

INLEIDING

Louise Bourgeois is een Frans-Amerikaanse kunstenares die vooral bekend is om haar acht meter hoge, in metaal gegoten spin, niet in het minst omdat ze het monster *Maman* doopte. Minder bekend is dat ze haar hele volwassen leven lang haar gedachten opschreef, in grootformaat agenda's en op losse papieren. Toen ik de kans kreeg om die een maand na haar dood gedurende een volledige week (veel te kort) te lezen, voelde ik mij een indringer en een voyeur.¹ Ongewenste intimiteit, zo voelde het, want het zal nooit haar bedoeling geweest zijn dat derden inzage kregen in wat zij op papier gegooid had. 'Gooien' is de juiste uitdrukking, het zijn gedachtefarden, nachtmerries, associaties, neergekrabbeld tijdens haar talloze slapeloze nachten in een mengeling van Frans en Engels, zonder de minste aandacht voor stijl of spelling of zelfs elementaire leesbaarheid. Gaandeweg krijg je als lezer een beeld van haar worsteling met angst en genot, met haar lijf, met het lijf. Als kunstenares werkte ze met elk denkbaar materiaal (verf, metaal, steen, klei, wol), maar altijd ging het over het lichaam:

Aangezien de angsten uit het verleden gekoppeld zijn aan wat het lichaam doet, keren die angsten terug door het

lichaam. Voor mij is boetseerwerk het lichaam. Mijn lichaam is mijn boetseerwerk.²

Dat is ook mijn onderwerp: de verhouding tussen ons en ons lichaam. In ruimere zin gaat het over de verhouding tussen mij en mijzelf. Lezers die een boek verwachten over intimiteit in de courante betekenis – de tedere verhouding binnen een liefdeskoppel, liefst doorspekt met erotiek – moet ik teleurstellen. De stelling die ik uitwerk is dat de soms mooie, maar vaak moeilijke verhouding die wij hebben met anderen te maken heeft met de soms mooie, maar vaak moeilijke verhouding met onszelf. Ik kan mezelf haten, verwerpen; ik kan verliefd zijn op mezelf, mezelf koesteren. Vaak dat alles tezeldertijd. Een dergelijke verdeeldheid is universeel en getuigt van een innerlijk spanningsveld.

Willen we een goede verhouding krijgen met iemand anders, dan moeten we vooreerst afgestemd zijn op onszelf. Willen we intiem kunnen zijn met iemand anders, dan moeten we intiem kunnen zijn met onszelf. Uitgedrukt in een metafoor uit een vroeger tijdperk: ik moet eerst in het reine komen met mijzelf.

‘In het reine komen’ betekent dat er in mij een ‘onrein’ stuk aanwezig moet zijn. Traditioneel werd het hele lichaam als onrein beschouwd en daarmee komen we bij de meest oorspronkelijke vorm van onze verdeeldheid, ik tegenover mijn lijf. Het eerste deel dit het boek handelt over de tegenstelling tussen het psychologische en het somatische, beter bekend als geest tegenover lichaam. In dit verleden werd de verhouding tussen de twee als een moreel-religieus conflict begrepen: het onreine lichaam tegenover de zuivere ziel. Tegenwoordig moeten we perfecte lichamen hebben zoals ons voorgehouden door overal aanwezige beelden van dansende, lachende, genietende lijven. Het vroegere conflict is verschoven naar het gevoel nooit goed genoeg te zijn, als lijf, maar ondertussen ook als persoon. Het resultaat is een lichaam vol spanning, vol ‘stress’.

Een goede afstemming tussen mij en mijn lichaam, beter bekend als gezondheid, is gebaseerd op een evenwicht tussen spanningsopbouw en spanningsontlading. Een gebrek aan evenwicht is het onderwerp van het tweede deel van dit boek. Tot nauwelijks een halve eeuw geleden was de voornaamste bron van spanning het verbod op seksualiteit en dus op ontlading, met als resultaat allerlei mentale stoornissen. De seksuele revolutie bracht zonder twijfel meer genot, maar of ze ook meer intimiteit opleverde, valt te betwijfelen. De lastige verhouding tussen genot en intimiteit maakt dat ik een volledig hoofdstuk wijd aan de vraag wat genot eigenlijk is. Voor de antwoorden – inderdaad in het meervoud – ga ik te rade bij de klassieke Griekse filosofen. In het daaropvolgende hoofdstuk kom ik bij een vraag die we ons allemaal stellen: hoe kan ik mij gelukkig voelen?

