

Faculteit Geesteswetenschappen

Departement Filosofie en  
Religiewetenschappen

Afdeling Filosofie

# Wij zijn Complex

Een reactie op het dualistische taalgebruik in de medische praktijk

Barbara Spekman - 5871999  
19-6-2020

Hoofdbegeleider: Menno Lievers  
Tweede beoordelaar: Martin Blaakman

## Samenvatting

Binnen de medische wereld worden (aspecten) van ziekten ingedeeld in een 'mentale' of 'fysieke' categorie. Dit geeft patiënten met een 'fysieke' ziekte het gevoel dat ze de controle over hun ziekte behouden. Het gevoel van controle is echter broos: als de ziekte teveel invloed heeft op het leven van patiënten, brokkelt het controlegevoel af. Patiënten met een 'mentale' ziekte worden gezien als minder rationeel en als mensen die minder controle over zichzelf hebben. Dit zorgt ervoor dat de ervaringen van patiënten vaak minder serieus worden genomen.

In het feit dat we in de medische literatuur steeds vaker erkennen dat ziekten zowel 'fysieke' als 'mentale' aspecten hebben, zie ik een eerste stap in de richting van het loslaten van dualistisch taalgebruik in de medische wereld. Een volgende stap van het loslaten vereist een andere manier van denken en praten. De complexe systeemtheorie waarin de mens wordt gezien als complex geheel van verweven aspecten (die niet meer 'fysiek' of 'mentaal' worden genoemd), kunnen we gebruiken om de verandering in denken en praten vorm te geven. Met de complexe systeemtheorie kan beter recht worden gedaan aan de complexiteit van mensen en hun ziekten. Dit zorgt ervoor dat we met een meer open blik medisch onderzoek kunnen doen, beter recht kunnen doen aan de ervaringen van patiënten en betere behandelingen kunnen ontwikkelen.

## Inhoud

1. Wat ik bedoel met 'dualistisch denken' .....	5
2. De invloed van het dualistisch denken voor de medische praktijk .....	6
2.1 De functie van het dualisme .....	6
2.1.1 Denken over het 'Zelf' .....	6
2.1.2 Zelfcontrole .....	7
2.2 De problemen van het dualisme voor de medische praktijk .....	9
2.2.1 Het zien van mensen met een mentale stoornis als 'kapot' .....	9
2.2.2 Fysieke ziekten en het verlies van controle .....	11
2.2.3 Aandoeningen die niet in te delen zijn .....	11
3. Kunnen nieuwe medische inzichten ons dualistisch denken vervangen en hiermee de behandelingen in de medische praktijk verbeteren? .....	12
3.1 De complexe systeemtheorie .....	12
3.2 Pijn casus .....	12
3.2.1 Hoe wij pijn nu (met dualistische invloeden) zien en behandelen .....	12
3.2.2 Pijngevallen die niet passen binnen de dualistische manier van denken .....	13
3.2.3 Alternatieve theorie .....	14
3.3 Van de pijn casus naar een breder gebruik van de systeemtheorie .....	16
3.3.1 De complexe systeemtheorie in de toekomst .....	16
3.4 Kritiek op de complexe systeemtheorie .....	17
Conclusie .....	17

# Wij zijn Complex

Een reactie op de dualistische termen in de medische praktijk

Als student biomedische wetenschappen viel het me op dat binnen de biomedische literatuur te lezen is dat ziektes zowel klassiek 'mentale' als klassiek 'fysieke' kenmerken hebben. Uiteindelijk is geen enkele arts is een dualist. Bij fenomenen als pijn, depressie, verslaving en kanker worden in de literatuur zowel fysieke als mentale aspecten genoemd die een rol spelen bij de pathologie van de ziekten.

Maar hoewel de medische praktijk vooruitstrevend is en dualistisch denken loslaat, blijft er toch een dualistisch idee hangen in de medische wereld. Het ziekenhuis is gescheiden in een speciale afdeling voor mentale ziekten en een gedeelte voor fysieke ziekten. Wij, studenten biomedische wetenschappen, hebben niets te maken met psychologie studenten. In 'onze' opleiding wordt gefocust op de fysieke aspecten van ziekten, de objectieve achterliggende mechanische oorzaken en niet op de mentale aspecten. Wat een ziekte doet met de patiënt en hoe dit het verloop van de ziekte beïnvloedt, is een vraag die eigenlijk nooit gesteld wordt.

Toen ik tijdens mijn studie last kreeg van pijn waarvoor geen lichamelijke verklaring kon worden gevonden, merkte ik hoeveel het uitmaakt of klachten binnen het 'lichamelijke' of 'mentale' hokje vallen. Als mijn pijn fysiek was, zou er worden gezocht naar een behandeling of, mocht dit niet lukken, zou ik op z'n minst hulp kunnen krijgen om te leren leven met pijn. Ook had ik een verklaring kunnen krijgen waarmee ik eventuele studievertraging kon uitleggen. Echter, zolang deze lichamelijke verklaring niet gevonden werd, was de pijn niet echt en kon ik geen enkele vorm van hulp krijgen. Deze ervaring vond ik niet passen bij de papers die ik als student had gelezen over 'pijn' als fenomeen waarbij (in dualistische termen) zowel 'mentale' als 'fysieke' aspecten een rol spelen.

In deze scriptie gaat het over de rol van het dualistisch denken in de medische praktijk. Aan de hand van praktijkcasussen en filosofische reflecties op deze casussen heb ik onderzocht wat het dualistische denken voor gevolgen heeft voor de medische praktijk en ben ik op zoek gegaan naar een potentiële alternatieve manier van denken. De scriptie is opgebouwd uit drie delen. In het eerste deel leg ik uit wat ik versta onder het 'dualistisch denken' in de medische praktijk. Het tweede deel gaat het over de invloed van het dualistisch denken op de medische praktijk. Ik benoem hierbij zowel een voordeel ('de functie') van het dualistische denken in de medische praktijk als nadelen ervan. In het derde en laatste deel ga ik op zoek naar een nieuwe medische 'theorie' die de manier van kijken en praten gebaseerd op een dualistisch idee, kan vervangen. Deze theorie, die ik de complexe systeemtheorie ga noemen, kan zorgen voor een verbetering van de medische praktijk.

Het is belangrijk om hierbij te zeggen dat ik in dit paper niet wil bepleiten dat het dualistische mensbeeld zeker weten totaal incorrect is of dat de huidige wetenschappelijke ideeën de werkelijkheid in zijn geheel correct beschrijven. Inzichten over ziekten veranderen: er zijn oude inzichten vervangen en de laatste 'moderne' inzichten zullen niet voor eeuwig de meest correcte zijn. Ik wil echter wel bepleiten dat er nu nog dualistische ideeën in onze medische praktijk verborgen liggen, dat ze ons medisch denken en de behandeling van patiënten beïnvloeden en dat ons handelen beter wordt als we deze dualistische componenten gaan herkennen en vervangen voor een theorie die beter past bij wat we nu weten. Deze theorie ziet de mens meer als één complex geheel, bestaande uit veel onderling verweven systemen, waarvan we er vele nog niet begrijpen.

## 1. Wat ik bedoel met ‘dualistisch denken’

Als ik zeg dat er een dualistisch denken schuilgaat in de medische wetenschappen, wil ik niet zeggen dat de mens wordt gezien als een ziel of ‘geest’ in een lichaam. In de biomedische wetenschappen wordt steeds meer herkend dat ziekten zowel ‘mentale’ als ‘fysieke’ aspecten kennen. Zo wordt een ziekte als ALS veroorzaakt door een verandering in fysiologie van neuronen, wat kan leiden tot uitval van de motorische functies, dementie en gedragsveranderingen. In papers worden deze gevolgen van de ziekte onderverdeeld in ‘mentale’ gevolgen zoals gedragsveranderingen en ‘fysieke’ gevolgen zoals uitval van de spieren.<sup>1</sup> Hoewel de fysieke verandering van neuronen de oorzaak is van alle verschillende aspecten van de ziekte ALS en ze niet op fundamenteel wetenschappelijke gronden onsplitsbaar zijn in categorieën worden deze aspecten toch verdeeld in ‘mentaal’ en ‘fysiek’. Het dualistisch denken in de biomedische wetenschappen is misschien geen klassiek lichaam-geest dualisme, maar er wordt wel degelijk een onderscheid gemaakt tussen ‘fysieke’ en ‘mentale’ klachten en afwijkingen.

