

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/24655>

Please be advised that this information was generated on 2020-12-02 and may be subject to change.

PIJN IN HET MORELE EN PUBLIEKE DEBAT

Rien Janssens

Henk ten Have

SAMENVATTING

In onze cultuur wordt pijn beschouwd als een medisch probleem dat vraagt om oplossingen vanuit de geneeskunde. Deze gemedicaliseerde benadering van pijn doet geen recht aan de multi-dimensionaliteit van pijn. Onze drang om pijn met behulp van de geneeskunde voorgoed uit ons bestaan te verbannen is haast contraproductief. Het lijkt tot een toename van pijn te leiden.

Pijn is een mysterie dat zich voortdurend onttrekt aan onze beheersingsdrang. Pijn kan gezien worden als een ervaring waarin een veelheid aan mogelijke betekenissen ligt. Dan hoeft pijn niet per definitie geëlimineerd te worden maar bevat ze veeleer mogelijkheden om te leren over onszelf en over ons bestaan in de wereld. Het 'totale pijnconcept' dat binnen de palliatieve zorg is ontwikkeld kan aanknopingspunten geven voor een meer betekenisgeoriënteerde houding ten aanzien van pijn.

INLEIDING

In onze westerse cultuur heeft pijn zijn plaats gekregen binnen een medisch denkkader, maar daarmee lijkt de geneeskunde overschat te worden. Het mysterieuze karakter van pijn lijkt zich steeds te onttrekken aan het medisch paradigma. Pijn is niet in te kapselen in de geneeskunde noch in andere bestaande bereiken van onze samenleving. Juist omdat pijn niet goed vatbaar is voor pogingen tot verstaan en beheersing, krijgt pijn een mysterieus karakter. Tegelijkertijd worden pijn en de pijnervaring daardoor fascinerend. Pijn daagt ons uit. De pijnervaring vraagt om een betekenisverlening van onze kant.

Rien Janssens (1969) is moraaltheoloog; hij doet onderzoek naar de ethische aspecten van palliatieve zorg.

Henk ten Have (1951) is hoogleraar medische ethiek. Beiden zijn verbonden aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Adres: Vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, KU Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen.

In deze bijdrage stellen wij enkele vragen bij de plaats die wij pijn hebben gegeven in onze cultuur. Eerst zullen we een kort historisch overzicht geven van pijn in het biomedisch en bioëthisch kader. We zullen laten zien dat pijn en onze moderne geneeskunde niet meer dan een verstandshuwelijk hebben gesloten waarbinnen beide partijen niet gelukkig zijn. Pijn past niet in een biomedisch kader. De medicalisering van pijn heeft geleid tot hybride verwachtingen ten aanzien van de geneeskunde. Deze verwachtingen hebben een averechts effect gehad. Hoe meer we pijn weg willen nemen, hoe meer pijn op ons toekomt op manieren die zich onttrekken aan het medisch paradigma. Pijn volgt eigen wetten, incompatibel met het medisch paradigma. Ten derde beargumenteren we dat onze geneeskunde in een tragische positie verkeert. Ons vertrouwen in medische oplossingen voor multi-dimensionele problemen is een zware overschatting van de geneeskunde. Het is dus oorspronkelijk niet zozeer de geneeskunde die zich schuldig zou maken aan een reductie van multi-dimensionele problemen maar onze gemedicaliseerde cultuur die medische oplossingen verwacht voor multi-dimensionele problemen. Ten vierde stellen we dat, willen we enigszins recht doen aan de multi-dimensionaliteit van pijn, we op zoek moeten gaan naar minder expliciet medisch georiënteerde vormen van pijn. Deze pijnvormen zijn weggedrukt geraakt door de dominantie van het medische perspectief. Bij nader inzien blijkt echter dat aan pijn een betekenis verleend kan worden die niet vraagt om bestrijding door de geneeskunde. Wanneer we luisteren naar de verhalen van chronische patiënten en naar de betekenis die pijn krijgt binnen hun levenswereld wordt het vermoeden gestaafd dat pijn niet enkel onder het opzicht van bestrijding hoeft te verschijnen. Door naar deze andere pijnervaringen op zoek te gaan kunnen we een handreiking vinden voor een ander, breder pijnconcept dan het strikt medische. Binnen een dergelijk concept krijgt pijn een betekenis die meer recht doet aan haar multi-dimensionele karakter. Hierbij is het totale pijncon-

cept dat binnen de palliatieve zorg gehanteerd wordt van belang. Binnen palliatieve zorg verschijnen de medische aspecten van pijn naast en gelijkwaardig met psycho-sociale en spirituele aspecten. Concluderend zullen we pleiten voor een minder hybride, meer post-moderne wijze van omgaan met pijn.

