijn komt veel voor. Meer dan de helft van de mensen zal ooit rugklachten hebben; in 90% van de gevallen treedt herstel binnen enkele weken op (meestal zonder medische behandeling). De kans op een recidief is echter groot (40-60%). De pathofysiologie van lage rugpijn leert dat aan de volgende lichaamsdelen beschadigingen kunnen zijn opgetreden:

- structuren die bewegingen van de rug controleren (bijv. tussenwervelschijven, gewrichten, ligamenten);
- oppervlakkige structuren (bijv. huid, fascia, oppervlakkige ligamenten, spieren);
- de spinale zenuw.

Niet zelden wordt er bij duurzame lage rugklachten helemaal geen duidelijk organische substraat, in casu röntgenologische afwijkingen gevonden (De Vries, 1994).

Acute lage rugpijn gaat meestal vanzelf over. Behandeling is dus niet altijd noodzakelijk. Eventueel kunnen medicijnen de ergste pijn wegnemen. Bij patiënten met objectiveerbare neurologische verschijnselen op basis van wortelcompressie wordt operatief ingrijpen overwogen. Bij de meer chronische klachten kan men bepaalde electrostimulatietechnieken toepassen. *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS) heeft de grootste verspreiding gekregen. Elektrische prikkelingen stimuleren de zenuwen waardoor endorfinen (endogene opiaten) vrijkomen, welke een inhiberend effect op de pijnprikkel hebben.

Een andere techniek is de thermolesie. Onder röntgendoorlichting wordt een naald ingebracht in de zenuwtak die de facetgewrichten innerveert. Een hoogfrequente stroom zorgt voor een grote warmteontwikkeling aan de punt van de naald. Hierdoor kan een gedeeltelijke lesie van de zenuw gemaakt worden, waarbij het motorische deel intact blijft. Motorische activatie blijft mogelijk, terwijl de pijnprikkels stuiten op een blokkade.

Corsetten: proefondervindelijk is in de loop der jaren gebleken dat vooral mensen in de leeftijds-categorie boven de 55 à 60 jaar, die klagen over een zeurende lage rugpijn, positief reageren op toepassing van een lumbaal steunend corset (De Vries, 1994). Via het aanhalen van de sluiting van het lumbale corset neemt de intra-abdominale druk toe, waardoor de tussenwervelschijven ontlast worden (zie appendix). Bij een groep (met name oudere) mensen is het aanhalen van de buikriem niet goed mogelijk (buikklasten, verminderde handkracht, enz.). Toch blijken zij het steunend gevoel in de rug of de plaatselijke warmte die het corset geeft meestal positief te waarderen.

Fibromyalgie

Bij fibromyalgie treden diffuse pijnklachten aan het bewegingsapparaat op. Kenmerkend is de aanwezigheid van meervoudige pijnpunten op specifieke plaatsen in de weke delen. Bijkomende klachten die vaak voorkomen zijn moeheid, stijfheid, slaapstoornissen, angst, gespannenheid, hoofdpijn, en een prikkelbare darm. Fibromyalgie laat zich negatief beïnvloeden door weersveranderingen, lichamelijke activiteit, en lichamelijke en psychische stress. Een positieve invloed hebben een douche of bad, activiteit, warm weer, of massage. Specifieke pathofysiologische afwijkingen of metabole stoornissen zijn niet bewezen.

Er is weinig eenstemmigheid over een geëigende therapie voor fibromyalgie. Symptoombestrijding is mogelijk met medicijnen. Verder lijkt fitness-training in combinatie met ontspanningstherapie het geschiktst. De patiënten hebben vooral baat bij een programma waarin acceptatie van de klachten en vergroting van de weerbaarheid ten opzichte van de klachten voorop staat.

Culturele context: de definitie van pijn

Het medische model leunt sterk op de gangbare definitie van pijn, zoals die internationaal door artsen wordt gehanteerd:

Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring, die verbonden is met werkelijke of potentiële weefselbeschadiging of in termen van zo'n beschadiging wordt beschreven.

Volgens Menges (1992) berust deze definitie op een strikt onderscheid tussen organisch en psychisch en werkt het een eenzijdige somatische benadering in de hand. Door pijn zo expliciet met weefselbeschadiging te verbinden, blijft het psychische als restcategorie over, waarin onverklaarbare pijnen terechtkomen.

"Als er sprake is van een organische, objectief vaststelbare oorzaak van de pijn, en de pijn dus duidelijk kan worden gezien als een lichamelijk verschijnsel [...], dan is de pijn organisch. Waar dit alles niet het geval is, noemen we pijn psychogeen. Simpel samengevat: als er organisch niets te vinden is, moet het psychisch zijn" (Menges, 1992, p.59).

Volgens Menges moeten in de verklaring en behandeling echter vanaf het begin zowel psychologische als medische factoren betrokken worden.

Ook de Stichting Pijn-Hoop heeft kritiek op de definitie van pijn. Deze kritiek betreft echter niet de verklarings- en behandeltheoretische implicaties van de definitie, maar de sociale effecten van de toepassing ervan. De definitie relateert pijn aan weefselbeschadiging. Met andere woorden de erkenning van de pijn berust op de stand van de medische wetenschap, en als er (nog) geen onderliggende verklaring in termen van (potentiële) weefselbeschadiging voorhanden is, dan zit het dus 'tussen de oren'.

Enkele fibromyalgiepatiënten die ik in het Roessingh heb geïnterviewd hebben regelmatig moeten aanhoren dat ze het 'tussen de oren' zouden hebben. Dat ze dit als een belediging opvatten is een rechtstreeks gevolg van de definitie van pijn. Voor fibromyalgie bestaat (nog) geen verklaring in termen van weefselbeschadiging, dus valt fibromyalgie niet onder de definitie. 'Het zit tussen de oren' of 'het is psychisch' betekent volgens de definitie simpelweg dat de pijn niet bestaat. Maar over het bestaan van de pijn kan natuurlijk alleen de patiënt volstrekte zekerheid hebben.

De definitie van pijn berust op de opvatting in de pathologie dat iedere ziekte of pijn in verband moet kunnen worden gebracht met een somatische stoornis. Zoals we in hoofdstuk twee gezien hebben is deze opvatting de historische uitkomst van een ontwikkeling die beoogde het lichaam in mechanistische termen te beschrijven. Dit proces begon met de eerste lijkopening omstreeks 1300, hetgeen de filosofie, in casu Descartes, zou dwingen de destijds gangbare opvattingen van lichaam en ziel grondig te herzien. In de zeventiende eeuw beweerde Descartes dat lichaam en ziel gescheiden zouden bestaan en dat het lichaam niets meer is dan een mechanisme, met de ziel in verbinding staand via de pijnappelklier. Deze filosofie gaf een belangrijke impuls aan de medische wetenschappen. De ontwikkeling van de anatomie, fysiologie en, in navolging daarvan, de pathologie in de daaropvolgende eeuwen leidde tot de gedachte dat ziekten konden worden beschreven als een somatische dysfunctie, als een storing in het normale fysiologische verloop.

In hoofdstuk drie zagen we hoe de relatie tussen pijn en ziekte veranderde door de toepassing van anesthesie. Tot dan beschouwde men ziekte doorgaans als een verzameling symptomen, waarvan pijn er één was, soms de enige. De ontdekking en succesvolle toepassing van nieuwe pijnbestrijdingsmethoden halverwege de negentiende eeuw deden echter het besef ontstaan dat pijn relatief onafhankelijk van ziekte bestond. Men bleek pijn tijdelijk weg te kunnen nemen zonder dat de ziekte verdween. Hierdoor werd enerzijds pijnbestrijding een aparte medische taak naast genezing; anderzijds, en daarmee samenhangend, groeide het besef dat pijn haar eigen somatische mechanismen bezat. Met andere woorden de beschrijving van pijn 'in termen van werkelijke of potentiële weefselbeschadiging' en daarmee het primaat van de nociceptie voeren enerzijds terug op de introductie van mechanistische opvattingen in de pathologie (d.i. het beschrijven van ziekten in termen van weefsel en cellen) en anderzijds op de eerste succesvolle toepassingen van anesthesie, die pijn relatief onafhankelijk van ziekte maakten.

De Stichting Pijn-Hoop is niet tevreden met de gangbare definitie van pijn. Deze definitie koppelt pijn aan de stand van de wetenschap. Het geeft artsen het monopolie op de erkenning of ontkenning van iemands pijn. Met name wanneer er geen somatische stoornis gevonden wordt, en de pijn niet erkend wordt door bijvoorbeeld keuringsartsen levert dit grote frustraties op. Bij de Stichting Pijn-Hoop krijgt men

vaak verontrustende berichten binnen...

"over vervoersvergoedingen die zijn ingetrokken omdat er een plaatselijke regeling is getroffen met speciaal busvervoer. Of het gaat over mensen die dankzij regelmatige fysiotherapie redelijk in beweging bleven, maar dat nu niet meer vergoed krijgen."

Herkeuringen, sollicitaties, onderzoek, vergoedingsaanvragen, steeds weer vragen als: hoe lang heeft u al pijn - wanneer heeft u pijn - wat voor soort pijn - beïnvloedt de pijn uw dagelijks leven - heeft u nog wel eens seksueel contact?

"Al die mensen moesten voor de zoveelste maal hun pijn weer waarmaken aan mensen die dat moesten beoordelen maar er niets van begrepen."

De Stichting Pijn-Hoop pleit voor een herdefiniëring van pijn:

Pijn is een persoonlijk gevoel. Iemand heeft pijn als hij of zij zegt pijn te voelen.

Hiermee hoopt de stichting dat patiënten niet machteloos hoeven afwachten of de pijn erkend wordt, en daarmee of ze recht hebben op de meest noodzakelijke voorzieningen.

Hoezeer deze houding ook in strijd is met anderhalve eeuw pijnonderzoek en -bestrijding, ze komt overeen met de eigen ervaring. Ook al heeft men volgens de medische definitie geen pijn, dit neemt niet weg dat de ervaring van pijn ontegenzeggelijk waar is. Wie pijn voelt, heeft pijn.

De Stichting Pijn-Hoop drukt de onmacht uit die een gevolg is van het diagnostisch monopolie op het gebied van pijn, dat vanaf de negentiende eeuw in toenemende mate door de geneeskunde wordt bezet. De definitie van pijn weerspiegelt dit monopolie. Immers meestal kunnen leken niet vaststellen of er een bepaalde weefselbeschadiging zichtbaar of denkbaar is.

Het psychologisch model

In het psychologische model gaat men er vanuit dat klachten, met name chronische, vaak ook psychische aspecten hebben. Psychogene pijn is pijn met een duidelijke oorzaak, doel of reden in de leefwereld (Winter, 1992). De sfeer op het werk kan bijvoorbeeld zo ondraaglijk zijn dat lichamelijke klachten een acceptabele mogelijkheid vormen om de situatie te vermijden. Wanneer hieronder de verklarings- en behandelingsperspectieven van het psychologische model besproken worden is het wederom van belang om te beseffen dat ook dit model gerelateerd is aan bepaalde vooronderstellingen. Een van die vooronderstellingen is bijvoorbeeld de 'Satz von dem Parallelismus' van Wundt, waarin wordt gesteld dat psychologische activiteiten parallel lopen aan bepaalde hersenprocessen (zie hoofdstuk twee). Het zouden deze hersenprocessen zijn die invloed op motoriek en sensibele uitoefeningen.

In de laatste decennia is veel onderzoek gedaan naar psychologische aspecten van chronische pijn. Pijn wordt tegenwoordig veelal opgevat als een multidimensionaal verschijnsel. De dimensies waarneming, beleving en gedrag en ook de duur van de pijn blijken volgens dit onderzoek elk door psychologische en sociale variabelen beïnvloed te kunnen worden (Van der Kloot, 1996).

Het doel van psychologische interventies is het in staat stellen of begeleiden van de patiënt tot gedeeltelijke of complete zelfcontrole over zijn pijn. Dat kan door het herstructureren van gedragingen, waarnemings- of gedachtenprocessen, die betrokken zijn bij het pijnlijden. Vlaeyen (1996) pleit voor een 'behavioural medicine' benadering voor de behandeling van chronische pijn. Hij gaat daarbij uit van de driehoek psychofysiologische reactiviteit (voelen) - cognitieve processen (denken) - motorisch gedrag (handelen). Dit model biedt een handvat om factoren die verantwoordelijk zijn voor de instandhouding van pijn en de daarop gebaseerde behandelmethoden te categoriseren. Er wordt niet gezocht naar oorzaken van de pijn, maar naar de factoren die haar bestendigen. Deze factoren zijn niet altijd beschadigingen van weefsel. Ook emotionele en omgevingsfactoren dragen hiertoe bij.

Psychofysiologie

Bij rugklachten is het onderzoek naar psychofysiologische reactiviteit vooral gericht op spierspanning. Er zijn situaties waarin forse spierspanningen gemeten kunnen worden, zonder dat de patiënt zich daarvan

bewust is. Dit kan intense pijnsensaties veroorzaken. Het gaat daarbij niet alleen om spierspanning teneinde een externe fysieke belasting te compenseren. Ook anticipatie op mogelijk bedreigende gebeurtenissen kan al voor dergelijke spanningen zorgen. Door het veelvuldig samengaan van een vervelende situatie en spierspanning kan spanning als het ware voorgeprogrammeerd worden (respondente conditionering). De onbewuste, maar pijnlijke respons kan er op den duur voor zorgen dat de chronische pijnpatiënt steeds meer situaties als bedreigend ervaart.

Respondente behandeling richt zich op de herkenning en reductie van dergelijke responsen. De patiënt leert allerlei ontspanningsoefeningen die hij moet kunnen toepassen in een verscheidenheid van situaties, met name in bedreigende. Het doelbewust ontspannen van spieren kan aangeleerd worden door veel oefening.

Pijncognities

Patiënten zoeken volgens Vlaeyen zelf vaak naar een verklaring voor hun klachten. Onverklaarbare emoties of sensaties worden als bedreigend en beangstigend ervaren. In verklaringen ligt altijd een bepaald actieplan besloten, ze zijn mede-bepalend voor gedrag. Als voorbeeld noemt Vlaeyen dat een houding van 'ik heb rugpijn, maar de medische wetenschap heeft nog niets kunnen vinden' zal leiden tot het zoeken naar betere artsen en steeds ingrijpender diagnostiek. Anderzijds geven attitudes als 'mijn rugklachten zijn het gevolg van een slechte conditie, omdat ik te bang ben om te bewegen' eerder aanleiding tot beweging en activiteit in plaats van tot vermijding en passiviteit. De eerdere ervaringen en verwachtingen spelen een belangrijke rol bij pijncognities. Een extreem voorbeeld van een verwachting die leidt tot vermijding is 'kinesiofobie': de patiënt durft niet te bewegen, vanwege een irrationele angst voor de terugkeer van pijn.