Dit onderscheid tussen mentaal en fysiek heeft invloed op de behandeling van een patiënt. Of de ziekte van een patiënt in zijn geheel wordt ingedeeld als ‘mentale ziekte’ of ‘fysieke ziekte’ bepaalt niet alleen op welke afdeling van het ziekenhuis een patiënt wordt behandeld, maar kan ook invloed hebben op hoe naar de ervaringen van de patiënt wordt geluisterd en wat het doel is van de behandeling.

Dit wil ik illustreren aan de hand van het ‘Chronisch Vermoeidheidssyndroom’. Dit is een ziekte waarbij patiënten zoveel vermoeidheid kunnen ervaren, dat ze bijna alleen maar in bed kunnen liggen. Lang werd gedacht dat dit een mentale ziekte was, waardoor de behandeling in psychiatrische klinieken bestond uit het aanmoedigen van patiënten om hun vermoeidheid en gevoelens te negeren en anders te gaan denken over hun vermoeidheid. Nu is er nog steeds weinig bekend over de oorzaak van het vermoeidheidssyndroom, maar wordt er wel vanuit gegaan dat het een fysieke ziekte is.<sup>2</sup> De reden is niet dat we nu veel meer weten over het syndroom, maar dat oude data werd gerevalueerd en er doctoren in het veld waren die meenden dat er beter recht kon worden gedaan aan de ervaringen van patiënten als de ziekte ‘fysiek’ zou worden genoemd. Nu worden patiënten behandeld door neurologen en immunologen die proberen de oorzaak van de ziekte te achterhalen door nauwkeurig te luisteren naar de ervaringen van de patiënten.<sup>3</sup>

Met dit voorbeeld wil ik niet zeggen dat het persé slecht is om een ziekte een ‘mentale ziekte’ te noemen of dat het vaststaat dat het vermoeidheidssyndroom fysiek is. Wel wil ik hiermee laten zien dat de indeling van een ziekte of aspecten van de ziekte in ‘mentaal’ of ‘fysiek’, uitmaakt voor hoe we tegen de ziekte aankijken en hoe we patiënten behandelen, ook al zijn er geen medische inzichten bijgekomen. Over het Chronische Vermoeidheidssyndroom weten we nu niet meer dan eerst, maar de bril waardoor we naar de ziekte en patiënten met deze ziekte kijken, is wel veranderd.

Het Chronisch Vermoeidheidssyndroom en ALS zijn slechts twee voorbeelden van ziekten waarbij de gehele ziekte of aspecten van de ziekte zijn verdeeld in ‘mentaal’ of ‘fysiek’, hoewel er geen duidelijk medische grond is voor deze verdeling. Iemand zou mij kunnen wijzen op het bestaan van psychosomatiek, op het feit dat er steeds meer aandacht is voor de mentale impact van fysieke ziekten, op het feit dat er bij mentale ziekten wordt gekeken naar fysieke onderdelen of op het

<sup>1</sup> Michael A van Es et al., ‘Amyotrophic Lateral Sclerosis’, *The Lancet* 390, no. 10107 (November 2017): 2084–98, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31287-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31287-4).

<sup>2</sup> ‘Chronic Fatigue Syndrome | MedLink Neurology’, accessed 19 June 2020, [https://www.medlink.com/article/chronic\\_fatigue\\_syndrome](https://www.medlink.com/article/chronic_fatigue_syndrome).

<sup>3</sup> Jennifer Brea, *Unrest*, Documentaire, 2017, <https://www.unrest.film/media>.

bestaan van neurologie (die het brein tot iets fysieks maakt). Al deze ontwikkelingen wil ik niet ontkennen. Ze bewijzen echter geenszins dat er geen dualistisch denken meer is in de medische praktijk. Het zijn allemaal ontwikkelingen binnen het dualistisch denken. Ze kunnen laten zien dat er een connectie is tussen 'fysiek' en 'mentaal'. Ze kunnen zelfs laten zien dat er een grijs gebied is tussen het 'fysieke' en het 'mentale' gebied en dat de indeling van (aspecten van) ziekten niet altijd makkelijk is. Maar hiermee verdwijnt het dualistisch denken niet. Alleen al door naar de letterlijke woorden te kijken zie je dat we gebruik blijven maken van termen als 'psycho-', 'mentaal', 'fysiek', 'brein'. Deze termen geven een contrast weer van het éne deel van ons tegenover een ander deel van ons. Een dualisme. Een connectie zien binnen een dualisme of de plaats van scheiding betwifelen verandert niets aan het dualistisch systeem.

Hoewel er in de medische praktijk wordt erkend dat in veel ziekten zowel 'fysieke' als 'mentale' aspecten een rol spelen, blijven we (aspecten van) ziekten indelen in de categorieën 'fysiek' en 'mentaal'. Dit taalgebruik is ingebakken in de medische wereld, hoewel de scheiding tussen mentaal en fysiek niet zo helder is. In het volgende deel van deze scriptie ga ik kijken wat de invloed van dit taalgebruik en denken is op de medische praktijk en zijn patiënten.

## 2. De invloed van het dualistisch denken voor de medische praktijk

Het indelen van ziekten in 'mentaal' en 'fysiek' en het gebruikmaken van 'dualistische' termen in de medische praktijk is zo vanzelfsprekend en normaal dat het moeilijk te herkennen is hoe dit denken ons beïnvloedt. Daarom ga ik in dit deel aan de hand van casussen uit de praktijk bekijken hoe we de dualistische taal gebruiken en hoe dit de casus beïnvloedt. Dit geeft een aanwijzing voor de functie en de gevolgen van de dualistische taal in de brede medische praktijk.

### 2.1 De functie van het dualisme

Waarom onderscheiden we 'mentale gezondheid' van 'fysieke gezondheid'? Dit is niet omdat we het verschil kunnen voelen. Anders zouden ziekten niet van categorie veranderen, maar dit gebeurt in de praktijk wel vaak. Iemand kan oorspronkelijk met een 'mentale ziekte' zoals een psychose worden gediagnostiseerd, maar na een hersenscan met een 'fysieke' hersenontsteking. Beide aandoeningen voelen hetzelfde voor de patiënt en patiënten hebben dezelfde symptomen.<sup>4</sup> Ook is het verschil tussen beide niet dat de ene aandoening een aanwijsbare oorzaak heeft en dat de patiënt beter gemaakt kan worden en dat dat voor de andere aandoening niet geldt. Over vele 'fysieke' ziekten tasten we nog in het duister wat de ziekte veroorzaakt, laat staan dat we alle fysieke ziekten kunnen genezen.

Het onderscheid tussen 'mentaal' en 'fysiek' heeft alles te maken met hoe we onszelf zien en welke verwachtingen we hebben over onszelf.

#### 2.1.1 Denken over het 'Zelf'

Het dualistisch denken en praten in de medische wereld laat zien hoe we naar onszelf kijken. Hardcastle beschrijft in haar boek *Constructing the Self*<sup>5</sup> hoe ons idee van 'zelf' actief narratief geconstrueerd is.<sup>6</sup> Als ik over mezelf vertel, ben ik bezig met het toeschrijven van eigen ideeën,

<sup>4</sup> Souhel Najjar et al., 'A Clinical Approach to New-Onset Psychosis Associated with Immune Dysregulation: The Concept of Autoimmune Psychosis', *Journal of Neuroinflammation* 15, no. 1 (13 February 2018): 40, <https://doi.org/10.1186/s12974-018-1067-y>.

<sup>5</sup> Valerie Gray Hardcastle, *Constructing the Self*, Advances in Consciousness Research (Amsterdam: John Benjamins Publishing Co, 2008),

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=243146&site=ehost-live>.

<sup>6</sup> Hardcastle. Bladzijden 21 en 32-36

impressies, gedachten aan mezelf. Dit doe ik op basis van al mijn ervaringen, die ik met elkaar in verband breng en waar ik na evaluatie een bepaald 'gewicht' aan toeken.<sup>7</sup> Dit idee van mijzelf bevat echter niet alleen een objectieve evaluatie van al mijn ervaringen, het is ook aangepast aan de verwachtingen die ik over mezelf heb en aan de normen van onze samenleving.<sup>8</sup> Een Amerikaan (met het 'American Dream' idee) zal daarom eerder vertellen over zijn individuele harde werk en zijn beloning als resultaat daarvan.<sup>9</sup>

### 2.1.2 Zelfcontrole

Hardcastle wijst de verwachting van zelfcontrole aan als een belangrijke (zo niet, dé belangrijkste) verwachting binnen onze hedendaagse, Westerse, maatschappij.<sup>10</sup> Dit idee van zelfcontrole bestaat uit het idee dat we, bij een conflict tussen verlangens, ideeën of gevoelens, er één bewust kunnen kiezen. Hierbij zijn niet alle verlangens die een persoon ervaart een werkelijk deel van zijn/haar zelf. Iemands ware zelf is de controlerende, rationele, 'macht'.<sup>11</sup> Met dit zelf-controlerende deel identificeren we onszelf, want dit is in lijn met de verwachting van de maatschappij en klopt bij de definitie van ons mens-zijn als 'rationeel en in controle'.