PIJN IN HET BIOMEDISCHE BEREIK: EEN OVERZICHT

Het dualistische biomedische model, waarvan de wortels traceerbaar zijn in de Verlichting, heeft lange tijd een comfortabel kader voor pijn verschaft. De bekende afbeelding bij Descartes van de knaap met zijn voet bij het vuur illustreert het moderne pijnconcept. In deze theorie is pijn een aanwijsbaar lichamelijk mechanisme. De zenuwen op de plaats van de verwonding brengen signalen over naar de hersenen. In de hersenen ontstaat de pijnsensatie die op haar beurt leidt tot een adequate reactie (bijvoorbeeld het terugtrekken van de voet bij het vuur). Binnen dit organische model blijkt pijn een sensatie te zijn die direct veroorzaakt wordt door externe stimuli. De plaats van de verwonding is aanwijsbaar en aldus kan de pijnsensatie niet gedacht worden zonder een pijnlijke lichamelijke plek. Pijn verschijnt binnen dit model als een symptoom van een lichamelijke kwetsuur. Pijn is aanwijsbaar, haast de vorm aannemend van een entiteit.

Het dualisme dat onder deze theorie ligt kent een lange traditie in de geneeskunde. Binnen dit causalistisch model worden concepten van ziekte, gezondheid en pijn gedefinieerd in termen van lichamelijk (dis)functioneren. Aldus omschreven, kwam pijn een geriefelijke, onproblematische plaats toe binnen het biomedische model. Omgaan met pijn hoorde thuis binnen de geneeskunde.

Tegen het einde van de jaren zestig publiceerde de Nederlandse zenuwarts J.H. van den Berg zijn boekje 'Medische macht en medische ethiek'¹. Deze publikatie kan gezien worden als een aanklacht tegen het biomedische model. Van den Berg stelt dat de toepassing van de medische technologie, die de jaren daarvoor een enorme vlucht had genomen, heeft geleid tot praktijken die het welzijn van de patiënt direct schade toebrachten. De ontwikkeling van de technologie en de daaropvolgende toename van de macht van de arts over de patiënt leidde tot het inzicht dat de patiënt meer bij de medische besluitvorming betrokken moest worden. Het prin-

cipe van autonomie kreeg vanaf die tijd een centrale plaats in de medische ethiek. In plaats van de arts zou het van nu af aan de patiënt moeten zijn die zou moeten besluiten wat er met hem al dan niet zou gebeuren. De publikatie van Van den Berg markeerde het begin van de ethiek van de autonomie². In het volgende decennium echter werden vragen rondom het zelfverstaan van de geneeskunde en de toename van de medische technologie niet vaak meer gesteld. De ethiek van de autonomie en de toename van de technologische imperatief gingen hand in hand. Het biomedische model overleefde ondanks de kritiek van Van den Berg. Wellicht kan zelfs gesteld worden dat het biomedische model versterkt werd precies omdat het model adequaat werd geacht zolang de autonomie van de patiënt maar gerespecteerd werd.