Cognitieve behandelingen hebben als doel bepaalde denkfouten (bijvoorbeeld 'bewegen maakt de pijn erger') te identificeren en te wijzigen. De hulpverlener helpt de patiënt inzicht te krijgen in de relaties tussen denken, handelen en voelen. Door middel van concentratieoefeningen leert de patiënt pijn en angst te onderscheiden ('voel je pijn bij deze beweging of is het de angst dat het pijn gaat doen') of zich selectief te concentreren op andere, prettigere sensaties dan pijn.

Een andere techniek is het veranderen van de betekenis van pijn. De patiënt kan, met een beroep op zijn verbeelding, leren zijn pijn te omschrijven met begrippen en metaforen, die een andere betekenis aan de pijn geven (bijvoorbeeld een tintelend gevoel) of waarop hijzelf invloed kan uitoefenen (zo kan bijvoorbeeld worden gesuggereerd de pijn te projecteren op een muur en de samenstellende componenten op quasi-wetenschappelijke manier te onderzoeken; vervolgens kan de patiënt manieren zoeken om de verschillende componenten te beïnvloeden). Voor iedere individuele patiënt kan een script met effectieve methoden samengesteld worden, waarmee hij thuis kan oefenen.

Pijngedrag

Pijngedrag is een vorm van gedrag waarmee de pijnlijder communiceert met zijn omgeving. Als voorbeelden van pijngedrag noemt Vlaeyen: klagen over pijn, frequent artsbezoek, kreunen, veel bedrust, weinig activiteit, enz. Wanneer pijngedrag voortdurend bekrachtigd wordt kan volgens Vlaeyen onbewust een leerproces optreden: pijn krijgt een steeds centralere plaats in de communicatie met anderen. Voorbeelden van bekrachtiging zijn: de aandacht die iemand in het algemeen krijgt wanneer hij lijdt, of het alibi dat pijn vormt voor vermijding van risicovolle activiteiten en conflicten.

In operante behandelingen wordt gezond gedrag bekrachtigd en pijngedrag uitgedoofd (niet door straffen, want negatieve aandacht is ook aandacht). Doel is het aanleren van gezond gedrag en het afleren van pijngedrag. Er wordt bijvoorbeeld veel aandacht besteed aan pogingen tot bewegen, mits niet teveel, terwijl de patiënt geen eten meer op bed krijgt. Daarnaast moet de patiënt ook (weer) leren om op andere manieren dan door pijngedragingen met zijn omgeving te communiceren. Communicatie- en sociale vaardigheidstrainingen maken deel uit van de operante behandeling.

Belangrijk is dat, naast de patiënt zelf, ook de omgeving meewerkt, vooral na afloop van de

behandeling. Partner en gezinsleden worden daarom uitvoerig geïnstrueerd over het vastgestelde programma en de achterliggende principes daarvan.

Culturele context: de kunst van het lijden

Wanneer iemand chronische klachten met bijkomende beperkingen heeft komt hij in aanmerking voor revalidatie. In de revalidatiegeneeskunde beschouwt men pijn als een multidimensionaal verschijnsel, met somatische, psychische en sociale aspecten, dat multidisciplinair behandeld moet worden. Naast andere modellen speelt het psychologische model dus een belangrijke rol. In revalidatiecentrum Het Roessingh in Enschede leert de patiënt onder begeleiding van artsen, fysiotherapeuten, bewegingsagogen, psychotherapeuten, ergotherapeuten, voorlichters, maatschappelijk werkers en de groepsleiding hoe hij zijn pijn het hoofd kan bieden (Winter, 1992).

In hoofdstuk vier werd betoogd dat traditionele culturen beschikten over een overgeleverde kunst van het lijden. De cultuur maakte ieder individu verantwoordelijk voor de manier waarop hij zijn pijn droeg. De betekenis van pijn en het pijngedrag werden door de cultuur voorgeschreven, maar dienden persoonlijk verworven en eigen gemaakt te worden. Pijnstillers hadden een ondergeschikte rol. Aan hun gebruik werden door rituelen maximumgrenzen gesteld.

In het pijnprogramma van Het Roessingh worden er ook grenzen gesteld aan de technische mogelijkheden, die de beheersing van pijn beogen. Patiënten die voor revalidatie in aanmerking komen zijn uitbehandeld en moeten zichzelf ook als uitbehandeld beschouwen.

"Voorkomen moet worden dat de patiënt redeneert: nu volg ik dit programma en vervolgens kan ik altijd nog verder kijken wat er diagnostisch en behandeltechnisch nog mogelijk is" (Winter, 1992, p.57).

De doelstelling van revalidatie wijkt af van andere medische doelstellingen. De revalidatiedoelstelling kan uitgelegd worden aan de hand van een drietal begrippen (Zilvold, 1991):

- Stoornis: een verlies of abnormaliteit van psychologische, fysiologische of anatomische structuren of functies.
- Beperking: een tekort aan mogelijkheden om een activiteit uit te voeren die als normaal voor menselijk leven beschouwd wordt.
- Handicap: de negatieve gevolgen van een stoornis of beperking voor een bepaald individu die de vervulling van een rol die normaal is voor dat individu (afhankelijk van leeftijd, geslacht, en sociale en culturele factoren) begrenzen of onmogelijk maken.

Revalidatie is een continu proces met als doel het in stand houden, ontwikkelen, of het opnieuw tot stand brengen van de mogelijkheid van een persoon om zijn normale activiteiten weer uit te voeren.

Revalidatiegeneeskunde richt zich niet zozeer op de stoornis, maar juist op de gevolgen daarvan (gebrek en handicap). Deze doelstelling verschilt dus van de medische: de kwaal genezen door de oorzaak op te sporen (diagnose) en weg te nemen (therapie).

In zekere zin komt revalidatie overeen met de kunst van het lijden, die traditionele culturen bezaten. Alle metafysische interpretaties van pijn weerspiegelden de onvermijdelijkheid van pijn, en wezen tegelijkertijd de weg om pijn op enigerlei wijze het hoofd te bieden. Ook bij revalidatie wordt pijn in eerste instantie als een gegeven beschouwd, terwijl men werkt aan de belastbaarheid van de patiënt. Winter (1992) legt uit dat de patiënt gedurende de revalidatie leert hoe hij zijn eigen voelen, denken en handelen kan sturen. Er wordt gewerkt aan de betekenis van pijn, de houding ten opzichte van pijn en het pijngedrag. De patiënt moet daarbij zijn eigen therapeut worden. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de pijn een integrale, doch geen centrale, plaats krijgt in het leven van de patiënt. De hardnekkigheid van pijn wordt erkend: men gaat niet langer van maakbaarheid uit, maar van leefbaarheid, waarbij de patiënt beduidend meer eigen verantwoordelijkheid heeft dan in het zuiver medische model. De technieken van de revalidatiegeneeskunde (en van het psychologisch model) zijn aanzienlijk minder heteronoom dan de technieken van het medische model. Ze kunnen door de patiënt zelf aangeleerd worden.

Het verschil tussen traditionele culturen en revalidatie is alleen dat een dergelijk programma destijds in

het dagelijks leven ingebed was, terwijl het tegenwoordig een onderdeel van de gezondheidsmarkt is, waarop slechts een klein deel van de bevolking aanspraak kan maken. Destijds was pijn in eerste instantie een persoonlijke 'uitdaging' en het was zaak voor de pijnlijder om zijn pijn op enigerlei wijze tegemoet te treden. Tradities, religie en kunst boden de mogelijkheden daarvoor en moedigden hem er ook toe aan. Tegenwoordig is het leren leven met chronische pijn een hulpvraag aan de revalidatiegeneeskunde.

Ik wil hier twee conclusies aan verbinden, een 'cultuurdiagnostische' en een 'cultuurtherapeutische'. 'Cultuurdiagnostisch' zou kunnen worden opgemerkt dat het bestaan van pijnrevalidatie een symptoom is van te ver doorgevoerde medicalisering. Blijkbaar zijn de revalidatiecentra nodig in onze samenleving. Blijkbaar moeten mensen van deskundigen opnieuw leren hoe zij moeten omgaan met hun pijn, omdat de traditionele kennis hieromtrent verloren is gegaan.

De tweede conclusie, de 'cultuurtherapeutische', betreft toekomstige opvattingen, normen en waarden rondom pijn, die meer tegemoetkomen aan de werkelijkheid van het grote aantal chronische pijnlijders in Nederland. In deel één hebben we gezien dat de geneeskunde normaliseert. Wat volgens medische opvattingen normaal is, maakt een grote kans om, via de centrale positie die de geneeskunde in onze samenleving inneemt, maatschappelijk ook normaal te worden. In hoofdstuk vijf zagen we dat momenteel de opvattingen van de 'gewone' geneeskunde (dat pijn elimineerbaar is) heersen over de uitgangspunten van de revalidatiegeneeskunde (dat men met zijn pijn zou moeten leren leven). Mijns inziens zou het vanuit cultuurfilosofisch perspectief een stap in de goede richting zijn, wanneer de normen van de revalidatiegeneeskunde meer maatschappelijk gewicht zouden krijgen. Immers het idee dat alle pijn elimineerbaar zou zijn is niet alleen onterecht, maar maakt het bovendien zinloos om pijn te lijden. Dit idee maakt van de chronische pijnlijder een medische mislukking.

Modelmatige werkwijzen

Hierboven werden medisch model en psychologisch model afzonderlijk besproken in relatie tot hun culturele context. Hieronder wil ik nog een kanttekening plaatsen bij het reductionisme van zowel het medische als het psychologische als het biopsychosociale model.

De verschillende modellen staan uitgebreid in de belangstelling. Iedere medicus die over pijn schrijft dient zijn gedachten te laten gaan over nut en beperking van de modellen. Maar door de tekortkomingen van het ene model te vertalen in een pleidooi voor het andere wordt de schijn gewekt dat pijn sowieso modelmatig behandeld zou moeten worden. Deze vanzelfsprekendheid staat in deze scriptie ter discussie.

De beginperiode van de pijnbestrijding, en met name de problemen die zich daarin voordeden, gaven aanleiding tot allerlei onderzoek. Men trachtte niet alleen de fysiologische mechanismen, die aan pijn ten grondslag lagen, te achterhalen; ook allerlei sociaal-geneeskundig onderzoek naar pijngevoeligheid en risico's van anesthesie werd onder allerlei bevolkingsgroepen verricht om te bepalen voor wie anesthesie wel en voor wie het niet geschikt was. Voor de veilige toepassing ervan moest van ieder individu worden bepaald in hoeverre hij bepaalde gevoeligheids- en risicofactoren met zich meedroeg: de geschiktheid was afhankelijk van leeftijd, geslacht, sociale klasse, individuele gewoontes, enz. Patiënten werden niet zozeer beschouwd als zorgvragende personen, maar als dragers van variabelen, ze werden door artsen en onderzoekers gezien als dingen met eigenschappen, als karakters.

In hoofdstuk vier heb ik, met betrekking tot het pijn lijden, het morele verschil tussen een persoon en een karakter aangegeven. Een persoon is de hoofdpersoon van zijn levensverhaal, en in dit levensverhaal staan passages waarin wordt verteld hoe hij zijn pijn heeft ondergaan, hoe hij heeft geleden. Een karakter is de bezitter van (beheersbare) factoren die de gevoeligheid voor pijn bepalen. Dit karakter is het object van medische bemoeienis. De moderne pijnbestrijding reduceert de pijnlijder tot een ding met eigenschappen. De bestrijding van pijn is gericht op de beheersing van de factoren die invloed op pijn uitoefenen. In het medisch model betekent dit de beheersing van de nociceptie, van de pijnprikkels

die via de zenuwen naar het brein gaan. Figuur 6.1 geeft een voorbeeld van de modelmatige reductie van een mens tot een somatisch mechanisme. In het psychologisch model tracht men het denken, voelen en handelen van de pijnlijder te beheersen, omdat men veronderstelt dat deze factoren de pijn in stand houden. Figuur 6.2 laat zien hoe een sociaal-psychologisch model mensen reduceert tot dingen die waarnemen, informatie verwerken en zich op bepaalde wijze gedragen.

Figuur 6.1. Een schematische voorstelling van de weg die een impuls aflegt vanuit de periferie naar de hersenschors alwaar pijnperceptie plaatsvindt. Modulatie vindt op verschillende niveau's plaats (Bron: Dingemans, 1993).

Figuur 6.2. Een model van symptoomperceptie. De invloed van cognitieve processen op de vertaling van waarnemingsinformatie in emoties of in symptomen (Bron: Gijsbers van Wijk en Van Vliet, 1994).

Zowel het medische als het psychologische model zijn reductionistisch. Het biopsychosociale model heft

dit reductionisme niet op door de twee beheersingsmodellen tot één completer model te integreren. Weliswaar biedt het biopsychosociale model ruimte voor zowel somatische, als psychische en sociale variabelen, maar de mens is ook in dit model een ding met eigenschappen, een drager van variabelen.

In hoofdstuk vier en vijf zagen we hoe medicalisering de kunst van het lijden overbodig maakt. De eenzijdige opvatting van de mens als een ding met eigenschappen en de verwachting dat de geneeskunde, met welk model dan ook, deze eigenschappen kan beheersen en manipuleren, en zodoende de pijn kan wegnemen of verzachten, of de patiënt sterker kan maken, maakten het overbodig respect en waardering op te brengen voor de lijdende medemens. Het vergelijken van mensen met repareerbare, beheersbare systemen stimuleert het geloof in de maakbaarheid van het lichaam (ook het opvoeren van de draagkracht, het sterker *maken* van de patiënt, zoals dat in de revalidatiegeneeskunde gebeurt, is een techniek die de 'maakbaarheid van het lichaam' veronderstelt). Pijn wordt gezien als een onvoorziene omstandigheid, een falen van het systeem, waarvoor deskundige hulp ingeschakeld moet worden. Voor een dergelijk technisch probleem vindt de kunst van het lijden geen aanknopingspunt meer. Vooruitgang in beschaving wordt synoniem met de vermindering van de totale hoeveelheid lijden, een vruchtbare bodem voor de pijnbestrijdingsmarkt.

7 PIJNBELEID

De moderne geneeskunde beschikt over vele pijnbestrijdingstechnieken. Toch hebben in Nederland nog steeds zo'n 600.000 mensen chronische pijn. Wellicht moeten we accepteren dat pijn niet volledig beheersbaar is, dat pijn altijd voor zal blijven komen. Dit heeft verstrekkende gevolgen voor de geneeskunde. Zoals we in hoofdstuk vier zagen is het subjectieve lijden meer dan de pijn die haar aanleiding vormt. In het lijden gaat het om het persoonlijke antwoord op pijn, om de erkenning en waardering door anderen van dit antwoord (medelijden), om het levensverhaal van de unieke persoon. Voor de arts die met een chronische pijnpatiënt, een werkelijk hardnekkig geval, te maken krijgt, zou dit 'levensverhaal'-concept misschien bruikbaar kunnen zijn.