Het dualistisch denken komt voort uit dit idee van controle. Het is een manier waarmee we die controle kunnen houden, maar ook om mensen die dit niet aan deze verwachting kunnen voldoen, te scheiden van onszelf.

#### *Zelfcontrole bij fysieke ziekten*

Het vasthouden aan het idee van controle wordt extra belangrijk in situaties waarin we weinig controle hebben, zoals in geval van ziekte. In dit geval kunnen we het gevoel van controle behouden door onszelf enkel te identificeren met hetgeen waarover we controle voelen. Deze 'zelf' is in gevecht met de ziekte, waarover we minder controle hebben.

Dualistisch denken kan hiermee een continuïteit van 'zelf' garanderen, zelfs als er dingen in ons leven veranderen die buiten onze controle liggen. Door te focussen op het 'controlerende' Zelf tegenover een 'kapot' of 'beschadigd' niet-Zelf kunnen we ons distantiëren van de ziekte en hiermee omgaan. Volgens psychiater Jim van Os ligt de grootste uitdaging bij ziekten in het zoeken naar een nieuwe verhouding tot jezelf en je omgeving.<sup>12</sup> Dualistisch denken kan hiermee helpen.

Extreme ziektesituaties kunnen ons iets leren over hoe het dualisme fungeert als functie van controle.<sup>13</sup> Om te illustreren hoe het dualistisch denken de patiënt een gevoel van controle kan geven, wil ik de ziekte kanker als voorbeeld nemen. Omdat het een ziekte is die we nog niet volledig begrijpen en ook lang niet altijd goed kunnen behandelen, maken we de ziekte tot een 'metafoor', aldus Susan Sontag in haar boek *Ziekte als een metafoor / Aids en zijn metaforen*.<sup>14, 15</sup> Zij merkt op dat wij kanker zien als een kwaadaardige, bijna onoverwinnelijke vijand. En de ziekte als iets dat is veroorzaakt door een opstandig en 'verraderlijk' lichaam.<sup>16</sup> De behandeling tegen kanker wordt een

<sup>7</sup> Hardcastle. Bladzijde 22-23

<sup>8</sup> Hardcastle. Bladzijde 24 en 42

<sup>9</sup> Hardcastle. Bladzijde 43

<sup>10</sup> Hardcastle. Bladzijde 24

<sup>11</sup> Hardcastle. Bladzijde 56

<sup>12</sup> Nienke de Haan, 'Schizofrenie is geen ziekte', Studium Generale Universiteit Utrecht, 26 March 2020, <https://www.sg.uu.nl/artikelen/2020/03/schizofrenie-geen-ziekte>.

<sup>13</sup> Hardcastle, *Constructing the Self*. Bladzijde 111

<sup>14</sup> Susan Sontag, *Ziekte als metafoor / Aids en zijn metaforen*, trans. Gerard Grasman and A. Daalder-Neukircher (Amsterdam: De Arbeiderspers, 1993).

<sup>15</sup> Sontag. Bladzijde 11

<sup>16</sup> Sontag. Bladzijde 11-13 en 51

‘strijd’ genoemd, waarbij ‘het zelf’ van de patiënt moet blijven voortbestaan en het lichaam van geen belang is. Dit idee van ‘lichaam als de vijand’ blijkt ook uit het feit dat kankerpatiënten vaker een behandeling met meer bijwerkingen kiezen die het hele lichaam aanvalt, dan een gerichtere behandeling.<sup>17</sup> De ziekte is een beproeving van ‘het Zelf’ van de kankerpatiënt. Deze moet boven de ziekte blijven staan: dit is het idee achter de aanmoediging “denk positief” die kankerpatiënten vaak horen.<sup>18</sup> Uit onderzoek blijkt dat terminale kankerpatiënten niet het meest bang zijn voor de pijn van het sterven, maar voor verlies van deze controle.<sup>19</sup>

Dit voorbeeld laat zien hoe bij fysieke ziekten de ziekte zelf gezien kan worden als iets wat niet van het Zelf is, maar iets is waar je als zieke boven kunt staan. Op deze manier kun je zeggen: “Deze ziekte definieert niet wie ik ben”. Een fysieke ziekte verandert niets aan wie je bent, wat je dromen zijn en hoe je doet. Of tenminste, dat idee van controle proberen patiënten zo lang mogelijk te behouden. Terminale patiënten worden wel steeds meer ‘gedefinieerd’ als hun ziekte. Het verandert hun mogelijkheden en dromen, ze willen niet sterven maar de ziekte dwingt hen ertoe om het sterven onder ogen te zien. Dit maakt dat ze angstig worden, het gevoel hebben de controle te verliezen die ze zo lang mogelijk hebben proberen vast te houden.

### *Zelfcontrole bij mentale ziekten*

Bij mentale ziekten is het ingewikkelder om dit idee van controle te behouden. Waar bij fysieke ziekten het lichaam als ‘niet-ik’ gezien kan worden en gedachten, emoties, impressies aan het ‘ik’, is het bij mentale ziekten moeilijker om de ‘ik’ van het ‘niet-ik’ te onderscheiden. Dit wil niet zeggen dat er geen poging wordt gedaan door patiënten en behandelaars om een onderscheid te maken tussen ‘de patiënt die in controle is’ en ‘de ziekte’.

Zo zie je bijvoorbeeld in het verloop van een verslaving hoe iemand probeert het idee van controle zo lang mogelijk te behouden. Een belangrijk onderdeel van veel verslavingen is het in eerste instantie ontkennen van de verslaving. Iemand zegt bijvoorbeeld dat hij zou kunnen stoppen als hij zou willen, maar dat hij ervoor kiest om te blijven gebruiken.<sup>20</sup> De rationele persoon blijft in controle over het gebruik van verslavende middelen, hoewel het lichaam hunkert naar meer. Bij de AA spreken ze bij verslaving over fysieke ziekte: er is een veranderde brein chemie, waardoor iemand verlangt naar meer alcohol. Tegen dit verlangen zouden verslaafden met hun rationele Zelf weerstand kunnen bieden.<sup>21</sup> Er wordt alles gedaan om de ziekte tot een ‘fysieke’ ziekte te maken.

Zodra de verslaving te problematisch wordt en een verslaafde ondanks zijn/haar wil om te stoppen met gebruiken het toch niet voor elkaar krijgt om te stoppen brokkelt zijn/haar hele ‘construct’ van een controlerende Zelf af. Op dat moment heeft hij/zij een ‘break down’ als persoon. Alle ideeën van controle voelen als een illusie en dit gevoel is heel oncomfortabel.<sup>22</sup> Ook de samenleving ziet de verslaafde als irrationeel en out-of-control. De verslaving is weer tot ‘mentale ziekte’ gemaakt.

Veel ‘mentale ziekten’ kenmerken zich door veranderingen in gevoelens, stemmingen en/of zelfbeeld. Hierom kan bij deze ziekten meteen al geen ‘controlerend zelf’ worden aangewezen. Het gedrag en de gevoelens van de patiënt zijn ‘irrationeel’ en ‘niet onder controle’. Om

<sup>17</sup> Sontag. Bladzijde 146

<sup>18</sup> Sontag. Bladzijde 53-54 en 62

<sup>19</sup> Sontag. Bladzijde 150

<sup>20</sup> National Institute on Drug Abuse, ‘Why Do Drug-Addicted Persons Keep Using Drugs?’, Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition) Why do drug-addicted persons keep using drugs?, 3 June 2020, <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/why-do-drug-addicted-persons-keep-using-drugs>.

<sup>21</sup> Hardcastle, *Constructing the Self*. Bladzijden 132 en 136-137

<sup>22</sup> Hardcastle. Bladzijde 142-143



gediagnosticeerd te worden met een mentale stoornis moet een patiënt belemmerd worden in het dagelijks functioneren. De patiënt moet dus niet kunnen voldoen aan de verwachtingen van de maatschappij.<sup>23,24</sup> De ziekte kenmerkt zich door het niet goed in stand kunnen houden van deze zelfcontrole. Hiermee wordt de patiënt ook gedefinieerd door de ziekte: hij/zij is beperkt in zijn/haar capaciteit tot zelfcontrole.