Het is opmerkelijk dat in die tijd aan pijn haast geen aandacht werd gegeven in de gezaghebbende medische en medisch-ethische tijdschriften. De geneeskunde hield zich voornamelijk bezig met diagnostiek en curatie en de ethiek was druk doende de autonomie van de patiënt te garanderen en zeker te stellen. Dit gebrek aan aandacht voor pijn hangt samen met een gelijksoortig gebrek aan aandacht voor het menselijk lichaam in de ethische literatuur. De beschouwing van het menselijk lichaam als een materiële realiteit was een uiterst vruchtbaar paradigma voor de moderne geneeskunde. Binnen de moderne geneeskunde is de mens 'genaturaliseerd'; hij is een deel van de natuur geworden in plaats van een individueel subject. Het heeft er overigens alle schijn van dat ook binnen de moderne bioëthiek dit beeld nog immer present is: doordat het morele respect voor autonomie zozeer benadrukt wordt gaat de bioëthiek er van uit dat het subject zeggenschap heeft over zijn eigen lichaam. De relatie tussen subject en lichaam is een relatie van eigenaar en eigendom. Wij, als autonome personen, hebben een lichaam, maar dat we onder bepaalde opzichten eveneens lichaam zijn, kan binnen deze ethiek geen recht gedaan worden. Het menselijke lichaam is binnen deze ethiek niet van belang. Ethische kwesties doemen op wanneer het gaat over interventies in en manipulaties van het lichaam, maar het lichaam zelf blijft buiten het bereik van deze ethiek. Het autonome subject is eigenaar van zijn lichaam en hij of zij is de enige die het recht heeft medische behandelingen aan of in het lichaam toe te laten.

In 1981 werd een opmerkelijk artikel gepubliceerd met de veelzeggende titel: 'Pijnbestrijding bij kanker: een stiefkind van de geneeskunde?'³. Het wilde een pleidooi zijn voor meer educatie op het gebied van pijnbehandeling binnen medische faculteiten en voor een betere integratie van pijnspecialisten in oncologische afdelingen en in de ziekenhuizen in het algemeen. Verder pleitte de auteur voor de ontwikkeling van hospices als intermediaire instituties tussen het huis van de patiënt en de ziekenhuizen. Eveneens zouden hospices de pijnbehandeling bij kanker kunnen verbeteren door aandacht te vestigen op de hele persoon van de patiënt.

Minder dan twee jaren later stelde de medisch-ethicus Paul Sporken dat door de toename van de medische technologie het aantal chronische patiënten toegenomen was⁴. Deze chronische patiënten lieten de urgentie zien van een aanpassing van de geneeskunde. Meer nog dan andere patiënten lieten zij zien hoe schadelijk de drang naar genezing met behulp van invasieve medische technologie kan zijn voor de patiënt. Aldus werd het biomedische model waarbinnen niet veel aandacht bestond voor de psycho-sociale en spirituele behoeften van de patiënt opnieuw radicaal bevraagd. In plaats daarvan zou de erkenning van de grenzen van de geneeskunde evenals de acceptatie van de menselijke kwetsbaarheid en sterfelijkheid de nieuwe uitdaging van de geneeskunde dienen te worden. De kritiek op het biomedische model, met zijn drang naar genezing, maakte de deuren open voor een breder perspectief op pijnbehandeling.

Recentelijk hebben verschillende publikaties pijn beschreven als een ervaring⁵. Om te begrijpen wat een ervaring is kunnen we teruggrijpen op Gadamer's onderscheid tussen 'ervaring' ('Erfahrung') en 'beleving' ('Erlebnis')⁶. Een beleving komt niet voort uit een relatie met de wereld maar heeft zijn plek in het bewustzijn zelf. Het is zelf-gerelateerd. Ervaring aan de andere kant is gerelateerd aan iets of iemand dat van buitenaf op ons toekomt. Ze vindt haar oorsprong in een relatie met iets of iemand waarbinnen diens integriteit of identiteit erkend wordt. Dit 'iets' of 'iemand' komt op ons toe in de vorm van een vraag waarop wij uitgenodigd worden te antwoorden en aldus betekenis te verlenen aan datgene wat op ons toekomt. Ervaring heeft een vraag-antwoord-logica in zich, het bevat de vorm van een gesprek. Openheid wordt in dit gesprek van ons

gevraagd om datgene te erkennen in zijn integriteit, om daadwerkelijk recht te doen aan de betekenis die zich aandient. Immers, een gesprek kan niet plaatsvinden als we niet bereid zijn om te luisteren.