Met die vraag moet ik het in het derde en laatste deel wel over de liefde hebben. Om van iemand te kunnen houden, moet ik mij goed in mijn vel voelen. Wij zijn in hoge mate vervreemd van wie of wat we zouden kunnen zijn, waardoor we steeds slechter in ons vel zitten, vaker ziek worden en meer problemen hebben. Geen wonder dat de stap naar de ander steeds moeilijker wordt. Ik hou een pleidooi voor zelfkennis en zelfzorg; niet om te ontdekken wie we écht zijn en wat we écht verlangen, wel om te weten te komen wie ik kan worden en wat ik kan verlangen op een manier die afgestemd is op mijn lichaam.

Daarmee keer ik terug bij het vertrekpunt van dit boek: onze innerlijke verdeeldheid. In mij zijn er twee oerkrachten aan het werk. Ik wil opgaan in de ander, ook in het andere in mezelf. Ik wil me losscheuren van de ander, ook van het andere in mijzelf. Een slechte afstemming tussen mij en mezelf kan twee richtingen uit gaan. Ik kan agressief uithalen naar mijn lichaam, en vervolgens naar het lichaam van iemand anders. Seksualiteit wordt agressie. Of ik kan mij vastklampen aan mijn lichaam, en vervolgens aan iemand anders. Houden van wordt vasthouden. In beide gevallen is intimiteit ver te zoeken.

De voorwaarde voor intimiteit is alleen kunnen zijn. Alleen, met de ander die ikzelf ben. Pas dan ben ik in staat samen te zijn met iemand anders.

De leesbaarheid van dit boek is voor een groot deel te danken aan Piet, Johan en Ludo. Hun commentaren, samen met die van Chris, Silvia, Fleur, Catharina, Lotte en Rita, hebben mij telkens opnieuw verplicht tot nadenken en herformuleren. Bovendien heeft Ludo mij zeer veel hulp geboden bij het opzoekwerk – veel hedendaagse informatie in dit boek heeft de lezer aan hem te danken.

Terugblikkend zie ik dat de voornaamste inspiratiebron bij de mensen ligt die de voorbije dertig jaar de moed hadden om bij mij hun angsten en verlangens uit te spreken, terwijl ik meestal niet veel meer deed dan luisteren. Ik hoop dat zij dit boek kunnen ervaren als een uiting van mijn dank, respect en bewondering.

DIT IS MIJN LICHAAM

*Wat wij 'ik' noemen
is het meest onpersoonlijke dat wij bezitten:
stemmen van leraren.
De kleuterjuf met haar liniaal.
Het fluitje in het al te luid weerkaatsend gymnastieklo-
kaal.*

*Wat wij 'dat' noemen:
het orgasme. De plotselinge inval.
De woedeaanval die even bliksemsnel opdoemt
als de ingeving.
Dat alles is het meest persoonlijke dat wij bezitten.*

Lars Gustafsson

In de gloriejaren van het Stedelijk Museum voor Actuele Kunst (SMAK) gebruikte directeur Jan Hoet om de zoveel tijd de binnenstad van Gent als decor voor een kunsthappening. Tijdens een van die initiatieven is een zijgevel van een oud pand voorzien van geboorde gaten waarin mensen hun op een papiertje neerge-

pende verzuchting konden stoppen (na de happening werden alle openingen dichtgeplamuurd). Ik sta samen met mijn dochtertje voor de moderne klaagmuur, met mijn papiertje in de hand, en zie dat de boodschap van iemand anders op de grond gevallen is. Wanneer ik het opraap om het terug te stoppen valt mijn blik op de tekst:

DAT IK ASJEBLIEF WAT BETER MAG OVEREENKOMEN
MET MIJN LIJF.

Ik stop de boodschap terug.