Dit verklaart waarom we iemand met een ziekte die we als ‘fysiek’ bestempelen, minder snel anders gaan zien dan iemand met een ziekte die we als ‘metaal’ bestempelen.

## 2.2 De problemen van het dualisme voor de medische praktijk

In het voorgaande deel over de functie van het dualisme kwam al naar voren dat het dualisme helpt met het in stand houden van het idee van controle bij fysieke ziekten, maar dat ‘mentale ziekten’ mentale ziekten genoemd worden omdat dit het idee van zelfcontrole op mensen met die ziekten niet toepasbaar is.

Het in stand houden van controle kan gezien worden als een voordeel van het dualistisch taalgebruik. Ook het kunnen herkennen van mensen die minder zelfcontrole hebben kan nuttig zijn. Zo kunnen ze beschermd worden binnen de samenleving, de verwachtingen over hen kunnen worden aangepast en we kunnen er bijvoorbeeld in het rechtssysteem rekening mee houden of iemand toerekeningsvatbaar is of niet.<sup>25</sup>

Het zien van mensen met een mentale stoornis als verminderd in cognitief vermogen of ‘stuk’ heeft echter ook een schaduwzijde, die ik hierna ga bespreken. Ook voor mensen met een fysieke ziekte kan het dualistisch denken negatieve gevolgen hebben.

### 2.2.1 Het zien van mensen met een mentale stoornis als ‘kapot’

Mensen met mentale ziekten proberen zelfcontrole te houden, maar dit mislukt. Mentale ziekten kunnen worden gedefinieerd als ziekten waarbij de zelfcontrole verminderd is. Hiermee komen we tot de eerste schaduwzijde van het dualistisch spreken en denken in de medische praktijk. De focus op zelfcontrole in onze Westerse samenleving leidt tot stigmatisering van mentale stoornissen en de devaluatie van de ervaringen van mensen met een mentale stoornis.

Mensen met een mentale stoornis kunnen worden gezien als ‘kapot’: ze hebben verminderde of zelfs geen zelfcontrole en voldoen niet aan de verwachtingen van de maatschappij. Het ontbreken van deze controle wijst op irrationaliteit, waardoor hun emoties, gedachten en gedrag minder waarde hebben (want ze zijn minder ‘valid’ en ‘sound’).<sup>26</sup>

De regels rondom ‘informed consent’ (ofwel: zelfbeschikkingsrecht) laten zien hoe we ervan uitgaan dat mensen zelfcontrole hebben en dat mensen die dit in onze ogen minder hebben kunnen worden gezien als ‘minder capabel’, ‘verstoord’ of ‘kapot’. In principe heeft iedereen wettelijk zelfbeschikkingsrecht tenzij hij/zij het vermogen niet heeft om een rationele beslissing te nemen. Dit betekent dat, als iemand een mentale stoornis heeft, hij het risico loopt om als ‘incompetent’ te

<sup>23</sup> ‘Doorverwijsmodel Basis-GGZ - Praktijksteun’, accessed 19 June 2020, <https://www.praktijksteun.nl/doorverwijsmodel>.

<sup>24</sup> Bedirhan Üstün and Cille Kennedy, ‘What Is “Functional Impairment”? Disentangling Disability from Clinical Significance’, *World Psychiatry* 8, no. 2 (June 2009): 82–85.

<sup>25</sup> 01-strafrecht-advocaat.nl, ‘» Ontoerekeningsvatbaarheid’, accessed 19 June 2020, <https://01-strafrecht-advocaat.nl/ontoerekeningsvatbaarheid/>.

<sup>26</sup> Hardcastle, *Constructing the Self*. Bladzijde 147

worden beoordeeld en dit geval mag iemand anders medische beslissingen maken namens diegene.<sup>27</sup>

### *Zelfbeschikking*

Je kunt je afvragen of we werkelijk in staat zijn om rationeel, zonder persoonlijke interpretatie, naar zaken (die over ons eigen leven of dood gaan) te kunnen kijken. Het rationaliteitsprincipe als basis van het kunnen maken van dit soort belangrijke beslissingen past misschien niet bij wat het is om mens te zijn.<sup>28</sup> In ons idee van 'informed consent' kan een sterk emotiegedreven beslissing worden gezien als een irrationele beslissing, waarbij iemand niet goed en rustig heeft nagedacht. Hardcastle meent dat dit 'in controle zijn' en 'baas zijn over emoties' niet hetgeen is wat ons menselijk maakt.<sup>29</sup> Hardcastle stelt dat emoties een belangrijk onderdeel zijn van mens-zijn, omdat het zorgt voor een 'backbone' voor ideeën, gedachten, redeneringen.<sup>30</sup> We kunnen geen onderscheid maken tussen hoe we ons voelen bij dingen en hoe we erover nadenken; dit is met elkaar verbonden of zelfs één geheel.<sup>31</sup> De dualistische verdeling van 'mentaal' en 'fysiek' in de medische wereld helpt het idee dat mensen in principe rationele wezens zijn, in stand houden terwijl dit idee misschien helemaal niet past bij hoe wij als mensen de wereld ervaren, hoe we denken en beslissingen maken.

Over de vraag of we in staat zijn om rationeel over medische zaken te kunnen beslissen, kan discussie gevoerd worden, maar het is hoe dan ook goed om dit rationaliteitsprincipe te kunnen heroverwegen en het dualistisch praten helpt niet om met een open blik naar dit principe te kunnen kijken.

Door onder andere het rationaliteitsprincipe, maar ook door aansprakelijkheids- en toerekeningsvatbaarheidswetten zitten er verregaande consequenties vast aan de beoordeling of iemand 'mentaal competent' is of niet. Terwijl het principe van rationaliteit tenminste ten dele cultureel en in de tijd bepaald is. Wie 'mentaal incompetent' genoemd wordt, is beïnvloed door welke waarden er op dat moment zijn in de samenleving. Er zijn tijden en culturen geweest waarin juist de waarde van emotionele expressie werd gezien als een belangrijk onderdeel van mens-zijn.<sup>32</sup> In deze cultuur zou iemand met bijvoorbeeld een bipolaire stoornis (gekenmerkt door onder andere heftige emotionele schommelingen<sup>33</sup>) beter passen en wel kunnen voldoen aan de verwachtingen van de maatschappij. De 'bipolaire stoornis' zou in zo'n cultuur misschien niet eens bestaan. In zo'n samenleving zou het zelfbeschikkingsrecht ook niet (puur) gebaseerd zijn op het rationaliteitsprincipe.

De 'mentale' kant van het medisch dualisme kan ervoor zorgen dat dit cultureel afhankelijke aspect minder gezien wordt in de medische wereld. Principes als het rationaliteitsprincipe worden daardoor eerder aangenomen als 'correcte' principes en worden niet betwijfeld.

---

<sup>27</sup> Hardcastle. Bladzijde 147

<sup>28</sup> Hardcastle. Bladzijde 148

<sup>29</sup> Hardcastle. Bladzijde 56

<sup>30</sup> Hardcastle. Bladzijde 57

<sup>31</sup> Hardcastle. Bladzijde 59

<sup>32</sup> Sontag, *Ziekte als metafoor / Aids en zijn metaforen*. Bladzijde 41-42 en 56

<sup>33</sup> 'Specifieke Omschrijving Stoornis - Bipolaire Stoornissen | GGZ Standaarden', accessed 19 June 2020, <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/bipolaire-stoornissen/specifieke-omschrijving-stoornis>.

### ‘mentaal lijden’

Omdat ‘mentale pijn’ wijst op een mogelijke vermindering van iemands vermogen om te redeneren en daarmee ook op een vermindering van zelfcontrole, nemen we de ervaringen van mensen met mentale pijn minder ‘serieus’ en is er vooral focus op fysiek lijden.<sup>34</sup> Dit, in combinatie met het rationaliteitsprincipe verklaart waarom euthanasie bij mentaal lijden ook in Nederland minder steun heeft dan euthanasie bij fysiek lijden.<sup>35</sup>

#### 2.2.2 Fysieke ziekten en het verlies van controle

Het dualistische taalgebruik in de medische wereld is misschien ongunstig voor patiënten met een mentale ziekte, maar het kan patiënten met fysieke ziekten een idee van controle geven. Uit het feit dat terminale patiënten het meest angstig zijn voor het verlies van controle kan echter opgemaakt worden dat ook een fysieke ziekte uiteindelijk een zodanige invloed heeft op het leven van de patiënt kan hebben (zoals als de patiënt eraan gaat overlijden), dat het idee van controle niet in stand gehouden kan worden. Ons idee van wie we zijn, is uiteindelijk naast het willen voldoen aan verwachtingen voornamelijk gebaseerd op ons leven en de gebeurtenissen daarin zoals wij die begrepen.<sup>36</sup> De bubbel van ‘controle’ die het dualisme in stand houdt, kan niet oneindig uitgerekt worden en kan ook bij fysieke zieken uiteindelijk knappen.