Ervaring wordt altijd bemiddeld door traditie en door traditie wordt ons voorverstaan gevormd waarmee wij het andere tegemoet treden. Voorverstaan maakt het überhaupt voor ons mogelijk te ervaren. Door ervaring, met andere woorden door ons te laten aanspreken door betekenissen die op ons toekomen, leren wij over onszelf. Ons voorverstaan wordt op de proef gesteld en ons zelfverstaan wordt gevormd. Verbreding en sensibilisering van zelfverstaan kan gezien worden als het ultieme doel van filosofie en theologie.

Aldus is het veelzeggend pijn te verstaan als een ervaring. Het impliceert dat pijn een individueel aspect heeft (immers, ervaring vindt plaats in het individu met zijn eigen voorverstaan) en tegelijkertijd bemiddeld wordt door onze traditie die er al was voor wij werden geboren. Pijn is een cultureel fenomeen maar tegelijkertijd werpt het ons radicaal terug op onszelf. Pijn is tijd- en plaatsgebonden en tegelijkertijd irreduceerbaar individueel gebonden. Pijn is tegelijkertijd binnen en buiten onszelf. Wij worden erdoor uitgenodigd tot interpretatieve betekenisverlening. De ogenschijnlijke vanzelfsprekendheid van ons dagelijks bestaan wordt radicaal op de helling gezet door de pijnervaring. Pijn daagt ons uit en haalt ons weg uit de ogenschijnlijke vanzelfsprekendheid van ons bestaan. Pijn vraagt om betekenis en door aan pijn betekenis te verlenen geven we in zekere zin betekenis aan onszelf als mensen die geworpen zijn in het bestaan. De pijnervaring wordt gekenmerkt door basale karakteristieken die ze gemeen heeft met al onze ervaringen. Toch is de pijnervaring een van de meest mysterieuze van allemaal. Misschien zit het mysterie van pijn in de radicaliteit waarmee ze binnendringt in ons bestaan en waarmee ze onze persoonlijkheid, tenminste tijdelijk, radicaal verandert. Het mysterieuze karakter van pijn verklaart waarom pijn niet door het biomedisch kader ingekapseld kan worden.

DE MEDICALISERING VAN PIJN

In de westerse cultuur is pijn sinds lang gedomineerd door het biomedische model. Binnen dit model zijn sommige aspecten van pijn benadrukt terwijl andere onderbelicht zijn gebleven. Met name de somatische aspecten van pijn hebben de aandacht gekregen

terwijl de psycho-sociale en existentiële dimensies zijn veronachtzaamd.

Echter, hoe meer de idee postvatte dat pijn gezien diende te worden als multi-dimensioneel, hoe meer de samenleving van de geneeskunde ging verwachten. Pijnklinieken werden opgezet met multi-disciplinaire teams met psychologen en sociaal werkers. Doordat het dualisme tussen lichaam en geest werd bekritiseerd kwamen niet alleen de somatische aspecten van pijn in de handen van de geneeskunde, het hele pijnprobleem werd de geneeskunde toegeschoven. Dit proces waarbinnen meer en meer aspecten van het menselijk bestaan toevertrouwd worden aan de geneeskunde en verklaard worden in een medisch vocabulaire is 'medicalisering' genoemd. Pijn verschijnt in onze cultuur als een gemedicaliseerd probleem.

Medicalisering van de pijnervaring heeft verschillende gevolgen. Het eerste gevolg betreft de onderbelichting van pijn als een persoonlijke en historische ervaring. Zoals gezegd, de multi-dimensionele betekenis van pijn wordt binnen het biomedische model niet van betekenis geacht.

Het tweede gevolg, gerelateerd aan het eerste, is dat pijn per definitie vraagt om medische behandeling. De ervaring van pijn zelf wordt niet langer in ogenschouw genomen. Pijn moet bestreden worden. Het is immers een belemmering voor een betekenisvol leven. De veronderstelling achter deze attitude ten aanzien van pijn is het ideaal van een leven dat vrij van pijn is. Pijn als betekenisvolle ervaring, die in zich mogelijkheden bevat voor menselijke ontwikkeling wordt niet erkend.