In dit hoofdstuk zal eerst nagegaan worden welke plaats medische wetenschap en technologie toebedeeld krijgen als de men uitgaat van het levensverhaal van de patiënt. Vervolgens zal naar aanleiding van deze gedachtengang gekeken worden naar het huidige pijnbeleid.

Geneeskunde en levensverhaal

In hoofdstuk vier zagen we dat autonomie op twee manieren vorm kan krijgen. De eerste vereist betrokkenheid, de tweede terughoudendheid. De eerste vorm van autonomie staat voor de mate waarin iemand opgewassen is tegen de verleidingen en ongemakken die een lichamelijk leven met zich meebrengt. Dit werd 'socratische autonomie' genoemd. Autonoom is degene die verschillende ervaringen van kwetsbaarheid in zijn levensverhaal heeft weten te integreren. Het resultaat van integreren is integratie, opgevat als het vermogen om onverwachte ervaringsaspecten te taxeren en te situeren (Zwart, 1995). Zwart omschrijft integratie als een proces van perspectiefferuiming, waarin wordt gepoogd zoveel mogelijk ervaringsaspecten onder één noemer te brengen. Vanuit het 'levensverhaal'-concept wordt een mens autonomer door de confrontatie met zijn eigen en/of met andermans kwetsbaarheid, wanneer hij begrijpt wat het betekent om pijn te lijden.

De tweede betekenis van autonomie is wat in hoofdstuk vier 'liberale autonomie' genoemd werd en bestaat uit het kunnen 'kopen' van verlossing van het lijden bij gezondheidszorginstellingen, het kunnen kiezen welke zorg men wil en het zelf invloed uit kunnen oefenen op de wijze van hulpverlening. Doorgaans wordt autonomie in deze betekenis opgevat. De erkenning van het belang van deze autonomie ontstond volgens Zwart als een reactie op de toegenomen medische macht. In een strijd tegen afhankelijkheid van de medische professie werden de rechten van de patiënt steeds meer benadrukt. De medische macht zou te maken krijgen met een mondige zorgconsument.

Maar inmiddels wordt ook de kritiek op deze vorm van autonomie steeds groter, nu blijkt dat de toegenomen mondigheid tot een onbeheersbare zorgvraag leidt (Kiezen en delen, 1991). Bovendien ontmoet de patiënt in zijn streven naar mondigheid een nieuw soort onmondigheid. In dit verband moeten twee aan betekenis winnende begrippen worden begrepen. De eerste is *protoprofessionalisering* en betreft

"de overname en verbreiding onder leken van de grondhoudingen en basisbegrippen die binnen de beroepskring circuleren" (Mootz, 1991).

Het tweede begrip, *medicalisering*, kwam in hoofdstuk drie en vier al uitgebreid aan de orde.

Medicalisering wordt omschreven als

"het proces waarbij het menselijk bestaan steeds meer wordt geplaatst in het perspectief van gezond en ziek en dit bestaan derhalve steeds meer onder de bevoegdheid van de medische professie komt" (idem).

Onder invloed van protoprofessionalisering en medicalisering verandert de persoonlijke leefwereld van zieken en pijnlijders in een louter door medici bevoorradde opslagruimte van woorden en betekenissen.

Toch wil dit laatste niet direct zeggen dat het individu 'onttaald' is, en nog slechts via 'extern beheerde, kwantitatieve symbolsystemen' met zijn omgeving communiceert, zoals Kunneman (1992) het uitdrukt.

Medische technologie en medisch jargon kunnen tot op zekere hoogte worden geïnternaliseerd. In het vorige hoofdstuk heb ik laten zien dat dit vooral voor psychologische technieken opgaat. Maar ook het gebruik van somatische technieken, zoals pijnstillers of corsetten, kan de patiënt zich eigen maken, zonder dat dit hem van zijn verantwoordelijkheid voor de omgang met zijn kwalen ontslaat, zonder dat dit vrienden en familie van steun ontslaat, en zonder dat de patiënt zijn (socratische) autonomie verliest. Technologie en kennis zijn niet waardevrij, ze hebben betekenis: ze weerspiegelen verwachtingen, ze zijn betrokken op ziekte en pijn. Een rolstoel valt (voor Karin Spaink) samen met een ontdekkingstocht langs nieuwe mogelijkheden, heroverde mobiliteit en pijnverlichting. Een proces waarin de rolstoel langzaam maar zeker bij het lichaam gaat horen en wordt ingelijfd.

Inlijving van moreel geladen medische kennis en techniek is een existentiële gebeurtenis. Het vereist een voortdurende articulatie en interpretatie van de betekenis ervan in het leven. De patiënt kent (en heeft recht op) emoties rondom zijn eigen kwetsbaarheid en de hulpverlening die hij krijgt. Hij kan invulling geven aan de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid door om te leren gaan met die emoties, door deze existentiële ervaringen te integreren in zijn 'levensverhaal'.

Wanneer het 'levensverhaal' van de patiënt centraal staat richt de aandacht zich primair op het proces van zingeving aan pijn en ziekte.

"Plezier in het leven hebben, ziekte een plaats weten te geven temidden van andere zaken, zich niet totaal vereenzelvigen met de ziekte, het leven zo weten in te richten dat er ruimte vrij komt voor eigen prioriteiten - dat zijn allemaal dingen die helpen. Uit interviews met mensen met een handicap of een chronische ziekte blijkt voorts hoe moeilijk maar tevens hoe bevrijdend het is om te gaan denken vanuit de mogelijkheden die er nog zijn, in plaats van steeds maar stil te staan bij de beperkingen die een ziekte of handicap oplegt" (Spaink, 1992, p.62).

Dit betekent geen afwijzing van techniek, maar een bewuste omgang ermee. In hoofdstuk vier zagen we dat de waardering van de 'kunst van het lijden' het gebruik van medicijnen niet uitsluit. Wel kenden alle traditionele culturen hun medicijnen door en door, zodat ze precies wisten wat ze ervan verwachten konden. Daarom benadrukten ze dat pijnverlichting nooit in de plaats kan komen van de persoonlijke plicht om pijn te ondergaan. Pijnverlichting kan deze taak hoogstens ondersteunen.

Ik ben van mening dat ook hedendaagse medici patiënten kunnen (en zouden moeten) bijstaan in de kunst van het lijden. Deze vorm van hulpverlening richt zich primair op het proces van zingeving aan pijn en ziekte. Medici kunnen helpen bij het expliciteren van de boodschap van technologie. Een boodschap die aan individuen is gericht. Ze kunnen zich hulpvaardig tonen bij bijvoorbeeld het doorprikken van illusoire verwachtingen (dat alle pijn elimineerbaar zou zijn), bij het leren omgaan met pijn of gebrek (al dan niet op een technologische wijze), het (opnieuw) leren ontdekken van de natuurlijke vermogens van het lichaam. Pijnstillers kunnen verlichting brengen, maar ook vermijdingsgedrag oproepen; ze kunnen hulp bieden, maar ook verslavingen opleveren. Medische kennis, van wat er met het lichaam mis is, kan leiden tot een afwachtende houding, omdat de patiënt niet inziet wat hijzelf nog aan zijn situatie kan doen; het kan ook leiden tot beter begrip van zijn situatie en het onderkennen van de noodzaak van lijden. Alleen door bewust te reflecteren op de individuele betekenis van het (medisch) handelen kunnen existentiële ervaringen op zinvolle wijze in het leven van de patiënt worden gentreerd.

Het zal duidelijk zijn dat het hier niet om minimale zorg gaat, maar om maximale zorg. Wanneer medisch handelen een plaats heeft binnen de culturele omstandigheden die het subjectieve lijden erkennen en aanmoedigen (en niet alleen bij monde van de pastoor of de sadomasochist) komen de grenzen van pijnbestrijding niet pas in zicht als geen enkele techniek nog werkt, maar wordt het belang van de geneeskunde bij voorbaat gerelativeerd. In deze culturele omstandigheden is de rol van de geneeskunde beperkt. Wanneer het gaat om het levensverhaal van de patiënt zijn vrienden belangrijker dan artsen. In de sociale omgeving worden immers verhalen verteld, en normen en waarden gevormd, ook ten aanzien van gezondheid en ziekte. Zolang men autonomie echter in de liberale zin opvat en gelijkstelt met het recht op zorg, zullen sociale steun en betrokkenheid vooral een medicaliserende invloed hebben. Mootz (1992) wijst erop dat binnen het gezin wordt gepraat over de noodzaak tot

medische consumptie: 'Zou je niet eens naar de dokter gaan, je hoest steeds maar?', of: 'Denk je dat ik hiermee naar de dokter moet; zou het niet vanzelf overgaan?' Wanneer daarentegen autonomie gezien wordt als de mogelijkheid bewust met de eigen kwetsbaarheid om te gaan en pijn een plaats te geven in het leven zal dit ook een andere houding van de sociale omgeving vereisen. Wanneer aan het pijn lijden een zekere mate van normaliteit, of wellicht zelfs deugdzaamheid, toegekend wordt, vraagt dit om erkenning of waardering vanuit de sociale omgeving. Volgens Manschot wordt hier echte vriendschap door gekenmerkt.

"Vriendschappelijke zorg is niet gericht op de leniging van behoeften. Zij richt zich op de bevordering van existentiële autonomie van de ander" (Manschot, 1994, p.115).

De acceptatie en erkenning van de kwetsbaarheid van het menselijk bestaan is wat de autonomie uiteindelijk waarborgt, en de patiënt 'beschermt' tegen eindeloos doorbehandelen.

Stand van zaken en toekomst pijnbeleid

Sinds december 1990 wordt door de Rijksoverheid een specifiek beleid ten aanzien van pijnbestrijding gevoerd. Vijf jaar nadien wilde de minister van dit beleid de balans opgemaakt hebben, zodat de hoofdlijnen voor de komende tijd uitgezet konden worden. Daarom is eind 1995 een notitie *Stand van zaken en toekomst pijnbeleid* (Holshuijsen, 1995) opgesteld, welke de agenda vormde voor een bijeenkomst van deskundigen op het terrein van de pijnbestrijding. De auteur wil zich beperken tot ondernomen acties en beleid. De notitie gaat uitdrukkelijk niet in op de fysiologische, psychische en sociale aspecten van het verschijnsel pijn. Toch ligt er wel degelijk een opvatting over de betekenis van deze aspecten ten grondslag aan het te voeren pijnbeleid. Door haar niet expliciet te willen benoemen heeft deze opvatting in de notitie een vanzelfsprekend en impliciet karakter gekregen. Ze ligt onder meer besloten in de doelstelling van het pijnbeleid, zoals de notitie die formuleert: de bevordering van een "samenhangende, doelmatige en bewezen effectieve *pijnbestrijding*" [cursivering RN]. Het gaat niet om het individu dat met zijn eigen pijn moet zien klaar te komen, maar om het stelsel dat dé pijn moet bestrijden.

De notitie gaat apriori uit van het belang van pijnbestrijding, onafhankelijk van individuele behoeften. Dat dit niet vanzelfsprekend hoeft te zijn blijkt bijvoorbeeld uit een aanbeveling van de Gezondheidsraad (wier *Advies inzake pijn* (1986) de grondslag vormde voor het thans te evalueren pijnbeleid), die de opsteller van de notitie links heeft laten liggen:

"Bij de symptomatische benadering van patiënten met pijnlijke niet-kwaadaardige aandoeningen die een normale levensverwachting hebben dient terughoudendheid te worden betracht ten aanzien van de instrumentele en medicamenteuze behandelingen. De aandacht wordt daarbij vooral (doch niet uitsluitend) gericht op reactivering, revalidatie en resocialisatie met aanvaarding van pijn als gegeven" (Advies inzake pijn, 1986, p.140).

Het is van groot belang om eerst individueel te reflecteren op de behandeldoelstelling, voordat aan therapie wordt begonnen⁸. Alleen pijn die (ten onrechte) als behandelbaar wordt ervaren is ondraaglijk.

Het moeten erkennen dat de pijn chronisch wordt, dat de pijn deel uit zal maken van het toekomstig leven, is geen gemakkelijke gebeurtenis. Zeker niet in een samenleving als de onze, waar hoge verwachtingen van de geneeskunde heersen. Vanouds bestond een belangrijke taak van de arts erin te troosten, de patiënt aan te sporen tot aanvaarding en zijn pijn met waardigheid te dragen. Wellicht is deze taak tegenwoordig in sommige gevallen nog veel belangrijker⁹.

⁸ Vergelijk doelstelling 'gewone' geneeskunde en revalidatie-geneeskunde (zie hoofdstuk zes).

⁹ Een brochure van de Stichting Pijn-Hoop (1995) verwoordt de ergernis over het onvermogen van artsen hiermee om te gaan: "Artsen hebben geleerd te zoeken naar de oorzaak van een klacht. Juist bij chronische pijn is die oorzaak vaak 'zoekge-raakt'. De meeste artsen weten niet goed raad met klachten zonder diagnose, zonder etiket. Uit machteloosheid zegt men dan vaak: 'U moet er maar mee leren leven.' Helaas zeggen ze er bijna nooit bij hoe dat moet..."

Patiëntenzorg

Het eerste specifieke aandachtsveld voor beleidsvoorstellen is de patiëntenzorg. Een van de problemen in dit veld is het onnodig 'medisch winkelen'. Om dit tegen te gaan zou het gericht doorverwijzen (met name vanuit de huisarts) moeten worden verbeterd, en eventueel moeten worden gestandaardiseerd. Voorwaarden daarvoor zijn bijscholing in de eerste lijn, betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn, duidelijkheid over de afbakening van bevoegdheden en verantwoordelijkheden van medisch specialisten en een uniform classificatie- en registratiesysteem van pijn.

Mijns inziens is dit een miskenning van de gronden van het medisch winkelen. Het winkelen is eerder een gevolg van de onterechte opvatting dat pijn beheersbaar zou zijn, en de verantwoordelijkheid voor de gezondheid niet bij de patiënt, maar bij de geneeskunde zou liggen. Er zou inderdaad een soort standaard voor huisartsen kunnen komen over hoe om te gaan met patiënten met onbegrepen klachten, zoals chronische pijn. Deze standaard moet echter niet ten dienste staan van het doorverwijzen, maar direct ten dienste van de patiënt. Artsen zouden hun patiënten kunnen stimuleren iets met hun pijn te doen. De verantwoordelijkheid van de patiënt houdt niet op met de aanvaarding van zijn pijn. Er mag ook van hem gevraagd worden dat hij zich niet zomaar neerlegt bij zijn situatie, maar daarentegen meehelpt aan het tegengaan van ziekmakende omstandigheden.