Spiegeltje, spiegeltje aan de wand

Iedere ochtend kijk ik in de spiegel. Vroeger zag ik mezelf in een bedampte versie, sinds de installatie van een nieuw ventilatiesysteem in de badkamer is het beeld haarscherp. Het aangedampte glas van vroeger was genadiger. In hotelbadkamers heb je vaak een kleinere spiegel die voor een uitvergroting van het beeld zorgt. Net zoals bordelen biedt de betere kledingzaak spiegels waarin de klant zich vanuit meerdere hoeken kan bezichtigen. Bezichtigen staat voor keuren. Wie is de kijker-keurder?

Het naïeve antwoord – ik toch? – vergeet dat mijn blik op mezelf altijd evaluerend, controlerend, corrigerend is, ingedienstig aan andermans criteria. We zien onszelf door de ogen van de ander, schrijven hem of haar een oordeel toe, waarna we een poging ondernemen om dat oordeel gunstiger te laten uitvallen. We camoufleren een puistje, accentueren onze wenkbrauwen, denken na over een nieuwe haarsnit, kiezen voor een aansluitende broek of juist niet. De drastische versies vinden we in de plastische chirurgie, waar het lichaam soms letterlijk bijgeknipt wordt om toch maar aan het beoogde ideaal te beantwoorden.

Nadenken over onze ervaring voor de spiegel levert een verrassende conclusie op. Als ik het over mijn lichaam heb, gaat dat

nagenoeg altijd over de buitenkant, bovendien gezien vanuit de door mij veronderstelde blik van de ander. Ik vrees afkeuring, maar hoop op een goedkeurende glimlach. Een jonge vrouw stapt over de Gentse Kouter, ze kruist een oudere man die een reverentie voor haar maakt en ondertussen ‘So beautiful’ zegt – haar dag kan niet meer stuk. Tweehonderd kilometer naar het noorden is de kans groot dat haar Amsterdamse zuster zich in een vergelijkbare situatie geschoffeerd voelt. Andere plaatsen, andere criteria.

De wijze waarop anderen naar mij kijken is allesbehalve objectief en tijdloos. Om de zoveel tijd is er een nieuwe *look* waar je aan moet beantwoorden en schoonheidsidealen van weleer – denk aan Rubens – zijn niet langer in zwang. Ook de morele blik is honderdachtig graden gekeerd. Vroeger werden meisjes van school gestuurd wegens een te kort rokje en werden vrouwen in monokini door de politie van het strand gehaald. Heel recent kregen Vlaamse allochtone schoolmeisjes opmerkingen over hun te lange rokken en is een allesverhullend badpak een reden om in Nice een strandverbod te krijgen.³

Op oudere leeftijd hebben we het eerder over de binnenkant van ons lijf, dat zich laat voelen op manieren en plaatsen die we voorheen niet eens kenden. We richten onze blik naar binnen en kunnen nu betekenis geven aan woorden die nog niet zo lang geleden alleen maar woorden waren (reuma, artrose, osteoporose). Ook in die fase van het leven vergelijken we onszelf en ons lichaam met leeftijdsgenoten, met wie we al snel een nieuwe afdeling aan de tijdloze Tamaloe-club toevoegen, van het Franse ‘T’as mal où?, waar heb jij pijn?

In meer dramatische omstandigheden gaat het over de binnen- én de buitenkant van ons lichaam. In *De borstkankerbijbel* brengen patiënten hun verhaal in woord en beeld, met journaliste Barbara Debusschere als luisterend oor en fotografe Lieve Blancquaert als respectvolle blik. Hoe verschillend de verhalen ook, telkens blijkt hoezeer elke vrouw verplicht werd een andere

relatie aan te gaan met haar lichaam, welke effecten de operaties en eventuele borstreconstructies hadden op haar relaties met anderen en in welke mate die effecten op hun beurt invloed uitoefenden op haar identiteit als vrouw.

De blik van de ander is overal – niet omdat iedereen voortdurend naar ons kijkt, wel omdat wij toch zo graag gezien willen worden. Daarom maken we selfies, posten we die op Facebook, Snapchat en Instagram en houden we zorgvuldig het aantal reacties bij. Een van mijn vrienden is leerkracht en vergezelt jaarlijks de hoogste klas van het gymnasium op de traditionele Romereis. ‘Ze keren terug met zeshonderd foto’s: vijfhonderd drieënnegentig van zichzelf en zeven van Rome.’