Ten derde lijkt de geneeskunde, ondanks alle beschikbare technologieën, niet in staat te zijn om de pijn die geleden wordt te verminderen. Pijn vlucht weg uit het medische domein, door middel van eigen wetten die niet beantwoorden aan het medische paradigma. Het is in dit verband opmerkelijk dat het karakter van pijn door het biomedische kader veranderd wordt. Tachtig procent van alle Nederlanders krijgen eens in hun leven lage rugklachten. Morris beschrijft dat één op de tien Amerikanen lijdt aan het chronisch benigne pijnsyndroom.⁷ Chronische pijn verzet zich, schijnbaar als geen andere pijnvorm, tegen de beheersingsdrang van het medische domein. Mensen lijden er aan, ogenschijnlijk zonder doel, zonder enige aanwijsbare fysiologische pathologie. Het chronisch benigne pijnsyndroom daagt ons geloof in de capaciteit van de geneeskunde uit.

Ten slotte lijkt de geneeskunde zelf verantwoordelijkheid te dragen voor de toename van chronische pijnklachten. De vooruitgang in de medische behandeling van pijn heeft geleid tot de paradox dat de pijnlijkheid van de pijn is toegenomen.⁸ Door de vooruitgang in pijnbehandeling heeft de houding van de samenleving ten aanzien van pijn zich veranderd. Pijn kan niet langer getolereerd worden. Pijn verschijnt als zinloos. De drang om pijn volledig uit ons bestaan te verbannen is echter overmoed. Het leidt tot een toename van pijn. Pijn verzet zich tegen onze drang tot beheersing van onszelf.

Concluderend kan gesteld worden dat de medicalisering van pijn verklaard kan worden uit een hybride streven naar een pijnvrij leven. Deze overmoed werkt contraproductief. Hoe meer we pijn willen bestrijden door middel van medische behandeling hoe meer pijn zich aan deze drang onttrekt en op ons afkomt op manieren die incompatibel zijn met het medisch paradigma.

PIJN IN EEN GEMEDICALISEERDE CULTUUR

De verwachtingen van onze cultuur brengen de geneeskunde in een tragische positie. Ze moet omgaan met problemen die vóór de Verlichting niet binnen het biomedische kader vielen. Anders gezegd, door de medicalisering van de cultuur zijn problemen van karakter veranderd. Problemen die traditioneel in termen van psychologie, sociologie of religie werden geformuleerd, worden nu meer en meer in termen van de geneeskunde geduid. De medicalisering heeft onvermijdelijk tot een reductionisme geleid waarbinnen de multi-dimensionaliteit van problemen niet werd erkend. Dus is niet zozeer een kritiek op de geneeskunde geboden alswel een kritiek op onze cultuur en onze moderne manier van denken. Het pijnprobleem dient geplaatst te worden in het bredere perspectief van ons contextueel zelfverstaan. Het is uiteindelijk onze cultuur die het pijnconcept zoals wij het kennen heeft geconstrueerd.

Vóór de Verlichting had pijn zijn thuis in een overkoepelend socio-religieus kader waarbinnen ook perspectieven op leven en dood hun plaats hadden. Dit overkoepelende kader verleende betekenis aan het lijden. Pijn kon bijvoorbeeld gezien worden in relatie tot het lijden van Jezus dat leidde tot zuivering. Of aan pijn werd de betekenis gegeven van 'satisfactio', genoegdoening voor begane zonden en in dit opzicht eveneens zuiverend. Ziekte en dood

betekenden hoop op een leven na de dood. Pijn hoorde meer bij het gemeenschapsleven, en had zijn plaats binnen culturele zinsverbanden.

Aan het begin van de Verlichting veranderde het zelfverstaan van het subject drastisch. Het subject werd een ik-zegger, een zichzelf bezittend zelf, zelfgenoegzaam, zelf zijn eigen waarden en normen creërend. Moraaltheoloog Wils wijst op drie veranderingen die plaats hebben gehad sinds de Verlichting.⁹ Ten eerste is er de individualisering van perspectieven op leven en dood. Ten tweede, gerelateerd aan de individualisering, kan een nadruk op intellectualisme worden onderscheiden die een fundamentele onzekerheid impliceerde. Ten derde, voortkomend uit de eerste en tweede veranderingen, is er een verandering in psychologische attitude: een permanente defensiviteit en een drang naar correctie en verbetering. Ziekte en dood verloren hun communicativiteit. De moderne houding ten aanzien van pijn, ziekte en dood kon aan deze verschijnselen geen betekenis meer verlenen. Ziekte en dood moesten bevochten worden met behulp van de nieuwe medische technologieën. Pijn verschijnt hier als niet meer dan het symptoom van ziekte en van het stervensproces en als zodanig dient hij bestreden te worden.