#### 2.2.3 Aandoeningen die niet in te delen zijn

Zowel voor patiënten met een fysieke ziekte als voor patiënten met een mentale ziekte heeft het dualistisch denken negatieve gevolgen. De behandeling van de verschillende ziekten is minder ideaal dan misschien zou kunnen. Bij fysieke patiënten is er vooral focus op de lichamelijke pijn en niet op de mentale pijn van het verlies van controle. Bij mentale patiënten worden hun ervaringen minder serieus genomen en wordt er weinig rekening gehouden met de sociale en fysieke invloeden op hun ziekte.

Het lijkt erop dat het dualistisch indelen van (aspecten van) ziekten zorgt voor een vernauwde blik op een ziekte of fenomeen. Het gegeven dat mentale patiënten meer risico hebben op covid-19,<sup>37</sup> of dat er een soort cognitieve communicatie is tussen onze darmen en hersenen<sup>38 39</sup> is moeilijk te bevatten binnen het dualistische denken. Als we de woorden en daarmee de indeling in ‘mentaal’ en ‘fysiek’ zouden loslaten, zou een bredere medische blik mogelijk worden. Verschillende aspecten van ziekten zouden kunnen worden onderzocht, terwijl we daar nu minder oog voor hebben, omdat ze niet in onze ideeën van de ziekten passen. De bredere blik zou medische inzichten stimuleren, zou patiënten zich serieus genomen laten voelen en hiervan zouden de behandelingen beter worden. Om de woorden ‘mentaal’ en ‘fysiek’ te kunnen loslaten hebben we wel een alternatieve theorie nodig, die zorgt voor een nieuwe blik op onszelf en onze ziekten.

<sup>34</sup> Hardcastle, *Constructing the Self*. Bladzijde 148-150

<sup>35</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek, ‘Opvattingen over euthanasie’, webpagina, Centraal Bureau voor de Statistiek - Opvattingen over euthanasie, 19 November 2019, <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2019/47/opvattingen-over-euthanasie>.

<sup>36</sup> Hardcastle, *Constructing the Self*. Bladzijde 117

<sup>37</sup> Maurice Timmermans, ‘Registratie Covid-19 Onder Psychiatrische Patiënten’, *Volkskrant Donderdag 23 April 2020*, 23 April 2020, sec. Ten Eerste.

<sup>38</sup> Marilia Carabotti et al., ‘The Gut-Brain Axis: Interactions between Enteric Microbiota, Central and Enteric Nervous Systems’, *Annals of Gastroenterology : Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology* 28, no. 2 (2015): 203–9.

<sup>39</sup> Hannah Stower, ‘Gut–Brain Communication’, *Nature Medicine* 25, no. 12 (December 2019): 1799–1799, <https://doi.org/10.1038/s41591-019-0685-y>.

### 3. Kunnen nieuwe medische inzichten ons dualistisch denken vervangen en hiermee de behandelingen in de medische praktijk verbeteren?

In dit laatste deel van mijn scriptie ga ik opzoek naar een manier waarop we de nieuwe medische inzichten kunnen gebruiken om het dualistische onderscheid in de medische praktijk los te laten. We kunnen dit doen door een theorie van de mens als complex geheel aan te nemen. Om dit te bereiken is een radicale verandering in taal en denken vereist.

#### 3.1 De complexe systeemtheorie

Uit de casussen die ik tot nu toe heb besproken, kwam naar voren dat de mens en daarmee ook zijn ziekte bestaat uit zowel mentale als fysieke aspecten. Daarom denk ik dat we onszelf en onze ziekten beter kunnen begrijpen als we ons dualistisch denken loslaten. Omdat we geen mentale / fysieke / immateriële substanties kunnen aanwijzen die ons tot onszelf maken, kunnen we onszelf in plaats daarvan beter zien als een complex geheel van vele verschillende 'subsystemen' die met elkaar verweven zijn. Dit idee noem ik vanaf nu de 'complexe systeemtheorie'<sup>40</sup>, een woord dat Hardcastle ook gebruikt in haar boeken '*Constructing the Self*' en '*Myth of Pain*'<sup>41</sup>

Dit betekent dat wij ons brein zijn, maar ook ons lichaam, onze geest, en onze emoties.

#### 3.2 Pijn casus

Dat ziekten bestaan uit allerlei verschillende aspecten is al duidelijk. Maar dat we alsnog de neiging hebben om (aspecten van) ziekten in te delen in 'mentaal' en 'fysiek' is een probleem. Met de volgende pijn-casus wil ik laten zien dat de erkenning van het bestaan van de verschillende aspecten binnen één ziekte de eerste stap is van het oplossen van dit probleem. Deze stap is ook al gezet bij veel ziekten (zoals bij ALS). De stap erna echter is om de verschillende aspecten te zien als verweven met elkaar en daarom te stoppen met ze willen indelen in 'mentale' of 'fysieke' categorie. In deze laatste stap zit de overgang van het dualistisch denken naar een complexe systeemtheorie.

In ons denken over pijn is een verandering aan het plaatsvinden om ons denken beter te laten passen bij de werkelijkheid van verschillende pijnpatiëntcasussen en zo pijnpatiënten beter te kunnen behandelen in de toekomst. De pijn casus komt grotendeels uit Hardcastles' boek '*myth of pain*'.

Pijnverwerking is een relatief eenvoudig proces, vergeleken met vele andere hersenprocessen. We weten niet precies hoe pijnverwerking werkt, maar we weten wel wat. Daarom kan de toepassing van de complexe-systeem theorie op dit proces als voorbeeld dienen voor hoe we ingewikkeldere processen met bijbehorende ziekteleer kunnen verklaren en behandelen.<sup>42</sup>

##### 3.2.1 Hoe wij pijn nu (met dualistische invloeden) zien en behandelen

De hedendaagse ('dualistische') behandeling van pijn is gebaseerd op het volgende pijn-mechanisme: Fysieke stimuli → overdragen door neuronen van het centrale zenuwstelsel → interpretatie van de signalen in het brein (en deze interpretatie uit zich in gedrag). Dit betekent dat óf de fysieke stimuli

<sup>40</sup> Hardcastle, *Constructing the Self*. Bladzijde 11

<sup>41</sup> Valerie Hardcastle, *The Myth of Pain* (online via MitCogNet: MitCogNet, 2001), <http://cognet.mit.edu/pdfviewer/book/9780262274937/ack>.

<sup>42</sup> Hardcastle. Bladzijde 201

moet worden verwijderd óf het bewustzijn van de pijn moet veranderen / het gedrag moet veranderen.<sup>43</sup>

Chronische pijn is heel veel voorkomend (30-50% van de wereldpopulatie lijdt eronder<sup>44</sup>) maar vaak kan er geen goede fysieke verklaring worden gevonden voor deze pijn. In dit geval wordt het psychopathologische (=psychogene) pijn genoemd. Deze pijn is 'on-echt'.<sup>45</sup> Omdat bij deze vorm van pijn geen veroorzakende stimuli kunnen worden gevonden, bestaat de behandeling uit 'pijnmanagement'. Hierbij wordt er gericht op een gedrags- en psychologische verandering en niet op een eliminatie van de pijn (de vurende neuronen). Als deze behandeling niet werkt, kan de patiënt gelabeld worden als psychologisch verstoord.<sup>46</sup>

Pijn ervaringen worden dus verdeeld in verschillende categorieën, waarbij een deel wordt veroorzaakt door 'het fysieke brein / lichaam' (de 'echte' pijn) en een deel door 'de niet-fysieke geest' (de 'on-echte' pijn).<sup>47</sup>

Een belangrijke 'verdediging' van deze (dualistische) manier van kijken is dat het aansluit bij hoe we de wereld ervaren en dat er bovendien geen betere theorie is om deze 'volks-psychologie' te vervangen.<sup>48</sup> De pijn-gevallen die ik hierna beschrijf, laten echter zien dat deze manier van denken en kijken niet goed aansluit bij hoe de wereld door pijnpatiënten ervaren wordt. Bovendien kan met behulp van deze gevallen een theorie worden ontwikkeld die wel degelijk als vervanging kan dienen voor onze dualistische manier van praten.