De kritiek is makkelijk (‘De jeugd van tegenwoordig toch!’) en geheugenloos, want we zijn ons achttienjarige zelf vergeten. De mateloze zelfliefde van de adolescent verbergt een immense twijfel: ben ik goed genoeg, mooi genoeg, is er wel iemand die mij opmerkt?

WIE BEN IK, WAT VOEL IK?

De eerste spiegel waarin wij kijken zijn de ogen van onze moeder. Spontaan gaat elke moeder de gevoelsbewegingen van haar kleintje nadoen, monitoren en benoemen. Midden vorige eeuw beschreef de Franse psychoanalyticus Jacques Lacan het spiegelstadium als bepalend voor de ontwikkeling van een baby, omdat we in die heel vroege levensfase ons lichaamsbeeld leren kennen, via de ander. Een halve eeuw later zal de psychologie bijzondere aandacht schenken aan de allereerste uitwisselingen tussen kind en ouder, en het psychologisch taalgebruik uitbreiden met de term ‘mirroring’, spiegeling, als basisproces binnen onze identiteitsontwikkeling.

Ondertussen weten we dat onze identiteit tot ontwikkeling komt op grond van voortdurende interacties met anderen, te beginnen met onze ouders. Zij reiken ons de beelden en de woorden aan waardoor we toegang krijgen tot wat we ervaren, waarmee we leren wie we zijn en wie we (niet) moeten worden. ‘Je moet niet zo boos kijken, je lijkt wel op opa!’ Dergelijke spiegelingen vormen de bouwstenen waarmee we onze identiteit construeren.

Het belang van die eerste uitwisselingen tussen ouder en kind blijkt uit de dramatische effecten die optreden wanneer de spiegeling ontbreekt. Het kind verliest elk houvast en raakt al snel in paniek, zoals pijnlijk zichtbaar in het ‘still face’-experiment.⁴ Het filmpje op YouTube laat aanvankelijk een leuke uitwisseling tussen een moeder en haar baby zien. Lacht de baby, dan lacht de mama, kirt de baby, dan kirt de mama. Zij is tegelijkertijd spiegel en richtingaanwijzer. In het tweede deel van het experiment reageert de moeder niet langer, haar gezicht is ‘still’, uitdrukingsloos. De baby lacht, wijst, maar er komt geen uitwisseling tot stand. Na een tijdje begint het kleintje te zeuren, te huilen, te spartelen. Ze doet alles om contact te krijgen met haar mama, ze is alleen nog gericht op de ander en niet meer op zichzelf. Het is pijnlijk om te zien, als kijker wil je tussenbeide komen en ben je blij wanneer het onderzoek stopt.

Voor sommige kinderen is iets dergelijks geen experiment, maar een realiteit waarin ze moeten opgroeien. Later in dit boek kom ik op de gevolgen daarvan terug: wanneer een kind ervaart dat er geen reactie komt op zijn gevoelsuitingen, zal het als volwassene nauwelijks bewust weet hebben van zijn emoties en de bijbehorende ervaringen in zijn lichaam. Zowel de gevoelens als de lichamelijke ervaringen zijn er natuurlijk wel, maar ze stijgen zelden of nooit boven de drempel van het bewustzijn uit, omdat hij er als kind nooit de woorden voor gekregen heeft. Dat zo iemand last heeft om met gevoelens om te gaan, is makkelijk te begrijpen. Minder bekend is dat hij ook een verhoogde kans loopt op ziek worden.

In het ideale geval hebben wij, als volwassenen, een bewuste toegang tot wat ons onderhuids beweegt, omdat we het kunnen benoemen. De woorden daarvoor hebben we van de ander geleerd, meestal al met een daarin besloten oordeel. Als baby ervaren we ons lichaam; als kind leren we die ervaringen te verwoorden, waardoor er ongemerkt een cruciale splitsing tot stand komt. We ‘zijn’ ons lichaam niet langer, we ‘hebben’ een lichaam dat we voelen, waarover we nadenken en spreken. Lichaam en geest worden twee aparte dingen, met als brug de verwoording en de verbeelding.