EEN VERBORGEN PIJNCONCEPT

Naast deze dominante conceptie van pijn is er een andere, meer verborgen houding ten aanzien van pijn waarneembaar in onze cultuur. In deze conceptie bevat pijn een bepaalde aantrekkelijkheid, een appèl. Mensen kunnen aangetrokken worden door pijn. Morris analyseert in onze cultuur min of meer verborgen overblijfselen waarbinnen pijn buiten het biomedische model verschijnt: sado-masochisme, formele en informele initiatieriten, baringspijnen, vechtsporten. Hij is op zoek naar stemmen in onze samenleving die niet gehoord worden om zo een alternatief perspectief op pijn te geven. Overeenstemmend met Oates analyseert hij bijvoorbeeld de bokssport.¹⁰ Hij stelt dat boksen een laatste verborgen overblijfsel is van de tragedie. De bokser wordt, in het gezicht van zijn tegenstander, geconfronteerd met zijn eigen schaduw: breekbaar, zwak en kwetsbaar. De bokser wordt geconfronteerd met geweld en, indirect, met zijn eigen dood. Pijn in de bokssport verschijnt als een medium voor een nadering tot onze eigen dood en voor het construeren van een tragisch-heroïsch verlies. De bokssport laat ons ver-

borgen kanten zien van ons alledaagse leven waarin pijn en dood vermeden en bestreden worden. Wat de bokssport in extreme mate heeft kan evenwel ook gezegd worden van veel andere sporten. Wie ziet hoe sommigen er aan het eind van een bepaalde wedstrijd aan toe zijn zal dat begrijpen. Binnen de topsport wordt afgezien. Pijn wordt niet als negativum gezien maar veeleer verkrijgt het in de topsport een aantrekkelijkheid.

Zo zijn er in onze moderne samenleving overblijfselen te traceren waarin pijn niet enkel onder het opzicht van bestrijding verschijnt. De dominantie van het biomedisch model echter heeft deze maatschappelijke gebieden onzichtbaar gemaakt. Enkel door middel van scherpe observatie onthullen die gebieden zich.

Eerder hebben we de ervaring van pijn gerelateerd aan zelfverstaan. De pijnervaring heeft de capaciteit ons zelfverstaan te vergroten. Maar deze ervaring is plaats- en tijdgebonden. Als we betekenis aan pijn geven is dat altijd een cultureel geconditioneerde betekenis. Onze moderne cultuur bevat mogelijkheden om pijn als betekenisvol te ervaren. Om pijn als betekenisvol te ervaren en recht te doen aan het multi-dimensionele karakter van pijn is het van belang opnieuw te kijken naar de verborgen gebieden in onze cultuur waarbinnen pijn een andere betekenis heeft dan de strikt medische. Dit wil niet zeggen dat wij boksen of sado-masochisme willen propageren. Onderzoek naar de verborgen gebieden in onze samenleving kan ons helpen bij het formuleren van een kritiek op het gemedicaliseerde pijnconcept en het kan ons helpen bij het zoeken naar alternatieve wijzen van omgaan met pijn. Onthulling van deze gebieden in onze samenleving en eveneens in onze geschiedenis kan aanwijzingen geven voor een hernieuwd zelfverstaan. Ook kan zich op deze wijze een ander perspectief op ons huidige omgaan met pijn uitkristalliseren. Of we nu door die verborgen gebieden aangesproken worden of niet, een moment van kritische zelfreflectie kan hen niet ontzegd worden.