### 3.2.2 Pijngevallen die niet passen binnen de dualistische manier van denken

Het eerste fenomeen dat niet goed past bij ons 'hedendaags' (dualistisch) denken over pijn is die van chronische pijn. Hardcastle vraagt zich in haar boek af: Als chronische hallucinaties zo zeldzaam zijn, waarom zijn 'on-echte' pijnen dan zo veelvoorkomend? Als de geest (zoals de wetenschap nu denkt) hetzelfde is als het brein, dan zijn alle soorten pijn 'in het hoofd'. Wat is dat nog het verschil tussen on-echte en echte pijnen?<sup>49</sup> Zowel psychiatrische als medische protocollen zijn niet goed in beide 'soorten' pijn te onderscheiden (echte van niet-echte).<sup>50</sup> In de praktijk is er ook geen bewijs dat psychopathologische pijn anders is dan 'echte' pijn. Het lijkt erop dat alle pijn gelijk is.<sup>51</sup>

Zoals we gezien hebben in het tweede deel van deze scriptie kan het dualistisch denken ervoor zorgen dat ervaringen van patiënten met mentale ziekten minder serieus worden genomen. Dit geldt ook voor pijn-patiënten met 'on-echte' pijn. Het psychisch maken van pijn kan ervoor zorgen dat doctors de pijn niet meer zien als een probleem dat zij moeten oplossen en dat ze de pijn niet meer serieus nemen.<sup>52</sup> Iets diagnosticeren als 'mentaal' is een manier geworden om 'we weten het niet' af te schuiven op de patiënt, omdat we willen dat er controle is over fysieke afwijkingen. Daarom labelen we patiënten als psychologisch abnormaal wanneer we met diagnostische testen geen

---

<sup>43</sup> Hardcastle. Bladzijde 174

<sup>44</sup> Juliana Barcellos de Souza et al., 'Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey', Research Article, Pain Research and Management (Hindawi, 26 September 2017), <https://doi.org/10.1155/2017/4643830>.

<sup>45</sup> Hardcastle, *The Myth of Pain*. Bladzijde 9-11

<sup>46</sup> Hardcastle. Bladzijde 174

<sup>47</sup> Hardcastle. Bladzijde 159-160

<sup>48</sup> Hardcastle. Bladzijde 157-158

<sup>49</sup> Hardcastle. Bladzijde 11

<sup>50</sup> Hardcastle. Bladzijde 25

<sup>51</sup> Hardcastle. Bladzijde 21

<sup>52</sup> Hardcastle. Bladzijde 32

verklaring kunnen vinden voor de pijn, terwijl vaak achteraf alsnog een fysieke oorzaak van ‘mentale’ pijn wordt gevonden.<sup>53</sup> Bij een onderzoek werd in 69% van de patiënten van een pijnkliniek (gediagnostiseerd met ‘psychogene’ pijn) een fysieke oorzaak gevonden.<sup>54</sup> Het falen in het goed diagnosticeren van pijn is hiermee zowel een sociaal als wetenschappelijk probleem.<sup>55</sup>

In het tweede deel hebben we ook gezien dat sommige ervaringen en ziekten niet goed beschreven en begrepen kunnen worden als we een dualistische verdeling van (aspecten van) ziekten willen blijven maken. Hardcastle beschrijft in haar boek *‘the myth of pain’* verschillende pijnkasussen die niet verklaard kunnen worden binnen een dualistische pijntheorie. Neem Mathieu, een jongetje met kanker die zijn psychologische ‘talenten’ gebruikt om zijn (fysieke) pijn te verminderen. *“Though he felt his pains intensely, both emotionally and physically, and often demanded assistance in coping with them, Mathieu generally refused any sort of medication when it was actually offered. Instead, he wrote about his life, what music meant to him, what it feels like to have cancer as a child, and his eventual death. He preferred to be “awake”—as lucid and as in touch with his unpleasant world as possible—rather than relieved of pain by artificial means. He chose to live out his life creatively and to use his psychological resources to diminish pain. And, to a large extent, he was successful”.*<sup>56</sup>

### 3.2.3 Alternatieve theorie

Hardcastle komt tot de conclusie dat pijnkasussen alleen verklaard kunnen worden met het idee dat pijn zowel biologische (= ‘fysieke’) als psychologische aspecten heeft.<sup>57</sup> Er is nu al een ‘modern’ idee dat de pijnervaring inderdaad beide kanten van het dualisme omvat. In de neuro-wetenschappen wordt pijn zowel met het vuren van specifieke neuronen beschreven (de ‘fysieke’ kant van het dualisme) én als centrale ‘brein’ reactie (de ‘mentale’ kant van het dualisme). Het idee is dat alle soorten pijn ‘fysiek’ zijn van origine, maar dat er ook ‘psychosociale’ factoren zijn die onze perceptie van pijn beïnvloeden. Zo is onze bewuste pijnervaring een ‘rekensom’ van zowel fysieke en psychosociale factoren.<sup>58</sup> Alle soorten pijn bestaan uit zo’n rekensom, dus ze zijn allen gelijk.<sup>59</sup> De ene soort pijn is niet meer ‘echt’ of ‘valide’ dan een ander.

Met het erkennen dat er verschillende ‘mentale’ en ‘fysieke’ aspecten zijn binnen één pijnervaring is de eerste stap naar de complexe systeemtheorie gezet. Deze stap is niet alleen gezet bij de pijnervaring, maar ook bij vele andere ziekten. (Zoals bijvoorbeeld bij ALS, wat ik aan het begin van de scriptie omschreef).

De volgende stap is het inzien dat er vele causale interacties zijn tussen alle verschillende aspecten van ziekten. Door de veelheid en plasticiteit van deze interacties kun je de aspecten ook zien als zodanig met elkaar ‘verweven’ dat het geen zin heeft om de verschillende aspecten ‘uit elkaar te plukken’ en te verdelen in mentaal of fysiek. Om de aspecten te zien als ‘verweven’ hoeven ze niet als geheel gereduceerd te worden tot het fysieke of het mentale.<sup>60</sup> Alle aspecten kunnen als één organisch, biologisch complexe geheel gezien worden.<sup>61</sup>

---

<sup>53</sup> Hardcastle. Bladzijde 25

<sup>54</sup> Hardcastle. Bladzijde 28

<sup>55</sup> Hardcastle. Bladzijde 28

<sup>56</sup> Hardcastle. Bladzijde 12

<sup>57</sup> Hardcastle. Bladzijde 114

<sup>58</sup> Hardcastle. Bladzijde 7 en 13

<sup>59</sup> Hardcastle. Bladzijde 7

<sup>60</sup> Hardcastle. Bladzijde 39 en 41

<sup>61</sup> Hardcastle. Bladzijde 61-62

Voor de pijn-casus betekent dit dat pijn een ‘higher-level-property’ is en alleen te reduceren tot iets wat minder betekent. We moeten pijn op een macro-level bekijken, in zijn complexe samenhang, omdat dit past bij de manier waarop wij de wereld (betekenisvol) begrijpen.<sup>62</sup> Dit betekent dat pijn definiëren als geheel lichamelijk of mentaal of als iets subjectiefs of in zichtbaar gedrag niet het gehele complexe concept van pijn omvat.<sup>63</sup> Je definieert dan pijn als één aspect ervan, terwijl geen van de losse aspecten van pijn op zichzelf fundamenteel is.<sup>64</sup>

#### *De complexe systeemtheorie als theoretisch raamwerk*

De complexe systeemtheorie dient voornamelijk als een ‘theoretisch raamwerk’ waarin ruimte is voor de vele aspecten van onszelf en dus ook van ziekten waar we nog geen weet van hebben of die we nog niet goed begrijpen.<sup>65</sup> Het dualistische idee binnen de geneeskunde (waarin ‘mentaal’ en ‘fysiek’ worden onderscheiden) kan de fundamentele complexiteit van ons en onze ziekten niet goed omvatten. Met de complexe systeemtheorie kunnen we met een meer open blik naar ziekten en haar patiënten kijken.

