

# Het diverse beeld van het begrip 'presentie' in de geestelijke verzorging

*Een vergelijkende oriëntatie op het begrip 'presentie' en de betekenis  
en waarde van de 'belichaamde' zorg in het algemeen en de  
geestelijke verzorging in het bijzonder*



## **Scriptie aangeboden aan:**

Rijksuniversiteit Groningen  
Faculteit godgeleerdheid en godsdienstwetenschap  
Oude Boteringestraat 38  
9712 Groningen

## **Als afronding van:**

Master Geestelijke Verzorging

Eerste begeleider: Dr. A. Visser-Nieraeth  
Tweede begeleider: Dr. D. Vanden Auweele

## **Door:**

Danny de Bruin  
S 2255294  
Augustus 2020

# Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting	5
Inleidend	6
<b>Hoofdstuk 1 Kaders binnen de zorg</b>	<b>9</b>
1.1 Inleiding	9
1.2 Normatieve zorgkader	9
1.3 Narratieve of relationele zorgkader	11
1.4 Positie geestelijke verzorging	12
1.5 Samenvatting	15
<b>Hoofdstuk 2 Een verkenning van de positie van het lichaam</b>	<b>16</b>
2.1 Inleiding	16
2.2 Dualisme: scheiding van lichaam en geest	18
2.3 Het lichaam terug in beeld	18
2.4 Het lichaam als kennend lichaam	20
2.4.1 Filosofische benadering	20
2.4.2 Medisch-wetenschappelijke benadering	21
2.4.3 Psychologische benadering: Embodied cognition	22
2.5 Het lichaam als levend lichaam	25
2.5.1 Vitaliteit	25
2.5.2 Behoefte en verlangen	27
2.6 Samenvatting	29
<b>Hoofdstuk 3 Presentie</b>	<b>30</b>
3.1 Inleiding	30
3.2 Presentietheorie van Baart	30
3.3 Presentie volgens Postma	31
3.4 Beide theorieën vergeleken	33
3.5 Presentie bevraagd	35
3.6 Samenvatting	39
<b>Hoofdstuk 4 Belichaamde zorg: aanraking</b>	<b>40</b>
4.1 Inleiding	40
4.2 Aanraking als therapeutische behandeling	40
4.3 Aanraking als intrinsieke waarde	41
4.4 Aanraking bevraagd	43
4.5 Samenvatting	46

<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Ethiek in de zorg</b>	48
5.1	Inleiding	48
5.2	Ethiek als algemene modaliteit	48
5.3	Zorgethiek: morele waarden en normen binnen de zorg	51
5.3.1	Zorgethiek: liberale waarden en normen binnen de huidige zorg	51
5.3.2	Zorgethiek: morele waarden en normen binnen 'menslievende' zorg	53
5.4	Ethiek binnen de geestelijke verzorging	56
5.5	Samenvatting	57
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Conclusies</b>	58
6.1	Inleiding	58
6.2	Belichaamde presentie in de reguliere zorg	58
6.3	Belichaamde presentie in de geestelijke verzorging	61
6.4	Samenvattende conclusies	62
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Kanttekeningen en aanbevelingen</b>	64
7.1	Kanttekeningen	64
7.2	Slotbeschouwing	64
7.3	Aanbevelingen	66
<b>Literatuurlijst</b>		67

## Voorwoord

De aanleiding voor deze scriptie komt uit twee invalshoeken: lijden en genieten. Genieten kan ik van het feit dat zo veel mensen zich ontfermden over mijn ernstig zieke zus. Dat zij dankzij liefde, toewijding en hoogstaande medisch-technische wetenschap haar leven terugkreeg, vind ik geweldig. Genieten kan ik ook van het menselijk contact in mijn dagelijkse werk als Straathoekwerker in Leeuwarden.

Tegelijk is er verwondering, vertwijfeling en pijn over het onbegrip van het medische en existentiële traject voorafgaand aan de ziekte van mijn geliefde zus. Hierin zit het lijden. Ook lijd ik als het ware onder de stigmatisering van opdrachtgevers en andere 'zorgprofessionals' over de manier waarop wij de mensen benaderen aan wie wij zorg verlenen. De vertwijfeling en het onbegrip over de zorg die wij bieden vanuit Straathoekwerk Leeuwarden<sup>1</sup> was naast de ziekte van mijn geliefde zus aanleiding van het onderwerp van deze scriptie.

Maar gelukkig er is ook sprake van genieten binnen Straathoekwerk Leeuwarden. Het samen genieten met de mensen die aan onze existentiële zorg zijn toevertrouwd. Hoewel hier inhoudelijk wel eens wat discussie over wordt gevoerd, lopen wij nog steeds samen met onze cliënten een stukje verder op het pad des leven. Soms lijkt het hierbij of ik mij in twee werelden van zorg begeef die elkaar niet begrijpen en elkaar zelfs tegenspreken. Deze twee zorgkaders of werelden van zorg - het normatieve zorgkader en het narratieve of relationele zorgkader - kunnen worden verbonden met verschillende manieren van 'present zijn'. Hier gaat deze scriptie over.

Het was niet louter een plezier om deze scriptie te schrijven. Maar naarmate hij meer gestalte kreeg, ontdekte ik nieuwe lagen en inspiratie in mijn medemens, geliefden, familie en mijzelf.