Een andere bron voor een hernieuwd pijnconcept moet in dit opzicht genoemd worden. Als we luisteren naar de verhalen van chronische pijnpatiënten valt eveneens een nieuwe, niet-dualistische visie op pijn te bemerken. De meeste chronische pijnpatiënten objectiveren hun pijn als iets buiten henzelf, geïllustreerd in de zin: 'Het doet pijn'. Maar sommige pa-

tiënten, na een vaak lange periode waarin zij hun pijn hebben geobjectiveerd, gaan hun pijn uiteindelijk zien als deel uitmakend van henzelf. Pijn wordt verweven met hun identiteit.¹¹ In en door hun verhalen, vaak in levendige beelden, verlenen ze, bewust of onbewust, betekenis aan hun pijn. In die verhalen vormen ze hun zelfverstaan. Verhalen bemiddelen hun relatie met de wereld. Betekenisvolle ervaringen kunnen niet zonder verhalen. Sterker nog, verhalen zijn de mogelijkheidsvoorwaarde voor betekenisvolle ervaring.¹² Jackson citeert een patiënt: 'I believe the snake is me ... My God, I can talk to it ... I was afraid of it ... But the pain is me'.¹³ Door deze verhalen serieus te nemen komen we indicaties op het spoor die wijzen op een behoefte aan een meer betekenis-georiënteerde, in plaats van biomedisch georiënteerde, wijze van omgaan met pijn.

Echter, zoals gezegd, pijn is een ervaring die te diffuus is, te veelzijdig om in een bepaald cultureel kader in te kapselen. Het post-moderne tijdperk kan mogelijkheden voor pijn verschaffen om velerlei doelen en velerlei betekenissen te onthullen boven de biomedische verklaring van pijn. Het biomedische model zal een van de vele verklaringsmodellen blijven en ongetwijfeld bevat ook het biomedische model een waarheidsmoment. Maar naast dit biomedische model kunnen aan pijn existentiële, religieuze, sociale, psychologische, literaire en poëtische betekenissen gegeven worden. Geen van die betekenissen zal pijn alleen kunnen domineren maar allen tezamen kunnen zij een breder en rijker licht werpen op de vele mogelijke betekenissen van pijn.

TOTALE PIJN

Mede naar aanleiding van onderzoeken naar het aantal euthanasiegevallen in Nederland heeft recentelijk de gedachte postgevat dat de palliatieve zorg (de totale zorg voor stervenden) in Nederland verder ontwikkeld dient te worden. Binnen palliatieve zorg wordt pijn multi-dimensioneel geïnterpreteerd. Pijn heeft vaak een sociale, psychologische of existentiële oorzaak waarop een medisch ingrijpen inadequaar zou zijn. Palliatieve zorg relateert het dominante gemedicaliseerde pijnconcept en plaatst pijn in een breder perspectief.¹⁴ Binnen de palliatieve zorg wordt meer recht gedaan aan de multi-dimensionaliteit van pijn. Naast het belang van analgetica staat de vaak veel dringender behoefte aan psycho-sociale en spirituele aandacht. Primair

vraagt deze aandacht niet om professionele psychologen en sociaal werkenden. Veel belangrijker is de algemeen menselijke bereidheid tot luisteren, openheid en oprechtheid aan de kant van het hele verzorgende team. Op deze wijze wordt aan stervenden de mogelijkheid gegeven hun verhalen te vertellen waarmee zij betekenis verlenen aan hun ziekte en hun lijden. Ook bestaat aandacht voor andere vormen van zorg die een zinvolle betekenisverlening aan het stervensproces mogelijk maken zoals muziektherapie en kunsttherapie. Het pijnconcept binnen de palliatieve zorg kan gezien worden als een belangrijke stap binnen de geneeskunde in de richting van een multi-dimensioneel pijnconcept waarbinnen het medische bereik gelijk staat naast andere mogelijke bereiken.