INBEELDING

Vraag aan een zieke peuter waar het pijn doet, en de kans is groot dat je een vaag antwoord krijgt (‘In mijn buikje’). Als volwassene hebben we meer accurate beschrijvingen geleerd en maken we bijvoorbeeld een onderscheid tussen een kloppende, stekende, tintelende, uitstralende of brandende pijn. Voor genot hebben we minder woorden, hoewel Anja Meulenbelt (*De schaamte voorbij*, 1976) veertig jaar terug toch al een mooi onderscheid kon maken tussen verschillende soorten orgasmes.

Minder woorden betekent minder bewuste toegang tot ons lijf. Meer woorden betekent een intiemere afstemming tussen mij en mijn lichaam. Een kind dat angstig is en pijn voelt, richt zich tot zijn ouders, om daar zowel zorg als geruststelling te krijgen. ‘Je hebt te veel pruimen gegeten, daarom doet je buikje nu pijn.’ Het geruststellende heeft vooral te maken met de persoon die de woorden uitspreekt. De rust komt er wanneer we iemand anders vertrouwen en diens woorden opnemen.

Al opgroeiend leren we ons lichaam kennen, en we gaan ervan uit dat alle volwassenen dezelfde universele kennis en beleving delen. Antropologen weten beter: mensen die tot een andere cultuur behoren, ervaren hun lichaam anders omdat hun cultuur er

anders tegen aan kijkt. Tot diep in de vorige eeuw waren borsten voor de bewoners van Midden-Afrika geen erotische prikkel, dus hoefden die – tot afgrijzen van missionarissen en enthousiasme van anderen – niet bedekt te worden.

Op dezelfde manier verwerven we ook psychologische kennis over onszelf, via de woorden en de beelden die onze ouders ons voorhouden. Dit ben je, dat moet je worden. Wat ze mij voorhouden, hebben zij op hun beurt gehaald uit wat hun culturele traditie hun voorspiegelt in combinatie met het verhaal en de traditie van de eigen familie. Daardoor komt er ongemerkt een continuïteit in zowel de familiale als culturele identiteit.

Sinds het digitale tijdperk is het belang van de culturele en familiale spiegel sterk gedaald. In plaats daarvan zijn de flatscreens gekomen. Wanneer ik me ziek voel, google ik mijn symptomen en vind ik meer informatie dan me lief is. Rustig word ik er niet van, meestal neemt mijn angst alleen maar toe. De impact van digitale informatie gaat veel verder dan ziekte en gezondheid. Dezelfde beeldschermen spiegelen ons voor hoe we eruit moeten zien, hoe we mogen genieten, hoe we kunnen omgaan met pijn. Nog een stap verder en ze houden ons voor wie we moeten zijn.

Voorspiegelingen en verwoordingen maken vanaf de kindertijd deel uit van een merkwaardig proces dat van binnen naar buiten en vervolgens terug naar binnen gaat. Wat ik in mijn lichaam ervaar (binnen), wordt door iemand anders benoemd of in beeld gebracht (buiten) en op die manier aan mij teruggegeven en door mij opgenomen (binnen). Daardoor krijgt mijn ervaring een betekenis die er voorheen niet was en waarmee ik iets kan doen. De betekenis komt van iemand anders, die het op zijn beurt bij een abstracte Ander gehaald heeft, namelijk bij de cultuur en de traditie.

Een pubermeisje krijgt haar eerste menstruatie; haar moeder reageert met ach en wee – ‘Vanaf nu begint al die ellende ook voor jou, arm kind.’ Veel uitleg krijgt het meisje niet, behalve wat aanwijzingen over hoe ze moet omgaan met maandverband en dat

ze vanaf nu moet opletten met jongens. Een ander pubermeisje krijgt bij haar menarche een feestje waarbij haar moeder alle vrouwen uit de buurt uitnodigt. Op het feest wordt giechelend verteld over mannen en hun eigenaardigheden, hoe je daar als vrouw het beste mee omgaat. Vanaf dan hoort ze bij de volwassenen en krijgt ze privileges in combinatie met nieuwe plichten. Het eerste meisje moet haar vrouwelijke identiteit wel als een last beschouwen, temeer daar er nauwelijks over gesproken mag worden. Het tweede krijgt een aangenamer start en wordt opgenomen in een groep bij wie ze te rade kan gaan voor de vragen die ongetwijfeld nog zullen komen.