Deze open blik helpt de medische praktijk op verschillende manieren. Ten eerste zorgt het ervoor dat er makkelijker onderzoeken kunnen worden gedaan met ‘out-of-the-box’ hypothesen. Zo kunnen we meer inzicht verkrijgen over alle verschillende aspecten van ziekten en de verwevenheid ervan. Neem bijvoorbeeld een idee als brein-darm communicatie.<sup>66</sup> Hier wordt nu al onderzoek naar gedaan, maar het idee voelt wel ‘vreemd’ aan. In een complexe systeemtheorie past dit idee beter. Op dezelfde manier kunnen we met de complexe systeemtheorie meer recht doen en beter luisteren naar ervaringen van mensen die niet binnen onze dualistische indeling passen. Zo noemen we bijvoorbeeld de pijnervaringen van mensen waarvoor we geen fysieke oorzaak kunnen vinden niet meer ‘on-echt’ en diagnosticeren we deze mensen niet met mentale stoornis. Met de complexe systeemtheorie kan namelijk erkend worden dat er vele aspecten meespelen in het resultaat ‘pijn’ en dat al die aspecten even ‘echt’ zijn, hoewel we misschien van sommige aspecten nog geen weet hebben van het achterliggende mechanisme.<sup>67</sup> Naar deze onbekende aspecten kan worden gezocht, waarbij het onderzoek begint met goed luisteren naar de ervaringen van de patiënt.

Als al deze aspecten gezien kunnen worden, wordt de behandeling ook beter. Zo kunnen bijvoorbeeld wat we in de dualistische theorie ‘psychosociale factoren’ noemden, worden gebruikt voor de daadwerkelijke vermindering van pijn, zoals in de casus van Mathieu. Dit soort ‘mentale’ therapieën worden nu ook al weleens gebruikt, maar ze worden met de complexe systeemtheorie gedemystificeerd<sup>68</sup> en het mechanisme erachter kan op een wetenschappelijke wijze onderzocht worden.

De relatie tussen wat eerst ‘mentale’ en ‘fysieke’ aspecten werden genoemd, kan met de complexe systeemtheorie worden gezien als een complexe, maar mechanische en onproblematische interactie.<sup>69</sup> Hierdoor kunnen alle soorten ziekten worden gezien als gelijken en kunnen ze allen worden behandeld en gezien als een complex biologisch fenomeen. Zo kunnen we bijvoorbeeld bij wat eerst ‘fysieke’ ziekten heette, rekening houden met zaken als ‘mentaal’ lijden en bij wat we

---

<sup>62</sup> Hardcastle. Bladzijde 49-50

<sup>63</sup> Hardcastle. Bladzijde 101-103

<sup>64</sup> Hardcastle. Bladzijde 107

<sup>65</sup> Hardcastle. Bladzijde 90-91

<sup>66</sup> Carabotti et al., ‘The Gut-Brain Axis’.

<sup>67</sup> Hardcastle, *The Myth of Pain*. Bladzijde 25

<sup>68</sup> Hardcastle. Bladzijde 192

<sup>69</sup> Hardcastle. Bladzijde 193

vroeger ‘mentale’ aandoeningen noemden rekening houden met het feit dat er culturele beïnvloeding is en dat er ook ‘fysieke’ aspecten een rol kunnen spelen.

Tot slot krijgen we met de complexe systeemtheorie een realistischer idee van controle. Met de vervanging van de dualistische theorie voor de complexe systeemtheorie verliezen we een deel van ons gevoel van zelfcontrole. Maar in ruil voor dit verlies krijgen we er meer controle en rationaliteit voor terug. Dat is de paradox van dit verhaal. Door ons verlangen naar controle hebben we een idee van controle gecreëerd dat volledig in elkaar kan storten zodra we onze verwachtingen niet kunnen waarmaken. Ook focussen we irrationeel veel op onze ratio als definiërende kwaliteit van mens-zijn. Met de complexe systeemtheorie kunnen we inzien dat onze controle beperkt is en we niet zuiver rationele wezens zijn. Minder focus op de ratio is hiermee rationeler en door ons gevoel van controle deels los te laten bouwen we een idee op van beperkte controle die minder snel in elkaar stort.

Zoals Hardcastle zegt: met het raamwerk van de complexe systeemtheorie vervangen we een ideologie met filosofisch goed onderbouwde wetenschap.<sup>70</sup>

### 3.3 Van de pijncasus naar een breder gebruik van de systeemtheorie

De dualistische definitie van pijn (maar dus ook van andere concepten) dwingt ons om ‘mentaal’ van ‘fysiek’ te scheiden op een onnatuurlijke manier. Een multi-level perspectief laat ons de mens en zijn ziekten te zien als een complex geheel. Door de mens en ziekten als complex geheel te zien (met hierin componenten die we niet goed kennen), blijven medische experts nederig en durven ze het niet-weten beter toe te geven. Hierdoor zijn ze in staat om beter naar de iedere patiënt te luisteren, ze serieuzer te nemen en kunnen ze beter op zoek gaan naar de behandeling die het best bij iedere individuele patiënt past. Ook geeft het patiënten een eerlijker beeld over de hoeveelheid controle die ze hebben over zichzelf, waardoor ze niet het gevoel hebben dat ze tegen iets moeten ‘vechten’ en de angst voor het verlies van controle minder groot is.

#### 3.3.1 De complexe systeemtheorie in de toekomst

Stap één voor de overgang van naar de complexe systeemtheorie is al gezet voor veel ziekten in de medische literatuur. De volgende stap vereist een bereidwilligheid om op een andere manier te kijken naar de verscheidende casussen die zich aandienen in de medische wereld. Met deze scriptie heb ik hopelijk laten zien dat deze verandering van denken de moeite waard is, voor een betere behandeling van patiënten en nieuwe doorbraken in de medische wetenschappen.

De complexe systeemtheorie schijnt nieuw licht op de casussen die ik gedurende deze scriptie gegeven heb. Zo kunnen verslaafden, die aldus Hardcastle eerder gezien werden als *“weak or bad people, unwilling to lead moral lives and control their behavior and gratifications”*<sup>71</sup> met de complexe systeemtheorie gezien worden als ‘gewone’ mensen. Hun gedrag komt voort uit wat vroeger ‘fysieke’ en ‘psycho-sociale’ aspecten genoemd werden. Dit haalt het idee weg van verslaafden als ‘zwakke’ en ‘slechte’ mensen. Bovendien kan het gedrag van verslaafden beter verklaard worden kunnen verslavingen beter worden behandeld. Onder andere door sociale problemen die verslavingen in de hand werken aan te pakken en de de-stigmatisering van verslavingen. Ook het feit dat mensen met een verslaving het gevoel hebben dat ze zowel controle hebben over hun gedrag als geen controle kan worden verklaard<sup>72</sup>. Bij kanker kan er in de behandeling meer rekening gehouden worden met het lichaam als geheel. *“blijf positief”* en *“wat een strijd”* kan uit de standaard reacties worden

<sup>70</sup> Hardcastle. Bladzijde 205

<sup>71</sup> Hardcastle. Bladzijde 204-205

<sup>72</sup> Hardcastle. Bladzijde 206-207



geschraapt. Ook zou de complexe systeem theorie kunnen ondersteunen dat de ‘rationele voorwaarde’ voor ‘informed consent’ in zijn eentje geen goede voorwaarde is, aangezien mensen niet fundamenteel rationele wezens zijn, maar emoties, fysieke lichamelijke processen, onbewuste cognitie, allemaal ook een even grote rol spelen.

### 3.4 Kritiek op de complexe systeemtheorie

Aldo Houterman geeft in zijn boek *‘wij zijn ons lichaam’*<sup>73</sup> kritiek op de neurowetenschappen. Deze wetenschappen hebben volgens hem de neiging enkel te focussen op ‘het brein’ als complex systeem.<sup>74</sup> De complexe systeemtheorie is grotendeels gebaseerd op neurowetenschappelijk onderzoek naar pijn. De kritiek van Houterman zou dus ook op haar theorie toepasbaar kunnen zijn. Daarom wil ik benadrukken dat we het ‘mentaal’ - ‘fysiek’ dualisme niet moeten vervangen door een ‘lichaam’ - ‘brein’ dualisme. Er moet in het gebruik van de complexe systeemtheorie op worden gelet dat de mens niet wordt gedefinieerd als enkel zijn brein. Het mens-zijn als complexe geheel omvat het hele lichaam en het brein is een onderdeel hiervan.<sup>75</sup> Het hele lichaam bestaat uit een complex netwerk van verweven mechanismen en recente ontdekkingen als de brein-darm communicatie<sup>76</sup> ondersteunen dit idee. Hardcastle’s boek is van voor deze ontdekkingen en daarom meen ik dat de aanvulling van de theorie met recente wetenschappelijke ontdekkingen voldoende grond geeft om de complexe systeemtheorie het hele lichaam te laten omvatten.