"Een overgeïndustrialiseerde samenleving is ziekmakend, omdat zij de mensen het vermogen ontnemt om tegen hun milieu opgewassen te zijn en, als ze er niet meer tegenop kunnen, een 'klinische' prothese in de plaats te stellen van de verbroken *relaties*" (Illich, 1978, p.184).

In plaats van de diagnostische aandacht louter te richten op lichamelijke gebreken, kan de vraag 'waar hebt u pijn?' ook verwijzen naar de omgeving. Je kunt lijden aan een relatie die stuk loopt, aan het werk dat niet zinvol is, aan een onduidelijk toekomstperspectief na ontslag, enz. Sietsma (1996) noemt dit het relationele concept. Het nodigt de patiënt uit om zijn relaties met de omgeving te herstellen en nieuwe relaties op te bouwen, om zich te bezinnen op de sociale en materiële context, op het zitten achter een bureau, op het 's morgens opstaan met een arbeidsloze dag voor zich, op een levenspartner die hem bij het ontbijt overstelpt met vragen waar hij geen raad mee weet.

Deze omgevingsgerichte oriëntatie lijkt op het opvoeren van de mentale en fysieke draagkracht, zoals dat in het psychologische model gebeurt (Winter, 1992). De patiënt leert probleemoplossend te denken, op andere wijzen dan door pijngedrag met zijn omgeving te communiceren, niet teveel te klagen, rust te durven nemen wanneer dat nodig is, enz. Dit aspect van de psychologische benadering richt zich op de relaties met de omgeving, maar heeft uiteindelijk de verhoging van de draagkracht van de patiënt als therapeutisch doel.

Maar het relationele concept krijgt in het kader van het levensverhaal nog een extra dimensie. In het psychologisch model hebben de oplossingen van problemen nut voor zover ze in relatie staan tot een van de dimensies van pijn. In het levensverhaal zijn ze uit zichzelf van waarde. Ieder handelen dat handelen met anderen is en ieder spreken dat spreken tot anderen is, voegen zich in een netwerk van relaties en kristalliseren uit tot het levensverhaal van een unieke persoon. Het herstellen van relaties met de omgeving is niet zozeer een therapeutisch doel, relatief aan de mate waarin ze de pijn beïnvloeden, maar een levensdoel. Deze relaties zijn zowel fundament als resultaat van medelijden en medeleven, van steun en advies, van feestvieren en genieten en van het vertellen van verhalen. Samen met anderen leven is een verantwoordelijke taak voor iedereen. De geneeskunde kan de verantwoordelijkheid voor de vervulling van deze taak niet overnemen. Ze kan de patiënt wel stimuleren en ondersteunen in het herstel van verbroken relaties.

Deskundigheidsbevordering

De strekking van de notitie ten aanzien van deskundigheidsbevordering luidt, dat er bij alle beroepsgroepen die met pijn te maken hebben, basiskennis moet bestaan. Protocollen en richtlijnen hiervoor moeten ingepast worden in de nascholingstrajecten en opleidingscurriculae. Bovendien streeft

men naar een landelijk informatiepunt, dat algemeen toegankelijk is en op de hoogte is van afgerond en lopend onderzoek. Verder functioneren momenteel reeds een viertal gespecialiseerde kenniscentra als 'denktank' voor specialisten.

Binnen voor het levensverhaal gegeven randvoorwaarden kan medische kennis natuurlijk een belangrijke rol vervullen in de hulpverlening. Maar gegeven is de kwetsbare plaats van het individu in een zinvol netwerk van relaties. Deskundigheidsbevordering betekent niet alleen dat de huisarts beter op de hoogte is van de mogelijkheden van de verschillende specialismen, maar ook van de grenzen ervan. Juist de huisarts kan daarom helpen de illusie van een gegarandeerd pijnvrij bestaan door te prikken en de patiënt bij te staan in de interpretatie en integratie van zijn (chronische) klachten, zoals die door hem ervaren worden. Meer aandacht voor het multidimensionale karakter van pijn mag niet betekenen dat morele aspecten van het werk van artsen afgeschoven worden op andere professies. Teveel psychosociale hulp maskeert en vergroot het gebrek aan culturele ruimte om het hoofd te bieden aan existentiële moeilijkheden.

Onderzoek

Chronische pijn wordt nog niet zolang als zodanig onderzocht. In 1986 publiceerde de gezondheidsraad een *Advies inzake pijn* (1986). Sindsdien is het pijnbeleid en het gecoördineerde pijnonderzoek pas goed op gang gekomen. De notitie *Stand van zaken en toekomst pijnbeleid* noemt het volgende (in 1995) lopende onderzoek:

1. incidentie en prevalentie van chronisch benigne pijnstoornissen;
2. medische consumptie ten gevolge van deze klachten;
3. effectiviteit van behandelingen;
4. pijn bij kinderen (waaronder het ontwikkelen van meetinstrumenten);
5. (uniforme) pijnclassificatie en -registratie;
6. ontwikkelen van een database voor classificatie, registratie, evaluatie en MedicalTechnology-Assesment-studies.

Er waren ten tijde van het verschijnen van de notitie nog geen uitkomsten van de onderzoeken bij de auteur van de notitie bekend, doch de laatste twee worden als meest verwachtswol beschouwd.

Men kan zich afvragen wat de invloed zal zijn van het uniform vastleggen van ziektepatronen. Weliswaar betekent dit waarschijnlijk een doelmatiger behandeling van klachten. De keerzijde is echter dat categorisering en registratie ook op sociaal niveau een sterk uniformerende invloed kunnen hebben. Het lijden wordt ontdaan van zijn uniekheid door de pijn te veralgemeniseren en onder te brengen in standaard categorieën. In hoofdstuk vier werd beschreven hoe juist de waardering van het unieke in iedere persoon de zin van pijn lijden veilig stelde. Dat wordt des te moeilijker met de geavanceerdheid van classificatie- en registratiesystemen, die beogen dat artsen iemand zonder aanzien des persoons in een bepaald hokje kunnen plaatsen.

In hoofdstuk drie werden een aantal voorbeelden gegeven van de toepassing van gegevens uit grootschalig medisch onderzoek in concrete situaties. Met hygiënische kennis werd de stadsruimte gemedicaliseerd, met pedagogische kennis werd de familie gemedicaliseerd en tot gezin gereduceerd, met kennis over de determinanten van pijngevoeligheid werd operatiepijn gemedicaliseerd. Zal de uniforme classificatie van alle mogelijke pijnen niet ook allerlei bij-het-leven-behorende-pijnen medicaliseren? Zal uniformisering niet steeds meer persoonlijk lijden diskwalificeren? Een hedendaagse controversie zou hiervoor misschien als voorbeeld kunnen dienen. 'Whiplash' is een nekspierverrekking die mensen meestal oplopen door een auto-ongeval. Het fenomeen kwam tot 1970 nauwelijks voor, terwijl er wel aanrijdingen plaatsvonden. Tegenwoordig neemt het aantal Whiplash-patiënten in hoog tempo toe (Volkskrant, 2-9-1995). Het zou de moeite waard zijn te onderzoeken in hoeverre medische registratie en classificatie van Whiplash deze ontwikkeling in de hand heeft gewerkt. Een denkbaar verband hiervoor zou de preventieve voorlichting kunnen zijn, waarmee medische wetenschap al in een zeer vroeg stadium de potentiële patiënt bereikt - in sommige regio's deelt de politie bij auto-ongelukken

voorlichtingsfoldertjes over Whiplash uit (Marie Claire, augustus 1995), in andere regio's zorgt Veilig Verkeer Nederland voor de verspreiding ervan (Groninger Gezinsbode, 5-3-97) - op een manier die erg doet denken aan de medicalisering van de familie, zo'n twee eeuwen geleden, met behulp van allerlei pedagogisch voorlichtingsmateriaal (zie hoofdstuk drie). Een ander verband tussen medische classificatie en de Whiplash-problematiek is dat medische classificatie ook aan de verzekeringsgeneeskunde ten grondslag ligt en Whiplash-klachten veel langer duren in landen waar het syndroom door de verzekering erkend wordt, dan in landen waar dit niet het geval is (Volkskrant, 8-10-1996).

De laatste ontwikkeling op het gebied van onderzoek naar pijn toont een tendens om meer fundamenteel onderzoek naar de somatische aspecten van pijn te doen. Onlangs werd het initiatief voor de oprichting van een Instituut voor Pijn en Pijnbestrijdings Onderzoek (Nippo) in de Volkskrant (30-10-96) aangekondigd. Nederland is, samen met Australië, Nieuw-Zeeland en Japan, altijd toonaangevend geweest op het gebied van pijnbestrijding. De afgelopen jaren zijn er echter vrijwel geen vorderingen gemaakt op dit terrein, aldus Boersma, anesthesioloog en een van de initiatiefnemers. Volgens hem wordt er te weinig gebruik gemaakt van de beschikbare kennis, doordat de bestaande pijnkenniscentra te weinig met elkaar samenwerken. Er zijn bovendien veel verschillende disciplines bij pijnonderzoek betrokken: neurologie, neurofarmacologie, neuropathologie, anatomie, psychofysiologie, anesthesiologie en hersenfysiologie. Deze disciplines zouden in het Nippo hun krachten moeten bundelen. Opvallende afwezigingen in het rijtje zijn psychologie, sociologie, filosofie en ethiek. Blijkbaar heerst nog steeds de gedachte dat met meer onderzoek naar de somatische aspecten van pijn de maatschappelijke pijnproblematiek kan worden teruggedrongen. De kosten van het pijninstituut moeten deels door de farmaceutische industrie en deels door de samenleving worden opgebracht.

Publieksvoorlichting

Een belangrijke pijler in het proces van protoprofessionalisering en medicalisering is vanouds publieksvoorlichting. Vooral de Stichting Pijn-Hoop houdt zich hier veel mee bezig: op televisie, in tijdschriften, op bijeenkomsten voor patiënten en via brochures en zelfzorgboeken. In de notitie wordt de vraag opengelaten of het voorlichtingsbeleid moet worden geïntensiveerd en op welke onderwerpen dat zou moeten gebeuren, maar waarschijnlijk zullen de patiëntenverenigingen zich in hun activiteiten niet laten hinderen door dit soort twijfels.

Er zitten twee kanten aan voorlichting. Enerzijds betekent meer aandacht voor pijn meer troost en begrip voor chronische pijnpatiënten. Anderzijds werkt voorlichting medicalisering in de hand. Chronische pijn wordt in dergelijke publieksvoorlichting gepresenteerd als een soort chronische ziekte (Stichting Pijn-Hoop, 1995). Pijn wordt ontdaan van haar alledaagsheid en net als ziekte geassocieerd met abnormaliteit. Mensen die na een dag arbeid rugpijn hebben, zullen zich hierdoor misschien eerder ziek melden. Pijn wordt een alternatief voor het ondergaan van de ellende van dagelijkse beslommingen. Medicalisering van pijn ontslaat mensen van hun verantwoordelijkheid in opstand te komen tegen ziekmakende omstandigheden.

Onder twee voorwaarden kan mijns inziens publieksvoorlichting productief uitpakken. De eerste mogelijkheid behelst de ontmedicalisering van het begrip ziekte in het algemeen. De invloed van medische kennis en technologie moet dan ontdaan worden van haar alomtegenwoordigheid en geïntegreerd worden in een zinvolle zorgcontext, gebaseerd op de autonomie van leken. Dit is op den duur nastrevenswaardig, maar daar zal wel een cultureel veranderingsproces aan vooraf moeten gaan, gezien de huidige monopolie-positie van de geneeskunde. Alleen al het gewone taalgebruik en volkswijsheden op het gebied van ziekte zijn te zeer geslonken (Wolffers, 1982), laat staan dat de moderne gezondheidsconsument gemakkelijk bewogen zou kunnen worden om zijn recht op gezondheidszorg vrijwillig in te perken.

De tweede mogelijkheid, waarmee publieksvoorlichting haar beoogde effect kan sorteren, is een voorlichting zonder medische grondslag. De feiten en adviezen strekken zich dan uit van de beperkingen

van medische behandelingen tot de persoonlijke verhalen van pijnlijders over hoe zij hun pijn hebben ondergaan en gntegreerd in hun leven. Dit zou wellicht een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de beëindiging van het absolute geloof in de beheersbaarheid van pijn, terwijl tegelijkertijd eens de nadruk gelegd kan worden op het belang van zingeving aan pijn.

8 SCHAARSTE EN ZORGBELEID

In de Nederlandse gezondheidszorg dreigt de situatie dat de som van de aanspraken uitgroeit boven wat de samenleving beschikbaar wil stellen. De schaarsteproblematiek - wachtlijsten, een tekort aan verpleegkundigen, achterblijvende zorg voor zwakzinnigen en geestelijk gehandicapte bejaarden - manifesteert zich nu al. Toekomstige ontwikkelingen, samenhangend met vergrijzing en de mondigheid van de patiënt, komen daar nog bij. Een toenemend aantal chronisch zieken zal de komende jaren een groot beroep doen op de gezondheidszorg. Kostbare medische ontwikkelingen worden voortdurend ingevoerd en toegepast en er is geen reden om aan te nemen dat daar een eind aan komt. Om deze redenen heeft de regering in 1990 de commissie *Keuzen in de zorg* (commissie-Dunning) ingesteld, met als opdracht strategieën te ontwikkelen om de groei beheersbaar te maken. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in het rapport *Kiezen en delen* (1991).

In dit hoofdstuk zal nagegaan worden of de inzichten, waarmee in het voorgaande de hedendaagse pijnbestrijding aan een kritische analyse werd onderworpen, ook van toepassing gemaakt kunnen worden op een bespreking van bredere gezondheidspolitieke zaken. Voor deze bespreking zullen de hoofdlijnen van het rapport van de commissie *Keuzen in de zorg* als uitgangspunt genomen worden.

Eén opmerking vooraf: als ik in dit hoofdstuk over technologie spreek, dan bedoel ik datgene wat de commissie onder gezondheidszorgtechnologie verstaat: geneesmiddelen, apparatuur en hulpmiddelen, medische en chirurgische technieken en methoden en de organisatorische en ondersteunende systemen waarbinnen de zorg wordt verschaft.

De commissie *Keuzen in de zorg* bepleit voor iedereen een basisverzekering met de meest belangrijke zorg. Deze zorg moet aan een viertal voorwaarden voldoen. Ze moet noodzakelijk, werkzaam en doelmatig zijn, en ze kan niet voor eigen rekening en verantwoording worden genomen. Om deze criteria (tezamen de 'trechter van Dunning') te kunnen hanteren moet er een gezichtspunt bepaald worden, van waaruit zorg beoordeeld kan worden. Wanneer is zorg bijvoorbeeld noodzakelijk en hoe bepaal je dat? Als er keuzen gemaakt moeten worden dient daar een bepaalde filosofie aan ten grondslag te liggen.