Wat de ander ons vertelt en voorhoudt, geeft ons lichaam betekenis, ten goede of ten kwade. Die betekenis is, zoals het heet, ‘psychologisch’. Slechts psychologisch, en dus in deze wij-zijn-ons-brein-tijd eerder onbelangrijk geacht. Alleen al de vaststelling dat verschillende individuen verschillende invullingen kunnen geven aan dezelfde lichamelijke ervaringen, dat andere culturen een andere betekenis aan ziekte toekennen, bewijst hoe weinig vaststaand dergelijke psychologische interpretaties zijn. Wat ik als pijn ervaar, kan genotvol zijn voor iemand met een voorkeur voor masochisme. Wat in het Westen een ziekte van een individu is, heeft voor veel stammen in het Afrikaanse oerwoud te maken met een verstoring in de gemeenschap. Dergelijke verschillen passen niet in het medische plaatje. Bloeddruk, orgaansystemen, hersencellen zijn overal dezelfde en bepalen onze gezondheid, zowel mentaal als lichamelijk. De rest is inbeelding en verbeelding: leuk voor antropologen en psychologen, meer niet.

DE KRACHT VAN VERBEELDING

Groot is dan ook onze verrassing – en ons ongeloof! – wanneer we moeten vaststellen dat pure inbeeldingen gebaseerd op wat

iemand anders mij voorhoudt verregaande effecten kunnen hebben op mijn reële lichaam. De twee meest tot de verbeelding sprekende vormen hiervan zijn conversiesymptomen en placebo-medicijnen. In beide gevallen blijkt de geest in staat te zijn het lichaam ingrijpend aan te sturen.

Placebo is als gegeven ruim bekend: bij een placebobehandeling krijgt de patiënt ongeweten een nepmedicijn en beeldt zich in dat het werkt, wat vervolgens nog het geval blijkt te zijn ook. Conversie is grotendeels in de vergeethoek geraakt, zelfs bij artsen, terwijl het nochtans prominent aanwezig blijft in de standaard psychiatrische handboeken. Een psychologische problematiek – vaak een innerlijk conflict – wordt ‘opgelost’ door haar te ‘converteren’ in het lichaam, en dit zonder dat de patiënt in kwestie zich daarvan bewust is. Een jongvolwassen vrouw zit gevangen in de eis van haar ouders om thuis te blijven wonen en het verlangen van haar partner om bij hem in te trekken. ‘Plots’ kan ze niet meer lopen (astasie-abasie), waardoor ze nog nauwelijks het huis kan verlaten. Typisch voor conversie is dat een deel (bijvoorbeeld de ledematen) of een functie (bijvoorbeeld de zintuigen) van het lichaam niet langer functioneert, terwijl er medisch niets aan de hand is en geen enkele biologische verklaring voor de disfunctie gevonden kan worden. De verklaring luidt dat de patiënt het zich inbeeldt op een dusdanige manier dat het beeld werkelijkheid wordt.

Hoe verschillend ook – conversie is een stoornis, placebo heeft genezing tot doel –, beide delen dezelfde ongeloofwaardige oorzaak-gevolgketering. Intuïtief gaan artsen én patiënten ervan uit dat de oorzaak van een ziekte in het lichaam ligt, iets wat we wetenschappelijk zichtbaar en tastbaar kunnen maken. Drie op de vier patiënten met conversiesymptomen weigeren te geloven dat de oorzaak in psychologische factoren ligt. Dezelfde overtuiging geldt voor genezing: die is toch het resultaat van een medische ingreep of van een écht medicijn? Vandaar ons ongeloof als we moeten vaststellen dat deze oorzaak-gevolgketering bij conversie

en placebo omgekeerd verloopt. Een denkbeeld, een inbeelding, kan reële veranderingen teweegbrengen in het lichaam, zowel ziekmakende als genezende. Ook opvallend: conversiepatiënten die aannemen dat de oorzaak van hun conversie in psychologische factoren ligt, hebben een veel betere prognose dan zij die blijven volhouden dat de oorzaak puur medisch is.⁵

De verhouding tussen lichaam en geest komt daardoor in een ander daglicht te staan, een dat niet past in de hedendaagse harde wetenschappen waar inbeelding naar het rijk van de fantasie wordt verwezen. Geen wonder dat zowel conversie als placebo tot voor kort wetenschappelijk uiterst verdacht was en dat voor velen nog steeds is. Recent wetenschappelijk onderzoek weerlegt dergelijke verdachtmakingen en bevestigt wat medici vroeger al wisten, maar niet konden bewijzen, omdat de wetenschappelijk-technische mogelijkheden het nog niet toelieten.