## Conclusie

Hoewel de medische wetenschappen zien dat ziekten zowel bestaan uit ‘fysieke’ en ‘mentale’ aspecten (die dezelfde ‘hoofdoorzaak’ kunnen hebben), worden deze (aspecten van) ziekten nog steeds verdeelt in ‘mentaal’ en ‘fysiek’. Dit is wat ik ‘het dualisme’ van de medische wetenschappen noem. Dit dualisme helpt patiënten met een ‘fysieke ziekte’ het gevoel van controle behouden. Dit idee van zelfcontrole is een verwachting is in onze hedendaagse, westerse cultuur waar patiënten aan willen voldoen. Dit gevoel van controle is echter wankel en kan instorten als de fysieke ziekte te veel invloed krijgt op het leven van de patiënt.

Bij de diagnose van een ‘mentale’ ziekte hoort het idee dat deze mensen verminderde zelfcontrole hebben. Hun gevoelens en ervaringen kunnen worden gezien als minder rationeel en minder echt. Waardoor ze het risico lopen minder serieus te worden genomen, minder ‘rechten’ hebben en hun ziekte door de maatschappij gestigmatiseerd wordt.

Het dualistische scheiden van (aspecten van) ziekten zorgt bovendien voor een vernauwing van de medische blik. ‘Mentale’ of ‘fysieke’ aspecten worden sneller over het hoofd gezien en verbanden tussen ‘mentale’ en ‘fysieke’ aspecten worden minder snel gezocht. Dit kan zorgen voor een belemmering van vooruitstrevende wetenschappelijke inzichten en de behandeling van ziekten.

De complexe systeemtheorie is een filosofisch onderbouwd wetenschappelijk raamwerk dat kan dienen als vervanging voor het dualistische component in de medische wetenschappen. Binnen deze theorie wordt de mens gezien als een complex geheel dat bestaan uit vele verweven mechanismen. De termen ‘mentaal’ en ‘fysiek’ kunnen hierdoor worden losgelaten. Binnen de theorie is ruimte voor vele verschillende aspecten van mens-zijn en zijn ziekten, ook de aspecten die we nog minder goed

<sup>73</sup> Aldo Houterman, *Wij Zijn Ons Lichaam* (Amsterdam: Ambo|Anthos, 2019).

<sup>74</sup> Houterman. Bladzijde 14-15 en 183

<sup>75</sup> Houterman. Bladzijde 191 en 192

<sup>76</sup> Carabotti et al., ‘The Gut-Brain Axis’.

begrijpen. Dit lost de problemen op die het dualistische denken veroorzaakt en geeft de ruimte om met een meer open blik naar medische gevallen te kijken.

Om de overstap te maken naar de complexe systeemtheorie moeten verschillende stappen worden genomen. De eerste stap hebben we al gezet. Dit is de erkenning dat ziekten bestaan uit zowel 'fysieke' als 'mentale aspecten'. De stap hierna is om te herkennen dat deze aspecten zodanig verweven zijn met elkaar dat het onderscheid 'mentaal' en 'fysiek' arbitrair is. Dit zou betekenen dat de medische wereld andere termen moet aannemen en sociale instituties anders moeten worden vormgegeven.

Filosofen kunnen de medische wereld ondersteunen door kritisch te kijken naar het gebruik van hun termen om te zorgen dat er zo min mogelijk westerse ideologie achter hun spreken en denken zit en zoveel mogelijk gefundeerd onderzoek. Om de volgende stap te zetten moet met een open blik gekeken worden naar vele medische casussen. We moeten kijken welke aspecten allemaal een rol spelen en hoe ze met elkaar samenwerken. Hierbij verwacht ik dat we de mens steeds meer zien als complex geheel, aangezien moderne wetenschappelijke onderzoeken dit idee al ondersteunen. Laten we deze beweging niet tegenwerken door vast te houden aan dualistische termen, maar meewerken door actief bezig te zijn met ons denken. We moeten kritisch tegenover de medische termen staan die nu worden gezien als 'normaal' en kijken of dit echt past bij hoe wij onszelf en patiënten willen zien.

## Bibliografie

- 01-strafrecht-advocaat.nl. '» Ontoerekeningsvatbaarheid'. Accessed 19 June 2020. <https://01-strafrecht-advocaat.nl/ontoerekeningsvatbaarheid/>.
- Brea, Jennifer. *Unrest*. Documentaire, 2017. <https://www.unrest.film/media>.
- Carabotti, Marilia, Annunziata Scirocco, Maria Antonietta Maselli, and Carola Severi. 'The Gut-Brain Axis: Interactions between Enteric Microbiota, Central and Enteric Nervous Systems'. *Annals of Gastroenterology : Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology* 28, no. 2 (2015): 203–9.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. 'Opvattingen over euthanasie'. Webpagina. Centraal Bureau voor de Statistiek - Opvattingen over euthanasie, 19 November 2019. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2019/47/opvattingen-over-euthanasie>.
- 'Chronic Fatigue Syndrome | MedLink Neurology'. Accessed 19 June 2020. [https://www.medlink.com/article/chronic\\_fatigue\\_syndrome](https://www.medlink.com/article/chronic_fatigue_syndrome).
- 'Doorverwijsmodel Basis-GGZ - Praktijksteun'. Accessed 19 June 2020. <https://www.praktijksteun.nl/doorverwijsmodel>.
- Es, Michael A van, Orla Hardiman, Adriano Chio, Ammar Al-Chalabi, R Jeroen Pasterkamp, Jan H Veldink, and Leonard H van den Berg. 'Amyotrophic Lateral Sclerosis'. *The Lancet* 390, no. 10107 (November 2017): 2084–98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31287-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31287-4).
- Haan, Nienke de. 'Schizofrenie is geen ziekte'. Studium Generale Universiteit Utrecht, 26 March 2020. <https://www.sg.uu.nl/artikelen/2020/03/schizofrenie-geen-ziekte>.
- Hardcastle, Valerie. *The Myth of Pain*. online via MitCogNet: MitCogNet, 2001. <http://cognet.mit.edu/pdfviewer/book/9780262274937/ack>.
- Hardcastle, Valerie Gray. *Constructing the Self*. Advances in Consciousness Research. Amsterdam: John Benjamins Publishing Co, 2008. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=243146&site=ehost-live>.
- Houterman, Aldo. *Wij Zijn Ons Lichaam*. Amsterdam: Ambo|Anthos, 2019.
- Najjar, Souhel, Johann Steiner, Amanda Najjar, and Karl Bechter. 'A Clinical Approach to New-Onset Psychosis Associated with Immune Dysregulation: The Concept of Autoimmune Psychosis'. *Journal of Neuroinflammation* 15, no. 1 (13 February 2018): 40. <https://doi.org/10.1186/s12974-018-1067-y>.
- National Institute on Drug Abuse. 'Why Do Drug-Addicted Persons Keep Using Drugs?' Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition) Why do drug-addicted persons keep using drugs?, 3 June 2020. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/why-do-drug-addicted-persons-keep-using-drugs>.
- Sontag, Susan. *Ziekte als metafoor / Aids en zijn metaforen*. Translated by Gerard Grasman and A. Daalder-Neukircher. Amsterdam: De Arbeiderspers, 1993.
- Souza, Juliana Barcellos de, Eduardo Grossmann, Dirce Maria Navas Perissinotti, Jose Oswaldo de Oliveira Junior, Paulo Renato Barreiros da Fonseca, and Irimar de Paula Posso. 'Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey'. Research Article. Pain Research and Management. Hindawi, 26 September 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/4643830>.
- 'Specifieke Omschrijving Stoornis - Bipolaire Stoornissen | GGZ Standaarden'. Accessed 19 June 2020. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/bipolaire-stoornissen/specifieke-omschrijving-stoornis>.
- Stower, Hannah. 'Gut–Brain Communication'. *Nature Medicine* 25, no. 12 (December 2019): 1799–1799. <https://doi.org/10.1038/s41591-019-0685-y>.
- Timmermans, Maurice. 'Registratie Covid-19 Onder Psychiatrische Patiënten'. *Volkscrant Donderdag 23 April 2020*. 23 April 2020, sec. Ten Eerste.

Üstün, Bedirhan, and Cille Kennedy. 'What Is "Functional Impairment"? Disentangling Disability from Clinical Significance'. *World Psychiatry* 8, no. 2 (June 2009): 82–85.