Ten behoeve van een brede maatschappelijke discussie over zo'n filosofie geeft de commissie drie voorzetten, waarna ze zelf stelling neemt. Ze bespreekt de medische professionele benadering, de individuele benadering, en de gemeenschapsgerichte benadering. Haar voorkeur gaat uit naar de laatste.

De medische professionele benadering

De commissie verstaat onder medisch professioneel bepaalde gezondheid de afwezigheid van ziekte of gebrek. Gezondheid is af te leiden

"uit de interne constructie van het menselijk organisme, diens bouwplan. Empirisch kan worden vastgesteld wat dat bouwplan inhoudt door via statistische analyse na te gaan welke doeleinden mensen feitelijk nastreven en welke functies zij daarvoor aanwenden. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt naar leeftijd en geslacht" (*Kiezen en delen*, 1991, p.115).

Individuele behoeften aan bijvoorbeeld een bepaalde maatschappelijke dienstverlening vallen buiten een dergelijke omschrijving, terwijl bijvoorbeeld voeding wel in deze definitie van gezondheidszorg kan worden ingesloten. De 'interne constructie van het menselijk organisme' veronderstelt immers metabolische activiteit, en derhalve voeding. Ook hulp bij voortplanting zou hierbinnen kunnen vallen, als men niet alleen uitgaat van de biologische behoeften van individuen, maar ook van die van de mensheid.

Medische technologie impliceert een toepassingsgebied, ze bezit een inherent - medisch professioneel bepaald - doel: een objectief gezondheidsprobleem. De waarde van medische technologie ligt in de medische professionele benadering in de effectiviteit van het middel en de ernst van de afwijking, waarvoor het een oplossing pretendeert te bieden. De betekenis van een thermolesie kan bijvoorbeeld bepaald worden uit de mate waarin de lesie pijnprikkels blokkeert, de mate waarin het geen objectieve bijwerkingen heeft en het statistische bepaalde maatschappelijk belang van pijnbestrijding.

Commentaar

Zonder hiermee te willen suggereren dat medische professionals louter de genoemde definitie van gezondheid (en de daarbij behorende opvattingen van zorg) hanteren, raakt de commissie hier wel de kern van de moderne geneeskunde. Deze kern bestaat uit wat in hoofdstuk twee 'de mechanisering van het lichaam' werd genoemd en in hoofdstuk zes 'het medisch model'. In hoofdstuk zes zagen we dat het nog steeds meestal de eerste oriëntatie van de geneeskunde is om pijn in termen van somatische afwijkingen te beschrijven. Deze oriëntatie, die ook weerspiegeld wordt in de definitie van pijn, impliceert een medisch-professioneel oordeel over gezondheid als een toestand zonder somatische afwijking, zonder weefselbeschadiging.

Overigens wil de koppeling van het begrip gezondheid aan medisch-biologische vakkennis niet zeggen dat hiermee voor eens en voor altijd gegeven is wat gezondheid precies inhoudt. Zoals bleek uit hoofdstuk twee is ook medische kennis voortdurend in beweging.

Tegen de medisch-professionele definitie van gezondheid brengt de commissie in dat deze het psychosociaal functioneren van individuen buiten beeld laat, tenzij statistisch zou kunnen worden vastgesteld wat typisch psychosociaal functioneren inhoudt. Het is echter niet onafhankelijk van de sociale omstandigheden te bepalen welk psychosociaal functioneren typisch is voor mensen.

Het is bovendien de vraag of typisch biologisch functioneren onafhankelijk van de sociale omstandigheden is vast te stellen. Als dat niet het geval is dan levert de medisch professionele benadering zelfs bepaalde gevaren op. In hoofdstuk twee zagen we hoe medische opvattingen zich onafhankelijk van de eigen gezondheidservaring ontwikkelen. De medische wetenschap beschrijft mechanismen waarmee iemand ziek verklaard kan worden, zonder dat hij dat zelf zo hoeft te ervaren. Wanneer het gezondheidszorgstelsel gebaseerd wordt op medisch-professionele oordelen lijkt het individu te worden overgeleverd aan de dynamica van medische wetenschap en technologie, en dient zich te schikken naar het oordeel van de medici.

De individuele benadering

De individuele benadering houdt wel rekening met verschillende mensen en verschillende behoeften. Wat een basale behoefte is voor de een, hoeft dat voor de ander niet te zijn. Gezondheid in dit perspectief wil zeggen dat het individu in staat is in de samenleving te bereiken wat hij zichzelf ten doel heeft gesteld. Aan de concrete invulling daarvan zijn geen principiële grenzen gesteld, aangezien niemand, behalve het (liberaal) autonome individu kan bepalen wat goed voor hem is. Medische technologie is volgens de commissie in deze benadering waardevrij. De betekenis van een ingreep of medicijn blijkt pas uit haar toepassing, uit de ervaring van de patint.

Commentaar

Bezwaarlijk voor de commissie is dat deze benadering, in tegenstelling tot de medische professionele, in de praktijk onoverkomelijke problemen oplevert. De individuele aanspraken zullen immers dermate uiteenlopen dat het onmogelijk is een basispakket met de meest noodzakelijke zorg voor iedereen samen te stellen. Er is geen criterium voor prioriteitenstelling.

Maar er is nog een ander, mijns inziens fundamenteel, bezwaar. De individuele benadering lijkt weliswaar tegenover de medische professionele te staan, maar feitelijk is ze er eerder complementair aan. Juist hun samengaan heeft in onze samenleving voor de grote expansie van de gezondheidszorg gezorgd. Laat ik dit toelichten aan de hand van een reactie van Zwart (1992) op het rapport van de commissie.

Met een beroep op de historische studies van Foucault wijst Zwart erop, dat met name in liberale landen de overheid een actieve bemoeienis met de levensstijl van de bevolking aan de dag legt. Bestuurspraktijken hebben niet alleen behoefte aan een kleinschalige liberale ethiek in strikte zin (met de

nadruk op het recht op autonomie van de enkeling), maar tegelijkertijd aan een grootschalige bekommernis met de medische aspecten van allerlei demografische verschuivingen, zoals vergrijzing, verlenging van de levensduur, urbanisatie, enz. De overheid heeft in alle westerse landen, maar vooral in Engeland, het liberale land bij uitstek, een groot beheersingsapparaat opgebouwd, niet zozeer uit despotische machtsoverwegingen, maar juist om de individuele aanspraken van vrije burgers in goede banen te leiden.

"De beheersingsstrategieën van de [door Foucault] geschetste 'biomacht' behelzen een breed scala aan technieken en instrumenten voor demografische berekening, medische normalisering en bestuurlijke regulering. De bevolking als geheel vormt een object van onderzoek, waarbij de geneeskunde als instrument voor de grootschalige beheersing van het leven functioneert. Deze 'bio-macht' produceert bovendien haar eigen subjecten, namelijk individuen die rechten claimen: rechten op zorg, op behoeftebevrediging, op gezondheid" (Zwart, 1992, p.156).

Het autonome, mondige individu, dat in deze benadering centraal staat, is het complement van een samenhangend, normaliserend stelsel van gezondheidszorg. Met de keuze voor de individuele benadering kiest men tegelijkertijd voor de medisch-professionele normen van de geneeskunde.

Juist in een liberale samenleving, die zich legitimeert met de individuele keuzevrijheid, zullen de normen en waarden van de medische professie gemakkelijk ingang vinden. In een dergelijke samenleving ontstaan allerlei nieuwe machtsrelaties. Protoprofessionalisering en medicalisering zijn symptomen van de monopoliepositie die de geneeskunde in onze samenleving inneemt. Medische technologie is in de individuele benadering derhalve niet waardevrij, zoals de commissie beweert. Integendeel, ze sluit evengoed een medisch professioneel oordeel over ziekte en gezondheid in.

De gemeenschapsgerichte benadering

In de gemeenschapsgerichte benadering, waar de commissie voor kiest, wordt gezondheid gezien als...

"de mogelijkheid voor ieder lid van een gemeenschap normaal te kunnen functioneren, zoals dat op dit moment in de Nederlandse samenleving geldt" (Kiezen en delen, 1991, p.116).

Deze benadering gaat ervan uit dat zorg noch wordt verleend op grond van medische oordelen, noch op grond van individuele wensen. Het onvermogen deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer en het bestaan met andere leden van de samenleving te delen, bepalen het recht op zorg.

Technologie heeft in deze benadering een moreel karakter. Zo wordt bij de ontwikkeling en toelating van nieuwe technologieën een grote gewichtsfactor weggelegd voor die aspecten die bijvoorbeeld chronisch zieken en gehandicapten in staat stellen langer zelfstandig te blijven. Technologische ontwikkeling zal daarom voortdurend moeten worden beïnvloed en beoordeeld, sturing is van groot moreel belang.

Volgens de commissie gelden in de Nederlandse samenleving tenminste drie normatieve uitgangspunten, waarmee de vertaalslag van 'normaal functioneren' naar een prioriteitenlijst van zorg gemaakt zou kunnen worden:

1. de fundamentele gelijkwaardigheid van mensen;
2. de fundamentele beschermwaardigheid van menselijk leven;
3. het beginsel van solidariteit.

Volgens deze benadering gaat de hoogste prioriteit (op grond van het eerste principe) uit naar voorzieningen voor mensen die niet voor zichzelf kunnen zorgen (verpleeghuiszorg, psychogeriatric en de zorg voor geestelijk gehandicapten). Daarop volgen de voorzieningen die levensbedreigende gevolgen zouden hebben voor enkeling, groep of samenleving indien ze niet onmiddellijk beschikbaar zouden zijn (spoedeisende heelkundige ingrepen, zorg voor kinderen en zuigelingen, voorkomen van besmettelijke ziekten). Binnen de derde en laatste groep op de prioriteitenladder kan de noodzaak van zorg ingeschat worden door na te gaan hoe ernstig de ziekte is en hoeveel patiënten aan de ziekte lijden.

Commentaar

Toepassing van de gemeenschapsgerichte benadering op de eerder genoemde criteria van de trechter van Dunning lijkt veelbelovend, wanneer de commissie een aantal controversiële zorgvoorzieningen bespreekt (zorg bij sportletsels, tandheelkundige hulp aan volwassenen, bejaardenoorden). Toch is het de vraag of de criteria, en in het bijzonder noodzakelijkheid, wel altijd eenduidig op macro-niveau zijn vast te stellen. De vraag of een ziekte van het bewegingsapparaat, een huidziekte of een allergie iemands normale functioneren bedreigt, is niet zonder meer per diagnose-groep te beantwoorden, zo merkt Van Willigenburg (1992) terecht op. Hoewel dit soort problemen alleen op individueel niveau - op de werkvloer - oplosbaar zijn, wijst de commissie de individuele benadering af. Die loopt immers uit op een te brede, onbeheerste vraag naar zorg.

Buiten dit praktische bezwaar dient Zwart (1992) nog een fundamenteeler en moeilijker te vatten bezwaar aan. Zoals we hebben gezien heeft een liberale samenleving (met de nadruk op het recht op autonomie) behoefte aan een grootschalige beheersing van allerlei demografische, medische en bestuurlijke ontwikkelingen, teneinde de autonomie van haar burgers te garanderen. Moet nu de trechter van Dunning niet gezien worden als het normaliserend beheersingsinstrument, waaraan de geavanceerd-liberale samenleving, naast een liberaal-individualistische ethiek, behoefte heeft? De commissie:

"Gezondheidszorg heeft niet alleen een functie voor het individu, maar ook voor diens plaats in de maatschappij en daarmee voor de gemeenschap in haar totaliteit" (Kiezen en delen, p.117).

De geneeskunde bezit macht, en kan invloed uitoefenen op de levensstijl van mensen. Het is de vraag wat ze met deze macht zal doen. Dit hangt in belangrijke mate af van de invulling die het begrip autonomie krijgt. Vooralsnog wijst niets erop dat de het recht op autonomie en het recht op gezondheidszorg ontkoppeld zullen worden. De enige verandering betreft de formele invulling van dit laatste recht. Het recht op gezondheidszorg blijft bestaan, echter binnen bepaalde grenzen: de grenzen die gesteld worden door andermans rechten op het gebruik van gezondheidszorg. De gemeenschapsgerichte benadering vormt dan allerminst een breuk met het verleden, ze is eerder een, aan de huidige omstandigheden aangepaste, voortzetting ervan.

De commissie streeft ernaar iedereen normaal te kunnen laten functioneren in de samenleving. Chronische patiënten behoeven zorg, opdat daardoor de mogelijkheden om aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen behouden blijven. Mijn vraag aan de commissie zou zijn, wat onder 'normaal functioneren' en 'maatschappelijk verkeer' verstaan moet worden. In hoeverre maakt bijvoorbeeld het lijden hier deel van uit?

In deel één werd uiteengezet dat de dominantie van een aantal hedendaagse maatschappelijke normen een medische oorsprong heeft. Het geloof in de maakbaarheid van het lichaam, het idee dat pijn bestreden moet worden, het grote economische belang van een gezond bestaan, het recht op gezondheidszorg. Deze normen vergroten de vraag naar gezondheidszorg eerder, dan dat ze die verkleinen. De commissie kent aan het stelsel van gezondheidszorg normatieve functies toe. Ze vindt dat dit stelsel drie, in de Nederlandse samenleving geldende, normatieve uitgangspunten moet uitdragen. Maar hoe zit het met de medicaliserende effecten van deze uitgangspunten?

Ten eerste noemt de commissie de fundamentele gelijkwaardigheid van mensen. Uit dit uitgangspunt concludeert de commissie de noodzaak van voorzieningen voor mensen die niet voor zichzelf kunnen zorgen. Het wordt als een taak van de overheid gezien deze mensen op te vangen. Gezondheidszorg dient de ongelijkwaardigheid te compenseren, die ontstaat doordat zieken en gebrekkigen afhankelijk zijn van anderen die voor hen zorgen. De commissie gaat er vanuit dat het functioneren van gebrekkigen minderwaardig is aan het functioneren van normalen en dat deze ongelijkwaardigheid opgeheven, of in ieder geval gecompenseerd moet worden door medische zorg. Dupuis (1980) laat zien waartoe deze opvatting (wat de pijnbestrijding betreft) leidt:

"Elk ongemak, elke pijn, alles wat in strijd is met een gelijke toedeling van 'het lot' wijzen we af - we willen niet méér behoeven te verdragen dan anderen. We willen zoveel mogelijk gelijk zijn, en voor zover we dat niet zijn, willen we het ongelijke vereffenen" (Dupuis, 1980, p.102).

Langs het streven naar gelijkheid en vereffening wordt normaliteit verspreid. Als men de gelijkheid in de toedeling van pijn ten doel stelt, wordt daarbij impliciet de vanzelfsprekendheid van een pijnvrij bestaan verondersteld. Met andere woorden: de normen van een gemedicaliseerde cultuur worden eerder bevestigd dan tegengegaan door dit eerste normatieve uitgangspunt.