INBEELDING (1): PLACEBO

Irving Kirsch is een onderzoeker van Harvard University die eind vorige eeuw naam maakte door het bedrog van de farmaceutische industrie inzake antidepressiva bloot te leggen: hun intrinsieke werkzaamheid is zeer gering, eigenlijk niet veel groter dan die van een placebopil, terwijl ze allemaal neveneffecten hebben, waarvan sommige ronduit gevaarlijk zijn.* Big Pharma wist dat, en hield die informatie achter. Kirsch kwam tot die vaststelling tijdens zijn ruimere studie over de werkzaamheid van placebo's.

* Deze informatie wordt vaak verkeerd begrepen als: 'Antidepressiva werken niet!', en vervolgens weerlegd met: 'Bij mij werken ze wél!' Wat uit het onderzoek van Kirsch blijkt is dat 1) antidepressiva inderdaad een effect kunnen hebben, maar 2) dat hun effect nauwelijks groter is dan dat van een placebo. De farmaceutische industrie hield deze informatie achter, samen met de vaststelling dat sommige neveneffecten ronduit gevaarlijk zijn (bijvoorbeeld een verhoogd suïciderisico bij adolescenten).

Zijn besluit was dat hypnose, suggestie en neppillen eenzelfde effect aantonen als antidepressiva, maar dan zonder de nare bijwerkingen: dat inbeelding en verwachtingen daadwerkelijke veranderingen veroorzaken.⁶ Tot op de dag van vandaag worden zijn resultaten betwist, en tot op de dag van vandaag wekken officiële instanties de schijn dat bijvoorbeeld de bijwerkingen van antidepressiva beperkter zijn dan wetenschappelijk bekend is.*

Ondertussen staat vast dat placebo's meetbare effecten veroorzaken in de lichamelijke toestand van de patiënt. De grond kan onmogelijk in het pilletje liggen, want dat bevat géén werkzame stoffen. De oorzaak moet elders liggen, in de verwachting die de neppil oproept, met als gevolg reële veranderingen. Wat hendaags onderzoek veel te weinig benadrukt, is dat die inbeelding tot stand komt *via iemand anders*. Hetzelfde geldt trouwens ook voor conversie. Vooraleer in te gaan op het hoe en waarom van de reële veranderingen en het belang van de ander daarbij, bespreek ik eerst een aantal voorbeelden.⁷

Het gebruik van placebo's doet in eerste instantie denken aan een pseudomedische behandeling waarbij patiënten ongeweten suikerpilletjes slikken in plaats van échte medicijnen. Dat placebo's ook werkzaam zijn bij gezonde mensen, is minder bekend. Twee voorbeelden uit de sportwereld. Wielrenners rijden een tijdrit en krijgen bij een tweede trial, op dezelfde dag, een placebo. In normale omstandigheden zal hun prestatie bij de tweede rit bedui-

* Op 1 maart 2018 richt J. Reed een brief in naam van negen professoren en psychiaters (onder wie de Nederlanders Jim van Os en Pieter Groot) aan het Royal College of Psychiatrists, waarin hij aanklaagt en aantoont dat de belangrijkste Britse beroepsvereniging voor psychiaters moedwillig foutieve informatie over de nevenwerkingen van antidepressiva verspreid heeft en de wetenschappelijke onderbouwde correcte informatie achterhoudt.