De vraag wordt echter wel gesteld of het totale pijnconcept wel ver genoeg gaat. Lanceley zegt: 'the division of pain into components and categories of physical, social, mental or emotional pain, as if each were on a different plane of experience, is stark evidence of the intractability of Cartesian thinking amongst even the most sophisticated of clinicians'.¹⁵ Misschien verschijnt pijn ook in de palliatieve zorg nog te veel als een obstakel voor een zinvol sterven dat per definitie geëlimineerd dient te worden, door middel van medisch ingrijpen dan wel door middel van andere vormen van hulpverlening. In de literatuur over palliatieve zorg wordt weinig aandacht gegeven aan de betekenis die pijn kan hebben voor stervenden. Palliatieve zorg daagt het strikte biomedische model uit door pijn in een breder perspectief te plaatsen maar op een heel basaal nivo houdt het biomedisch model nog immer stand. Misschien staat het totale pijnconcept binnen de palliatieve zorg tussen het traditionele strikt biomedische model en een recentelijk opdoemende, nog vage, post-moderne, betekenis-georiënteerde manier van omgaan met pijn. Het zou beargumenteerd kunnen worden dat het totale pijnconcept de basis heeft verschaft voor een radicalisering ervan. Dit geradicaliseerde, meer betekenis-georiënteerde pijnconcept zal in de toekomst wellicht een plaats kunnen verwerven binnen de palliatieve zorg. Het zal stervenden de mogelijkheid geven om hun zelfverstaan te blijven verbreden en sensibiliseren en betekenis te blijven verlenen aan hun leven, inclusief hun pijn.

CONCLUSIE

Pijn verschijnt in onze cultuur als een negativum dat bestreden moet worden door middel van medische behandeling. De laatste decennia zijn een aantal modificaties met betrekking tot ons omgaan met pijn ontwikkeld. Pijn wordt steeds meer gezien als een breed concept waarbinnen fysieke, psychosociale en existentiële aspecten hun plaats hebben naast medische aspecten. Meer en meer wordt aan de idee vormgegeven dat pijn een ervaring is die vraagt om interpretatieve betekenisverlening.

Binnen deze idee hoeft pijn niet immer per definitie bestreden te worden. Het ideaal van een pijnvrij leven moet afgedaan worden als hybris. Pijn kan ons leren over onszelf en over ons bestaan in de wereld. Aandacht voor onderbelichte mogelijkheden die de ervaring van pijn met zich mee kan brengen zou in de toekomst niet enkel kunnen leiden tot een ander concept van pijn, maar eveneens tot een andere ervaring van pijn. De pijnervaring zelf zou in de toekomst kunnen veranderen, hetgeen onvermijdelijk zal leiden tot een ander verstaan van onszelf. Wijzelf zullen ons op andere wijzen relateren aan betekenisvolle ervaringen zoals pijn.

Echter, het mysterie 'pijn' zal nooit worden ontrafeld. Zo lang als we leven zal pijn inkapseling in vaste kaders weerstaan, volgens voor ons ontoegankelijke eigen wetten.

NOTEN

1. J. Van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk 1969.
2. H. Zwart, *Weg met de ethiek? Filosofische beschouwingen over geneeskunde en ethiek*. Amsterdam 1995.
3. B. Crul, 'Pijnbestrijding bij kanker: een stiefkind van de geneeskunde?' In: *Medisch Contact*, 5 (1981): 127-129.
4. P. Sporken, *Begeleiding en ethiek: verantwoordelijkheid en solidariteit van de hulpverlener*. Baarn 1983.
5. Zie onder meer: D. Morris, *The culture of pain*. Berkeley/Los Angeles 1991.
6. H. Gadamer, *Wahrheit und Methode*. Tübingen 1978.
7. D. Morris, o.c.
8. D. de Moulin, 'A historical-phenomenological study of bodily pain in western man'. In: *Bulletin of the history of medicine*. 48 (1974): 540-570.
9. J. Wils, 'Pijn en identiteit. Een fenomenologische verkenning'. In: I. Uerz (red.), *Pijn*. Nijmegen 1996: 81-99.
10. Oates J., *On boxing*. New York 1987.
11. A. Lanceley, 'Wider issues in pain management'. In: *European Journal of Cancer Care*. 4 (1995): 153-157.
12. P. Ricoeur, 'Life in quest of narrative'. In: D. Wood (red.), *On Paul Ricoeur: Narratives and interpretation*. New York (1991).
13. J. Jackson, 'Chronic Pain and the tension between the body as subject and object'. In: T. Csordas (red.), *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge 1994: 201-228.
14. M.J.P.A. Janssens, 'Palliatieve zorg in Nederland. Concept in context'. In: *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*. 7. (1997): 3-6.
15. A. Lanceley, o.c., 154.