Het tweede normatieve uitgangspunt betreft de beschermwaardigheid van menselijk leven. De commissie wil met dit uitgangspunt het bestaan garanderen van voorzieningen die levensbedreigende gevolgen zouden hebben, indien ze niet onmiddellijk beschikbaar zouden zijn. Aan dergelijke voorzieningen (spoedeisende heelkundige ingrepen, zorg voor vroeggeborenen, enz.) werd in deze scriptie over pijnbestrijding geen aandacht geschonken. Vanuit het voorgaande kan daarom geen commentaar gegeven worden op dit uitgangspunt.

Het derde normatieve uitgangspunt is het beginsel van solidariteit. Volgens de commissie houdt dit beginsel in dat wij ons bewust zijn dat medeburgers door ziekte of gebrek kunnen worden getroffen en daarbij hulp en zorg nodig hebben die zij niet zelf kunnen bekostigen. Solidariteit wordt hier opgevat als een bereidwilligheid om mee te betalen aan de medische hulp voor anderen. Dit principe krijgt voor de commissie vooral gestalte als verzekeringstechnische norm. De ideale uitwerking ervan is volgens de commissie een basisverzekering voor iedereen.

"In theorie zou iedere verzekerde daarin aanspraak kunnen maken op vrijwel alle voorzieningen en is er sprake van een brede solidariteit waarin ieder gelijke rechten en aanspraken heeft, zodat het gelijkheidsbeginsel voor alle verzekerden tot gelding wordt gebracht door bekostiging uit de gemeenschappelijke middelen" (Kiezen en delen, 1991, p.23).

In deze opvattingen liggen een aantal implicaties besloten. Ten eerste bevestigt solidariteit het gelijkheidsbeginsel. Op de medicaliserende effecten van het streven naar gelijkheid werd hierboven al ingegaan. Ten tweede ligt in deze opvatting besloten dat gezondheidszorg een consumptiegoed zou zijn. Door solidariteit in financiële termen uit te drukken moet het middel, om die solidariteit tot uiting te laten komen, ook in geld uitgedrukt kunnen worden.

In hoofdstuk vier werd het lijden in de context van het levensverhaal geplaatst. Het levensverhaal bestaat bij de gratie van een netwerk van relaties. De pijn kan pas werkelijk gedragen worden wanneer anderen dit lijden herkennen en als een moedige of waardige daad erkennen. Zoals lijden in deze context een persoonlijke betekenis heeft, zo hebben solidariteit en zorg in deze context een intersubjectieve betekenis. Solidariteit kan niet alleen in geld uitgedrukt worden. Alleen als gezondheidszorg een economisch goed is, als autonomie identiek is aan mondigheid en als iedereen recht heeft op institutionele gezondheidszorg, krijgt solidariteit meetbare, onpersoonlijke dimensies. Maar deze opvattingen maken ieder medelijden overbodig, zoals het idee dat alle pijn bestrijdbaar is ieder lijden overbodig maakte.

De commissie Dunning ziet een normatieve taak voor de gezondheidszorg. Die zie ik ook: in het vorige hoofdstuk viel een pleidooi te lezen voor hulpvaardigheid van artsen bij het doorprikken van illusies, het opnieuw leren leven met de (resterende) natuurlijke vermogens van het lichaam, het bewust reflecteren op de betekenis van medisch handelen. Deze normen ontmedicaliseren, voor zover ze het persoonlijke lijden centraal stellen. De normatieve uitgangspunten die de commissie bepleit bevestigen daarentegen eerder allerlei medicaliserende normen. De commissie baseert haar beleidsplannen op 'maatschappelijk verkeer' en 'normaal functioneren'. Maar zolang normaliteit duidt op een pijnvrij bestaan, op de overbodigheid van lijden, op het recht op gezondheidszorg en op de gelijke toedeling van dit recht, dweilt de commissie met de kraan open. Met deze normen als uitgangspunt zal de trechter van Dunning de huidige tendens voortzetten. Het nieuwe stelsel zal evengoed tot een grote zorgvraag leiden.

Publiekscampagne

Een van de taken van de commissie Keuzen in de zorg is het op gang brengen van een ontmedicaliseringscampagne, die het publiek op de hoogte moet stellen van de noodzaak én wenselijkheid van het

maken van keuzen. Medicalisering, een van de hoofdonderwerpen van deze scriptie, hangt nauw samen met schaarste en keuzen. Medicalisering leidt immers tot een grote zorgvraag en in een tijd dat de vraag naar zorg het aanbod ervan dreigt te overstijgen is dit een verontrustende ontwikkeling. Een van de doelen van de publiekscampagne is daarom de brede maatschappelijke agendering van dit onderwerp.

De twee belangrijkste hoofdroutes die deze agendering van medicalisering moet begaan zijn de 'opinieleiders' en de 'professionals in de zorgsector'. Wat betreft de opinieleiders zijn de belangrijkste actiepunten van de commissie het benaderen van het Genootschap van hoofdredacteuren en het overleg met journalisten die zich met gezondheid bezighouden. Het doel is dat journalisten en programmamakers bij de selectie en behandeling van onderwerpen rekening houden met de huidige schaarsteproblematiek.

De tweede hoofdroute in de ontmedicaliseringscampagne loopt via de professionals in de zorgsector. Medici hebben de rol van deskundigen op het gebied van gezondheid. Hun uitspraken vatten de meeste mensen als gezaghebbend op. Een van de actiepunten op dit gebied is het aan de orde stellen van de vergaande medicalisering in inhoudelijke bijdragen aan artikelen in tijdschriften. Een ander actiepunt is de bevordering van discussies over medicalisering op bijeenkomsten van medische professionals die niet specifiek over de keuzeproblematiek gaan.

De plannen van de commissie zijn relatief jong. Het is het laatste grote rapport over de toekomst van de gezondheidszorg. Zes jaar na de verschijning van dit rapport valt nog niet zoveel te zeggen over de uitkomsten ervan. Wel mag voorzichtig geconcludeerd worden dat de commissie haar ontmedicaliseringsmiddelen waarschijnlijk flink overschat heeft, toen ze de verwachting uitsprak

"dat aan een periode van *drie jaar* [cursivering, RN] gedacht moet worden, voordat een onderwerp zo breed geagendeerd is dat effecten zichtbaar worden in het persoonlijk gedrag van leden van een grotere groep dan van een 'voorhoede'" (Kiezen en delen, 1991, p.83).

Het lijkt erop dat de commissie Keuzen in de zorg niet goed heeft beseft hoe diep de verwachtingspatronen, die ten grondslag liggen aan de moderne gezondheidszorg-consumptie, ingesleten zijn. Opinieleiders gebruiken hun invloed niet om de medicalisering aan de kaak te stellen. Integendeel, de tijdschriften staan nog steeds vol met artikelen die medicalisering alleen maar in de hand werken (zie hoofdstuk vijf). Hetzelfde verwijt kan gemaakt worden aan medici die meewerken aan dergelijke reportages. Maar wellicht hangt de regelmatige publicatie van pretentieuze artikelen over medische zaken simpelweg samen met het feit dat de schrijvers ervan vooral schrijven wat de lezers willen lezen. Blijkbaar is de tijd nog niet rijp voor ontmedicalisering. Men vindt de 'wonderen der geneeskunde' nog steeds interessanter dan de 'grenzen der geneeskunde'.

Ook op de agenda voor een bijeenkomst van deskundigen, die ik in het vorige hoofdstuk uitgebreid besprak, werd het onderwerp medicalisering niet besproken. Het werd er zelfs niet genoemd. De notitie *Stand van zaken en toekomst pijnbeleid* beschreef de organisatie van de hedendaagse en toekomstige pijnbestrijding, zonder op enigerlei wijze kritisch te reflecteren op de vooronderstellingen van dit pijnbestrijdingsbeleid.

9 CONCLUSIE

Er komt steeds meer aandacht voor chronische pijn. In onze samenleving is, mede dankzij deze aandacht, een breed scala aan pijnbestrijdingsmethoden beschikbaar. Enkele technieken werden in de loop van deze scriptie genoemd: pijnstillers, chirurgische ingrepen aan beschadigd weefsel, TENS, thermolesie, corsetten, fysiotherapie, psychotherapie, mensendieck therapie, chiropractie, acupunctuur.

Maar ondanks de beschikbaarheid van al deze technieken neemt de chronische pijnproblematiek eerder toe dan af. Naar schatting van de Pijnstichting Nederland hebben op dit moment zo'n 600.000 mensen chronisch pijn, en komen er ieder jaar 15.000 mensen bij. De gemeenschapskosten van chronische pijn worden geraamd op honderden miljoenen guldens per jaar. Voor de pijnlijder zelf betekent het vaak een aantasting van de eigenwaarde, onbegrip in de sociale omgeving, teleurstellingen na mislukte therapieën, en veel onzekerheid.

In populaire tijdschriften pretendeert men de beheersbaarheid van pijn en wordt het bestaan van de chronische pijnproblematiek genegeerd. In de geneeskunde drijft de toename van de pijnproblematiek sommigen tot een pleidooi voor meer somatisch onderzoek, anderen tot de aanbeveling in een vroeger stadium psychologisch te intervenieren, en weer anderen pleiten voor een bundeling van kennis en vaardigheden uit verschillende disciplines.

Slechts enkelen stellen zich de vraag in hoeverre de problematiek iatrogeen is, dat wil zeggen door de geneeskunde veroorzaakt. Zou de toename van de wetenschappelijke belangstelling en behandelingsmogelijkheden niet zelf geresulteerd kunnen hebben in de groei van de chronische pijnproblematiek, omdat men te weinig rekening heeft gehouden met de culturele neveneffecten van gezondheidszorg?

In dit onderzoek staat de vraag centraal of medische ontwikkelingen bij hebben gedragen tot het pijnlijker worden chronische pijn. Met 'pijnlijker worden' bedoel ik dat de pijn meer als problematisch wordt ervaren, omdat het een centrale en belemmerende plaats in het leven van de patiënt inneemt. Wat er precies onder 'geneeskunde' en 'medische ontwikkelingen' verstaan moet worden valt minder eenduidig vast te leggen. De geneeskunde is niet één actor, maar een netwerk van actoren: wetenschappelijk onderzoek, curatieve en preventieve voorzieningen, artsorganisaties, medische opleidingen, patiënten, verzekeringen. Om hier enige lijn in aan te brengen vat ik 'geneeskunde' op als het geheel van normen en waarden, kennis en betekenissen, die in de medische opleiding en literatuur onderwezen of voorondersteld worden. Met 'medische ontwikkelingen' of 'iatrogenese' wordt bedoeld dat het belangrijkste aandeel in het voltrekken deze ontwikkelingen bij mensen met een opleiding in de medische wetenschappen ligt.

Voor de beantwoording van de vraagstelling werd in deel één naar de cultuurhistorische en - filosofische achtergronden van het systeem van pijnbestrijding gekeken, om in deel twee op verschillende niveaus te onderzoeken hoe dit systeem in de hedendaagse praktijk functioneert.

In deel één zagen we dat traditionele culturen pijn opvatten als een onvermijdelijk onderdeel van de persoonlijke realiteit. Culturen legden daarom aan mensen de plicht op om pijn waardig te ondergaan. Sommige culturen stonden veel 'klaaggedrag' toe, andere stimuleerden het heroïsche verzet tegen pijn, en weer andere gaven voorbeelden van de gelaten overgave aan pijn. In al deze culturen werd het juiste pijngedrag gewaardeerd en medegeleden. Een gemedicaliseerde cultuur, daarentegen, is onbekend met de 'kunst van het lijden'. Ze associeert de waardering ervan met masochisme. Pijn is niet langer een persoonlijke 'uitdaging', toetsteen van de persoonlijke waardigheid, maar een technisch probleem, dat eisen doet stellen aan het medisch systeem. Begrip en achting vanwege waardig pijngedrag maken plaats voor minachting en beschuldigingen van aanstellerij. Het medelijden wordt een deugd die uit de tijd is.

In hoofdstuk vijf bleek dat veel chronische pijnpatiënten flink gemedicaliseerd zijn. Hun medische consumptiepatroon, het medisch winkelen, staat in geen enkele verhouding tot de resultaten van al die

behandelingen. Toch bleek ook dat sommigen zich niet langer wensten te voegen naar de normen van de geneeskunde, en hun 'abonnement' op het medische circuit opzegden. Helaas stuiten zij vaak op onbegrip in de sociale omgeving, waarin men nog wel gelooft in de beheersbaarheid van pijn.

In hoofdstuk zes werd als symptoom van medicalisering vastgesteld dat het in onze samenleving blijikbaar nodig is om het leren omgaan met pijn in medische voorzieningen te institutionaliseren. Chronische pijnpatiënten moeten betekenissen, normen en gedragingen opnieuw aanleren, omdat deze blijikbaar niet meer uit de traditie worden overgeleverd.

In de loop van deze scriptie zijn een aantal ontwikkelingen naar voren gekomen, die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze situatie. Ik zal ze hieronder nog eens puntsgewijs opsommen, om vervolgens na te gaan in hoeverre deze ontwikkelingen iatrogeen zijn.

- Vanaf de achttiende eeuw ontstond er, samenhangend met de ontwikkeling van het kapitalisme, een moraal die gericht was op de gezondheid van allen als een prioriteit van allen. De normen van de geneeskunde kregen een centrale plaats in het dagelijks leven. In deze ontwikkeling liggen de wortels van het huidige stelsel van gezondheidszorg, inclusief het recht op zorg dat burgers eraan ontlenden.
- Vanaf het midden van de negentiende eeuw werd pijnbestrijding een aparte medische taak, aanvankelijk in de chirurgie, maar de farmaceutische industrie ging later ook voorzien in pijnstillers voor commercieel gebruik.
- Het onderzoek naar pijn dreef op de tendens van de anatomie, fysiologie en pathologie om het lichaam in mechanistische termen te beschrijven. Dit onderzoek, dat aan het einde van de negentiende eeuw begon, beschreef pijn niet langer als de symptomen die de patiënt rapporteerde, maar reduceerde het verschijnsel tot haar somatische mechanismen. Daarmee gingen de beleving van pijn en de medische interpretatie ervan uiteen.
- Later, vanaf de jaren zestig van deze eeuw, werd het somatisch onderzoek aangevuld met inzichten uit de gedragsgeneeskunde. De integratie van de verschillende inzichten kreeg geen gestalte in een holistische benadering van pijn, zoals die voor de moderne tijd bestond, maar in een modelmatige benadering, die pijn opdeelt in meerdere dimensies die apart te interpreteren en behandelen zijn. De somatische dimensie zou blijven domineren.
- In de huidige samenleving heerst het idee dat pijn beheersbaar is. Populaire tijdschriften weerspiegelen dit idee overduidelijk en ook het medische consumptiegedrag van chronische pijnlijders laat zien dat men veel verwacht van medisch ingrijpen.