Zie http://cepuk.org/2018/03/01/royal-college-psychiatrists-challenged-burying-inconvenient-antidepressant-data/?utm_content=buffer31840&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer.

dend minder goed zijn. In dit geval zet meer dan de helft van de renners een scherpere tijd neer. Bergbeklimmers gebruiken in het hooggebergte zuurstofflessen, waardoor ze hun spieren beter kunnen gebruiken en minder pijn ervaren. Met dezelfde uitrusting (zuurstoffles, mondstuk), maar zonder actieve zuurstof (de flessen zijn gevuld met gewone lucht) zijn hun prestaties eveneens duidelijk hoger en is de pijn minder.⁸

Het positieve effect van placebo's bij mensen die ziek zijn, is reeds langer bekend. Dit effect is zo algemeen dat bij het testen van een nieuw medicijn er standaard een dubbele vergelijking gemaakt wordt. Een groep patiënten met dezelfde aandoening krijgt bestaande medicijnen, een andere groep het nieuwe product, en een derde groep een placebo. Op die manier kan men vaststellen of het nieuwe medicijn beter werkt dan bestaande, en of het significant betere effecten oplevert dan wat we kunnen verwachten van een placebo. Afhankelijk van de onderzochte aandoeningen kan het placebo-effect zeer groot of eerder gering zijn, maar het ontbreekt nooit. Factoren zoals het enthousiasme en de overtuiging van de behandelende arts spelen duidelijk een belangrijke rol; daarom mogen artsen die deelnemen aan het onderzoek niet weten welke patiënten welke medicatie krijgen (dit heet 'dubbelblind onderzoek').

Aandoeningen waar placebo's verrassend gunstige effecten op hebben, gaan van pijnklachten over prikkelbaredarmsyndroom tot de ziekte van Parkinson. Veel pijnen zijn medisch onverklaarbaar en hetzelfde geldt voor een aantal darmproblemen. De stap van wetenschappelijk onverklaarbaar naar verdacht is klein en als een placebo soelaas biedt, dan worden dergelijke klachten nog verdachter voor wie al twijfels had bij de echtheid van zulke problemen. Het is opvallend dat onderzoek naar placebo's bijna altijd plaatsvindt bij lichamelijk onverklaarbare aandoeningen, waardoor hun effect zelf ook verdacht wordt. Deze redenering – als nepmedicijnen werken bij een 'verdachte' ziekte, dan bevestigt

dit het verdachte karakter van de aandoening – gaat in ieder geval niet op voor de ziekte van Parkinson. Niemand betwijfelt de echtheid daarvan, en ook hier kunnen placebomedicijnen spectaculaire effecten hebben (het beven stopt, de patiënt kan nagenoeg normaal bewegen).⁹

Voor alle duidelijkheid: placebo's werken niet genezend, maar hebben bij deze en andere aandoeningen een gunstig effect op de symptomen. De stap van placebo naar kwakzalverij is klein, en suggestie heeft duidelijk haar limieten. Bij borstkankerpatiënten die gevraagd werd zich in te beelden dat hun tumor kleiner werd, bleken de resultaten positief, maar die konden bij een tweede onderzoek niet herhaald worden. De hoop dat 'positive thinking' en 'geloof in onszelf' ons van kanker kunnen genezen, is een illusie en bovendien nog een beschuldigende ook. Immers, wie niet geneest, is niet positief genoeg geweest.¹⁰

Het effect wordt nog een flink stuk raadselachtiger als we het hebben over nep-chirurgische ingrepen. Placebo beperkt zich inderdaad niet tot pillen. Een vaak toegepaste behandeling bij zwaar rugletsel is het inspuiten van een soort 'cement' op de plaats van het letsel. Bij een onderzoek dat tegelijkertijd plaatsgreep in de Verenigde Staten, Australië en het Verenigd Koninkrijk onderging de helft van de patiënten de standaardprocedure, de andere helft ook, met één uitzondering: bij hen werd er geen 'cement' ingespoten. Beide groepen patiënten boekten dezelfde vooruitgang.¹¹ Finse chirurgen verdeelden patiënten met een gescheurde meniscus in twee groepen. Eén groep onderging een klassieke operatie, waarbij de meniscus chirurgisch hersteld werd. Bij de andere groep werd de knie geopend, deden de chirurgen alsof ze het herstel uitvoerden (instrumenten werden doorgegeven, samen met aanwijzingen aan de verpleegkundige, de operatie duurde even lang, enzovoort). Ook hier genazen beide groepen even goed en even snel.¹²

Onbegrijpelijk, maar waar.