Het recht op zorg

Vanaf de achttiende eeuw ontwikkelde zich een beheersingsapparaat, dat de kennis, beheersing en manipulatie van leven beoogde: bio-macht. Deze biomacht werd enerzijds uitgeoefend via bevolkingspolitiek en anderzijds via de medische praktijk. In de achttiende eeuw kwamen deze twee gedaanten van biomacht bijeen in bijvoorbeeld de opvoeding van het kind en de hygiënische controle van de stad. Er was een concreet gezondheidsbeleid ontstaan, dat de gezondheid van allen tot een prioriteit van allen maakte. Dit beleid verschafte de medische stand bovendien een groeiende sociale status. Artsen kregen toezichthoudende en controlerende functies en de normen van de geneeskunde drongen de samenleving binnen. Burgers werden verantwoordelijkheid gemaakt voor hun eigen gezondheid en de politiek voor een stelsel dat medische zorg voor iedereen waarborgde.

Het is lastig om in de ontstaansgeschiedenis van deze situatie de rol van de geneeskunde te wegen. Foucault beschrijft niet zozeer de geschiedenis van het stelsel van gezondheidszorg, als wel de effecten van de geneeskunde in de achttiende en negentiende eeuw. Maar daarmee is nog niets gezegd over de effecten van bijvoorbeeld kolonisatie, industrialisatie, slavernij, oorlogen enz. Toch zijn er wel enkele conclusies te trekken: twee belangrijke pijlers in de medicalisering van de samenleving waren enerzijds de medisch-georinteerde politici en wetenschappers, die de volksgezondheid een hoge prioriteit gaven;

en anderzijds de artsen, die de toezichhoudende en voorlichtende posities innamen, en teruggevonden konden worden in de hogere lagen van de samenleving. Op deze pijlers werd het medisch bedrijf gebouwd.

Foucault heeft laten zien dat het huidige stelsel van gezondheidszorg, het recht op deze zorg en de collectieve plicht om erin te voorzien, niet in het leven werd geroepen door de hervormers van de achttiende en negentiende eeuw. Weliswaar zorgden zij ervoor dat bepaalde rechten in de grondwetten zouden worden vastgelegd, maar de medische normen en waarden werden al eerder, door disciplinerende en normaliserende, in de samenleving geïntegreerd.

Pijnbestrijding als medische voorziening

In de praktijk van de pijnbestrijding, aanvankelijk met name in de chirurgie, zou men er niet aan ontkomen om andere dan zuiver somatische factoren mee te nemen in de overweging hoe en op wie pijnstillers toepasbaar konden zijn. Deze praktijk kwam tot ontwikkeling door toedoen van een nieuwe pragmatische ingestelde artsengroep. Deze artsen hadden de weloverwogen toepassing van anesthesie hoog in het vaandel staan. De gevaren van een aantal pijnbestrijdingstechnieken noopten ertoe het gebruik ervan (wel of niet, hoeveel, welk soort) zorgvuldig af te wegen tegen de individuele gevoeligheid voor pijn en de risico's op schadelijke bijwerkingen. Kennis uit allerlei bevolkingsonderzoek zou hiervoor ingezet worden.

Deze ontwikkeling markeert het begin van de moderne pijnbestrijding. Tot het midden van de negentiende eeuw werd pijnbestrijding nog zeer argwanend bekeken en veelal uit de medische praktijk geweerd. Het was vanouds de taak van artsen om zieken te genezen. Levens moesten gered worden, niet veraangenaamd, en zeker niet door methoden die berucht waren om het levensgevaar dat ze met zich meebrachten, zoals ether en chloroform.

Een aantal onderling samenhangende ontwikkelingen brachten hier echter verandering in. Ten eerste werden de verdovende middelen 'ontdekt'. Maar deze waren al gesignaleerd bij de indianen en zelfs al medisch toegepast bij de behandeling van hystericiteit. In ieder geval bestonden de pijnstillende middelen al voordat pijnbestrijding een medische taak werd.

Ten tweede moesten er artsen bereid gevonden worden om deze middelen toe te passen. Er stonden in de eerste helft van de negentiende eeuw in de medische wereld twee kampen tegenover elkaar, die allebei het gebruik van pijnbestrijdingsmethoden onvoorwaardelijk afkeurden. Aan de ene kant stonden de orthodoxe artsen, die het als hun taak zagen om in geval van ziekte het lichaam aan rigoreuze therapeutische maatregelen te onderwerpen, maar alleen als het echt nodig was. Aan de andere kant stonden hun critici, die ziekte opvatten als gevolg van ongezonde omstandigheden. Behandeling was daarom vaak op verbetering van hygiëne, voeding of levensstijl gericht. Deze critici vonden dat professioneel medisch ingrijpen in of aan het lichaam eerder schaadt dan baat; met name chirurgische ingrepen werden afgewezen. De nieuwe artsengroep, die uit deze twist naar voren kwam, hield in veel opzichten het midden tussen de twee partijen. Zij achtte medisch ingrijpen wel nodig, maar alleen voor zover dit een ondersteuning van de zelfgenezingstendens van het lichaam inhield en het meer baat dan schaadt. Deze artsengroep zou de anesthetica in de geneeskunde introduceren.

Dit gebeurde (ten derde) echter niet voordat zij ook een nieuwe calculerende ethiek in de geneeskunde had geïntroduceerd. Ze stond een minimaal risico toe in gevallen, waarin het leed aanzienlijk verlicht kon worden. Met deze twee grootheden werd het te verwachten leed 'berekend'.

Ten vierde was het voor de toepassing van deze calculatie nodig om over individuele kennis te beschikken. Deze kennis werd verkregen uit grootschalig statistisch onderzoek naar de pijngevoeligheid en de risico's van anesthesie bij verschillende bevolkingsgroepen (naar leeftijd, geslacht, ras, sociale klasse). De kenmerken van het individu volgden uit de combinatie van variabelen. Pas met de integratie van deze kennis in de medische praktijk zou de pijnbestrijding op gang komen, aanvankelijk nog selectief, later algemeen.

Tenslotte zou de nieuwe artsengroep steeds meer leden krijgen. Zij beschikten over een van de

eerste landelijke organisaties: de American Medical Association (AMA). Maar de groei van het ledenaantal mag niet alleen toegeschreven worden aan de ideeën van deze nieuwe artsengroep. Ongetwijfeld hebben innovaties op het gebied van communicatie en transport (telegraaf, stoomboot, spoorwegen) hierin ook een belangrijke rol gespeeld.

Op dit laatste punt na waren de factoren die van pijnbestrijding een medische taak maakten van medisch-interne aard. Ook de statistieken over pijngevoeligheid en risico's waren iatrogeen, omdat deze vergaard werden in de registers van ziekenhuizen, hoewel natuurlijk de statistiek zelf geen medische uitvinding was.

De objectivering van de pijn

Tegelijkertijd met het veiliger worden van de pijnstillende middelen, en de vertrouwdheid die men met anesthesie kreeg, groeide de populariteit van de middelen. Spoedig zouden er ook pijnstillers voor commercieel gebruik beschikbaar komen. De opvatting groeide dat pijn relatief onafhankelijk van ziekte bestond. Tot in de negentiende eeuw dacht men over ziekte als een bundel symptomen. De nieuwe ervaringen met pijn steunden daarentegen het idee dat ziekte aan de symptomen ten grondslag lag. De pijn kon immers tijdelijk weggenomen worden, terwijl de ziekte bleef bestaan. In diezelfde negentiende eeuw werden ook de begrippen 'weefsel' en 'cel' in de pathologie geïntroduceerd. Deze begrippen steunden het idee van onderliggende somatische stoornissen. Ze stelden de pathologie in staat om op microscopisch niveau ziekte te benoemen, beschrijven en behandelen. Ook aan pijn zou een beschadiging van somatische structuren ten grondslag liggen.

Deze ontwikkelingen hangen samen met een meer omvattende tendens in de wetenschappen. Descartes scheidde lichaam en ziel. De ziel kreeg een metafysische status, alleen kenbaar door middel van introspectie. Het lichaam kreeg een materiële status, beschrijfbaar met begrippen uit de natuurwetenschappen. Hiermee werd het mogelijk om het lichaam als een dood ding op te vatten, als een mechanisme, dat geprogrammeerd werd door de natuurwetten van het menselijk 'milieu intérieur'. De filosofische 'garantie' van het bestaan van de ziel baande de weg voor het moderne fysiologisch onderzoek naar de werking van zenuwen en zintuigen, dat in de negentiende eeuw een aanvang zou nemen. Ongehinderd door de individuele pijnbeleving, die immers aan de ziel kon worden toegeschreven, onderzocht deze tak van de wetenschap de lichamelijke mechanismen, die pijn veroorzaakten. Hierin zou ze relatief succesvol blijken. In de loop van de negentiende en twintigste eeuw werd het zintuig- en zenuwstelsel steeds verfijnder in kaart gebracht.

De oude Galenus beschreef het lichaam niet onafhankelijk van de ziel, maar kende daarentegen aan bloed, lucht, hart, nieren, enz. allerlei vitalistische zielfuncties toe. Pijn in de maag kon nog in de maag worden gevoeld. Door het fysiologisch onderzoek naar de somatische mechanismen van pijn nam de medische wetenschap afstand van de persoonlijke beleving en sloeg een andere richting in. Pijn in de maag zou via de zenuwen in de hersenen gevoeld worden. In de professionele blik van de arts veranderde pijn in een technische probleem (hoe de pijnprikkels te moduleren). Moet nu deze scheiding van subjectieve beleving en objectieve kennis aan de filosofie (van Descartes) toegeschreven worden?

In hoofdstuk twee werd uiteengezet hoe het medisch wetenschappelijk onderzoek zich tot de huidige inzichten ontwikkeld heeft. Het begin van de moderne anatomie werd gemarkeerd door de *De humani corporis fabrica*, door Vesalius in het jaar 1543 gepubliceerd. Vesalius beschreef hierin voor het eerst het menselijk lichaam, zoals wij het nu kennen. Hij sloot hiermee een stadium van lijkopeningen af, waarin langzaam maar zeker afgerekend werd met de oude inzichten van Galenus. Korte tijd later formuleerde Harvey de werking van het hart, het centrale orgaan in de galenische leer, als een pompmechanisme.

De inzichten van Vesalius en Harvey dreven Descartes tot een filosofische bezinning op de verhouding tussen lichaam en ziel. Als het lichaam mechanistisch (als een pomp) functioneerde, en de ziel in het anatomisch onderzoek naar de mechanismen van het lichaam niet vindbaar was, dan moesten de twee wel onafhankelijk van elkaar bestaan.

Ondanks het feit dat de filosofie van Descartes een onmisbare tussenschakel vormde, werd de nieuwe visie op pijn niet door de filosofie gefundeerd. Descartes maakte slechts expliciet wat het anatomisch en fysiologisch onderzoek al sinds hun eerste beoefenaars met zich meedroeg. De betekenisverandering van pijn werd grotendeels voltrokken door de hoofdwetenschappen van de moderne geneeskunde.

Modellen en mensen

Het aanvankelijke succes van het fysiologisch onderzoek naar pijn drong de aandacht voor de psychologische en sociale aspecten van pijn naar de achtergrond. Dat wil zeggen: in het wetenschappelijk onderzoek naar pijn ging het tot de jaren zestig van deze eeuw vooral om de universele, somatische kenmerken van het verschijnsel. De mens werd gereduceerd tot een systeem, een model met verzendings-, geleidings- en ontvangstelementen.

Deze modelmatige aanpak stelt de geneeskunde in staat pijn los te weken uit de leefwereld van patiënten en te objectiveren. Modellen reduceren mensen tot dragers van universele variabelen. Een individu wordt gekenmerkt door eigenschappen die anderen ook bezitten, eventueel in verschillende mate of combinatie. De persoon met zijn levensverhaal en zijn relaties met anderen verandert in een 'geval' met aangrijpingspunten voor beheersing en manipulatie.

Vanaf het midden van de jaren zestig komt er verandering in het verklaringsmonopolie van somatische modellen. Uit observaties van pijn blijkt dat ook psychologische en sociale aspecten een belangrijke rol spelen in de beleving van pijn. Dit leidt niet tot het verwerpen van de gangbare verklaringmodellen, maar tot de aanvulling ervan met andere modellen of elementen uit andere modellen. In het onderzoek en de behandeling van pijn komen twee modellen naast elkaar te staan, het medische en het psychologische, die elkaar wederzijds aanvullen. De unieke persoon met zijn levensverhaal blijft buiten beschouwing.

De wetenschapstak die in psychosomatische verklaringmodellen voorziet wordt door Vlaeyen (1996) 'gedragsgeneeskunde' genoemd. Deze tak bevindt zich in het overlappingsgebied tussen psychologie en geneeskunde. Ze is psychologie voor zover ze haar inzichten aan de wetenschap der psychologie ontleend, ze is geneeskunde voor zover ze met die inzichten de pretentie heeft mensen te genezen.

De beheersbaarheid van pijn

De vier factoren die hierboven genoemd werden smelten samen tot het geloof in de medische beheersbaarheid van pijn. Het recht op medische zorg, pijnbestrijding als medische taak, de vervreemding van pijn, en de objectivering van variabelen maken tezamen de kunst van het lijden overbodig. Het geloof in de beheersbaarheid van pijn heeft deze kunst vervangen. Dit geloof wordt weerspiegeld door gezondheidszorg-consumentisme en pretentieuze reportages in populaire tijdschriften. Ongetwijfeld wekken deze reportages op hun beurt bepaalde verwachtingen. Ze zijn echter, evenals zorgconsumentisme, vooral de neerslag van een diepgeworteld geloof.

Op allerlei fronten heeft de geneeskunde successen geboekt, ook op het gebied van pijnbestrijding. Deze successen hebben laten zien dat pijn inderdaad gedeeltelijk beheersbaar is. Maar deze conclusie kan niet gegeneraliseerd worden naar alle pijn. Pijn komt nog steeds veel voor en zal waarschijnlijk altijd voor blijven komen.

Op politiek niveau wordt dit niet onderkend. Het beleid beantwoordt het bestaan van chronische pijn en de vraag naar deskundige hulp die daaruit voortkomt met pogingen ter verbetering van het pijnbestrijdingssysteem. Het gezondheidszorgbeleid in brede zin tracht de groei van de gezondheidszorg binnen de perken te houden door een kleiner aantal voorzieningen algemeen toegankelijk te maken. Helaas gaan beide soorten beleid voorbij aan enkele belangrijke culturele determinanten van de huidige problematiek.

Eigen verantwoordelijkheid

De geneeskunde kan niet alle pijn wegnemen. De patiënt kan wel altijd een antwoord geven op zijn eigen

pijn: hij kan capituleren, zich verzetten of de pijn gelaten ondergaan. Mensen bewegen niet in de teugels van hun genen, ze nemen ook een positie in tegenover hun natuur. Mensen moeten hun eigen leven vorm geven. Lijden vergt oefening, overtuiging, vorming, acceptatie en waardering. Dit zijn geen sociaal-psychologische variabelen die operationeel gemaakt kunnen worden; dit zijn de wijsgerige uitgangspunten van het levensverhaal.

Hierboven werden vier verschillende factoren genoemd, die hebben bijgedragen aan de totstand-koming en bestendiging van de huidige pijnproblematiek. Deze factoren vinden hun oorsprong grotendeels in de geneeskunde. Maar dat wil niet zeggen dat de lijst volledig is. Ik heb in deze scriptie aan willen tonen dat de huidige pijnproblematiek *deels* iatrogeen is. Daarnaast zijn er ongetwijfeld nog meer factoren aan te wijzen.

Eén daarvan wil ik nog noemen, één die nauw samenhangt met de besproken factoren: de eigen verantwoordelijkheid. Leden van een gemedicaliseerde samenleving gaan zeker niet 'vrijuit'. Cultuur is niet alleen de context van menselijke aangelegenheden, maar ook de uitkomst ervan. Moderne mensen hebben de medicalisering van de cultuur zelf voltrokken. Van hen mag daarom ook gevraagd worden dat zij niet langer meewerken aan het instandhouden van de huidige situatie.

"Voor consumenten, die geen onderscheid zien tussen genot en afhankelijkheid van industrieproducten, is het bijna niet te verdragen om eraan herinnerd te worden dat lijden een verantwoordelijke activiteit is. Door alle persoonlijke deelname aan het ondergaan van onvermijdelijke pijn als 'masochisme' te bestempelen, rechtvaardigt men de passieve levensstijl. Maar terwijl zij enerzijds de aanvaarding van het lijden verwerpen en een vorm van masochisme noemen, hebben de consumenten van verdovende middelen anderzijds de neiging in steeds sterkere sensaties een gevoel van de realiteit te zoeken. Ze proberen inhoud aan hun leven te geven en macht over anderen te krijgen door pijnen te verdragen die niet te diagnosticeren zijn en leed waartegen geen medisch kruid gewassen is: het koortsachtige leven van een zakenman, de zelfbestrafing van de 'rat-race', en de intensieve blootstelling aan geweld en sadisme in films en op de televisie" (Illich, 1978, p.168).

LITERATUUR

- Achterhuis, H. (1988), *Het rijk van de schaarste. Van Thomas Hobbes tot Michel Foucault*, Ambo, Baarn.
- Advies inzake pijn (1986), Gezondheidsraad, 's-Gravenhage.
-]Arendt, H. (1968), *De mens. Bestaan en bestemming*, Het Spectrum, Utrecht. (Vertaling van *The human condition*, 1958).
- Berg, J.H. van den (1959), *Het menselijk lichaam. Een metabletisch onderzoek (deel 1)*, Callenbach, Nijkerk.
- Berg, J.H. van den (1961), *Het menselijk lichaam. Een metabletisch onderzoek (deel 2)*, Callenbach, Nijkerk.
- Berg, J.H. van den (1963), *Leven in meervoud. Een metabletisch onderzoek*, Callenbach, Nijkerk.
- Buytendijk, F.F.J. (1957), *Over de pijn*, Het Spectrum, Utrecht, derde druk.
- Chaffin, D.B. en G.B.J. Andersson (1991), *Occupational biomechanics*, John Wiley & Sons, New York.
- Dingemans, W.A., e.a. (1993), *Pijn en pijnbehandeling. Een basaal onderwijscurriculum*, Universitaire Pers, Maastricht.
- Dupuis, H. (1980), *Goed te leven. Reflecties op moraal*, Ten Have, Baarn.
- Duyvendak, J.W. (1996), 'De constructies van de andragologie versus de waarheid van zelfkennis', *Krisis* 63, p.38-49.
- Foucault, M. (1984a), *Geschiedenis van de seksualiteit I. De wil tot weten*, SUN, Nijmegen. (Vertaling van *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, 1976).
- Foucault, M. (1984b), 'The politics of health in the eighteenth century'. In: P. Rabinow, *The Foucault reader*, Pantheon Books, New York, p.273-289.
- Foucault, M. (1989), *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*, Historische Uitgeverij, Groningen. (Vertaling van *Surveiller et punir*, 1975).
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. en K.P. van Vliet (1994), 'Sekse en lichamelijke klachten', *Nederlands tijdschrift voor de psychologie* 49, p.255-263.
- Holshuijsen, A. (1995), *Stand van zaken en toekomst pijnbeleid. Notitie voor de bijeenkomst van deskundigen op het terrein van de pijnbestrijding*, VWS, 23 november.
- Illich, I. (1978), *Grenzen aan de geneeskunde. Het medisch bedrijf - een bedreiging voor de gezondheid?*, Het Wereldvenster, Bussum (vertaling van *Limits to medicine*, 1976).
- Kiezen en delen* (1991), Commissie Keuzen in de zorg, ministerie van WVC, Rijswijk.
- Kloot, W.A. van der, e.a. (1996), 'Psychologische aspecten van langdurige pijn bij patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat', *Gedrag en gezondheid* 2.
- Kunneman, H. (1992), 'Aandachtig sterven', *Rekenschap* 3, p.170-174.
- Luijf, R. (1990), 'De technologische vervluchting van de werkelijkheid'. In: P. Kockelkoren (red.), *Boven de groene zoden. Een filosofische benadering van milieu, wetenschap en techniek*, Van Arkel, Utrecht, p.93-106.
- Manschot, H. (1994), 'Kwetsbare autonomie? Over afhankelijkheid en onafhankelijkheid in de ethiek van zorg'. In: H. Manschot en M. Verkerk (red.), *Ethiek van zorg, een discussie*, Boom, Amsterdam, p.97-118.
- Menges, L.J. (1992), *Over pijn gesproken*, Kok, Kampen.
- Meriam, J.L. en L.G. Kraige (1987), *Statics*, John Wiley and Sons, New York.
- Metz, W. (1964), *Het verschijnsel pijn. Methode en mensbeeld der geneeskunde*, De Erven F. Bohn N.V., Haarlem.
- Mol, A. en P. van Lieshout (1989), *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985*, SUN, Nijmegen.
- Mootz, M. (1991), 'Culturele determinanten van medische consumptie. Een verkenning van mogelijke

- ontwikkelingen'. In: *Kiezen en delen. Achtergrondstudies*, WVC, Rijswijk.
- Moulin, D. de (1974), 'A historical-phenomenological study of bodily pain in western man', *Bulletin of the history of medicine* 48, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Neerincx en Van Houdenhove (1996), *Van spierpijnklacht naar psychomotorische therapie: een fibromyalgiepatiënt (o)verwerkt*, Bijdrage aan het symposium "De pijngrens voorbij", Windesheim, Zwolle, 28 juni 1996.
- Pernick, M.S. (1985), *A calculus of suffering. Pain, professionalism and anesthesia in nineteenth-century America*, Columbia University Press, New York.
- Plato (1995), *Verzameld werk IV. Faidon*, Bert Bakker, Amsterdam.
- Rey, R. (1995), *The history of pain*, Harvard University Press, Londen.
- Scarry, E. (1985), *The body in pain. The making and unmaking of the world*, University Press, Oxford.
- Sietsma, L.W. (1996), *Bewegen en het passeren van de pijngrens*, Bijdrage aan het symposium "De pijngrens voorbij", Windesheim, Zwolle, 28 juni 1996.
- Sleeuwenhoek, H. (1989), *Chronische pijn*, Kok, Kampen.
- Spaink, K. (1992), *Het strafbare lichaam*, De Balie, Amsterdam.
- Stichting Pijn-Hoop (1995), *Over leven met chronische pijn*, Coördinatiecentrum Chronisch Zieken IKR/IKW, Rotterdam.
- Verbrugh, H.S. (1978), *Paradigma's en begripsontwikkeling in de ziekteleer*, De Toorts, Haarlem.
- Verbrugh, H.S. (1987), *Aandachtig lijf. Verleden en toekomst van het menselijk lichaam*, Kok Agora, Kampen.
- Vlaeyen, J.W.S. (1996), *Gedragsgeoriënteerde revalidatie bij chronische pijn*, Bijdrage aan het symposium "De pijngrens voorbij", Windesheim, Zwolle, 28 juni 1996.
- Vries, J. de (1994), 'Orthesiologie'. In: B. Koopman, e.a., *Syllabus revalidatietechniek*, Universiteit Twente, Enschede.
- Willigenburg, Th. van (1992), 'Keuzen in de zorg: het primaat van de werkvloer', *Rekenschap* 3, p.158-164.
- Winter, F.A.M. (1992), *Pijnrevalidatie voor chronische pijnpatiënten. De pijn de baas*, Intermap, Enschede.
- Wolffers, I. (1982), *Duurwoorderij & geheimtaal. De gevaren van het medisch taalgebruik*, Ambo, Baarn.
- Zilvold, G. (1991), *European prospects for a coherent programme of medical and social rehabilitation; experiences in the Netherlands*, Voordracht op het congres "The medical dimensions of rehabilitation - towards an European model", Rome, 27-29 november 1991.
- Zwart, H. (1992), 'Tussen liberalisme en communitarisme. Ethische beschouwing over het rapport van de commissie Keuzen in de zorg', *Rekenschap* 3, p.149-157.
- Zwart, H. (1995), *Weg met de ethiek? Filosofische beschouwingen over geneeskunde en ethiek*, Thesis Publishers, Amsterdam.
- Zwart, H. (1996), 'Wat is observeren? Over natuurlijkheid in de geneeskunde (slot)', *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* 6.

APPENDIX

Aan de hand van een twee-dimensionale mechanische beschouwing van het tillen laten Chaffin en Andersson (1991) zien welke rol fysieke belasting (inclusief de belasting ten gevolge van het eigen gewicht) speelt bij het ontstaan van lage rugpijn.

Figuur 1. Eenvoudig statisch lage-rug model van tillen (Chaffin en Andersson, 1991).

Figuur 1 toont een eenvoudig model van een houding die tijdens de tilbeweging op een gegeven moment ingenomen wordt. Uitgangspunt is dat de snelheid constant is, zodat de situatie als statisch beschouwd mag worden (als de beweging immers niet versnelt zijn er geen resultante krachten nodig). Bepaald worden de krachten die optreden in de *erector spinae* (F_{musc}) en in de tussenwervelschijf (F_{comp} en F_{shear}).

De variabelen die bekend worden verondersteld zijn:

mg_l	het gewicht van de last
mg_{bw}	het lichaamsgewicht boven de L5/S1 schijf en zijn aangrijpingspunt
h	de kortste afstand van de werklijn van mg_l tot de L5/S1
b	de kortste afstand van de werklijn van mg_{bw} tot de L5/S1
F_a	de resulterende kracht van de intra-abdominale druk die de buik uitoefent als hij gecompriëerd wordt; deze kracht is een -empirisch bepaalde- functie van heuphoek en fysieke belasting: $F_a = 6,2 \cdot 10^{-4} [43 - 0,36\ddot{E}_h] [b mg_{bw} + h mg_l]^{1,8}$
E	de kortste afstand van de werklijn van F_{musc} tot de L5/S1
D	de kortste afstand van de werklijn van F_a tot de L5/S1
T	de torsiehoek
\ddot{E}_h	de heuphoek
K	de kniehoek

In een statisch bepaalde situatie zijn drie onbekende variabelen te berekenen met behulp van drie evenwichtsvergelijkingen (Meriam en Kraige, 1987).

$$\begin{aligned}\dot{O}M_{L5/S1} &= 0 && \text{(de som van de momenten}^{10}\text{ om de L5/S1 schijf is nul)} \\ \dot{O}F_{\text{comp}} &= 0 && \text{(de som van de krachten parallel aan de rug is nul)} \\ \dot{O}F_{\text{shear}} &= 0 && \text{(de som van de krachten loodrecht op de rug is nul)}\end{aligned}$$

Chaffin en Andersson rekenen voor hoe dit vergelijkingenstelsel voor het tillen van een pakket van 450 N (ongeveer 45 kg) opgelost kan worden met de volgende gegevens:

$$\begin{array}{llll}h = 30 \text{ cm} & mg_i = 450 \text{ N} & K = 120^\circ & \dot{E}_n = 70^\circ \\ b = 20 \text{ cm} & D = 11 \text{ cm} & T = 60^\circ & \acute{a} = 55^\circ \\ mg_{bw} = 350 \text{ N} & E = 5 \text{ cm} & & \end{array}$$

$$\begin{aligned}F_a &= 6,2 \cdot 10^{-4} [43 - 0,36 (70)] [0,20 \cdot 350 + 0,30 \cdot 450]^{1,8} \\ &= 148 \text{ N (conservatief)}\end{aligned}$$

Uit $\dot{O}M_{L5/S1} = 0$ volgt:

$$\begin{aligned}F_{\text{musc}} &= [b(mg_{bw}) + h(mg_i) - D(F_a)] / E \\ &= [0,20(350) + 0,30(450) - 0,11(148)] / 0,05 \\ &= 3774 \text{ N}\end{aligned}$$

Uit $\dot{O}F_{\text{comp}} = 0$ volgt:

$$\begin{aligned}F_{\text{comp}} &= (\cos \acute{a})mg_{bw} + (\cos \acute{a})mg_i - F_a + F_{\text{musc}} \\ &= (\cos 55)350 + (\cos 55)450 - 148 + 3774 \\ &= 4084 \text{ N}\end{aligned}$$

De kracht die de *erector spinae* (de rugspier) moet leveren blijkt in dit voorbeeld op 3774 N uit te komen. Spieren van ongeveer 10% van de mannen en 50% van de vrouwen kunnen dat niet aan en hebben een grote kans gekwetst te raken als deze mensen zich wagen aan een dergelijke belasting.

De kracht die de *L5/S1 tussenwervelschijf* te verduren krijgt bedraagt 4084 N. Op basis van compressieproeven van schijven beschouwt het National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) compressiewaarden boven 3400 N als mogelijk gevaarlijk voor sommige mensen. Waarden boven 6400 N zijn gevaarlijk voor de meesten. Bij het tillen van 45 kg bevindt men zich dus in de eerste gevarezone.

Volgens deze mechanische beschouwing zou pijn aan het bewegingsapparaat vaker laag in de rug op moeten treden dan elders (op deze plaats zijn de momentsarmen van de last en het lichaamsgewicht het grootst). Dat komt overeen met de feiten. Rugpijn is een van de meest voorkomende klachten (Dingemans, 1993), terwijl tussen de 85 en 95% van alle hernia's in de tussenwervelschijven plaatsvindt in de L4/L5 en de L5/S1 schijf (Chaffin en Andersson, 1991).

¹⁰ Een moment rondom een gegeven punt O is gedefinieerd als de kracht maal de kortste afstand van de werklijn van die kracht tot het punt O. De eenheid van een moment is [Nm].