Mijn dank gaat allereerst uit naar Anja Visser. Woorden kunnen dit gevoel in mijn beleving niet altijd goed omschrijven, maar ik doe toch een poging. Anja, dank voor je vertrouwen, geduld en openheid, je kritische meedenken en je inzichten. Je hebt mij geïnspireerd om door te gaan en mijzelf te belonen door mijn jarenlange studie, vertwijfeling, zoektocht, vreugde en verdriet af te ronden in de vorm van deze scriptie. Dank je wel Gosse voor het wijzen van mijn weg naar de vrijheid. Ook bedank ik Alexander die mij van adviezen heeft voorzien bij het schrijven van deze scriptie. En tot slot Karin. Dank je wel dat je er nog bent. Andere woorden passen niet bij de ontroering die altijd weer voel wanneer ik je zie.

---

<sup>1</sup> Straathoekwerk Leeuwarden is een kleinschalig zorgbedrijf opgericht in 2013. Zie: <https://www.straathoekwerkleeuwarden.nl/> [ 21-10-2019 00.04 uur]

## Samenvatting

De opzet van deze scriptie is om door middel van literatuuronderzoek te kunnen vaststellen of belichaamde zorg een toegevoegde waarde bezit en een plek kan krijgen in de gezondheidszorg en de geestelijke verzorging.

Ik ben begonnen met een inkadering van de zorg. Hierna heb ik de positie van het lichaam onderzocht vanuit een historisch, filosofisch, medisch-wetenschappelijk en psychologisch perspectief. Vervolgens is gekeken naar presentie. De door Andries Baart ontwikkelde presentietheorie is verkend en vergeleken met de filosofische theorie van Gosse Postma. In het verlengde hiervan is de belichaamde zorg behandeld, waarbij de waarde en betekenis van aanraking zijn bekeken. Ook heb ik de negatieve zijde van fysiek contact belicht.

Daarna heb ik het ethisch fundament van de huidige zorg uitgelicht en is dit liberaal ethische kader bekritiseerd. Als alternatief is de 'menslievende' zorg van Annelies van Heijst bekeken. Haar ethisch kader kan als optelsom gelden van de morele waarden die in de ethiek achter de presentietheorie liggen.

Na deze verkenningen nam ik de kernvraag onder de loep. Belichaamde zorg is hier gecombineerd met presentie - belichaamde presentie - en ik heb onderzocht of deze combinatie een meerwaarde voor de zorg en de geestelijke verzorging kan hebben en of deze vorm van zorg past binnen de ethische kaders die de basis vormen voor de reguliere zorg en de geestelijke verzorging. Beide uitkomsten zijn positief, maar kennen wel enkele kanttekeningen.

De belangrijkste conclusie is dat belichaamde presentie een toegevoegde waarde kan zijn binnen de langdurige reguliere zorg en de geestelijke verzorging en dat deze weliswaar past binnen de ethische kaders, maar bij eventuele invoering op problemen kan stuiten. Reden hiervoor is de gedachte dat aanraking kan worden opgevat als een ongewenste intimiteit dan wel kan leiden tot ongewenste intimiteiten of zelfs seksueel misbruik.

*“Me vast te houden. Ze hoeft niets te zeggen”*

Antwoord van de dochter op de vraag wat ze zou willen dat haar moeder zou zeggen of doen als ze haar nog een keer zou kunnen zien. Uit het televisieprogramma ‘Andere tijden’ over Rita Hovink, een zangeres die in 1979 op haar 35e stierf aan kanker en een dochter (Milou) van 16 achterliet<sup>2</sup>.

## **Inleidend**

Bovenstaand citaat is veelzeggend. In deze uitspraak komt duidelijk naar voren wat de waarde van nabije aanwezigheid en fysiek contact is. Aan lichamelijke aanraking wordt hier meer waarde gehecht dan aan woorden. Dit gegeven is de aanleiding voor het onderwerp van deze scriptie: belichaamde zorg binnen de presentie en de waarde en betekenis hiervan binnen de zorg en geestelijke verzorging.

Mijn doel is om te verkennen of deze vorm van zorg een eigen plek kan vinden binnen de curatieve zorg in het algemeen en de geestelijke zorg in het bijzonder. Voor deze verkenning door middel van een literatuuronderzoek ga ik eerst na hoe belichaamde zorg in de huidige zorg is ingekleed. Door het formuleren van een kernvraag en daarvan afgeleide deelvragen, kan ik door het beantwoorden van die vragen bekijken of en hoe de belichaamde zorg zijn eigen positie kan bemachtigen. Leidraad is een herwaardering van het (be)levende lichaam als drager van zintuigen, waarbij het primaat ligt bij het tastzintuig, het tastzintuiglijk geheugen en de lichaamseigen kennis.

De aanleiding voor deze zoektocht ligt in een aantal persoonlijke ervaringen die ik opdeed in mijn privé- en beroepsleven. Deze confronteerden mij met de (gemiste) afwezigheid en (gewenste) aanwezigheid van het (be)levende lichaam en het daarmee al dan niet samenhangende aanraken en aangeraakt worden. Terwijl nabije en soms belichaamde relaties in de zorg vanuit verschillende hoeken worden bevraagd en in twijfel getrokken<sup>3</sup>, stel ik dat door aanraking juist ruimte en beweging kan ontstaan voor verandering in existentiële zin. Hierbij wil ik als kanttekening en nuancering aangeven dat een mens niet alleen geest of lichaam is, maar een combinatie van beide.

Tijdens de ziekte van mijn zus werd mij op zeer duidelijke wijze kenbaar hoe de reguliere zorg in elkaar steekt en functioneert. Het viel mij op dat die zorg weliswaar zeer professioneel is, maar hoofdzakelijk gericht op het lichaam als maakbaar en/of herstelbaar object. De kwaliteit van het lichaam staat centraal, niet de kwaliteit van leven. Hierin schuilt in mijn ogen een groot gemis: een tekortkoming die aan verbetering toe is. Onze zorg moet gericht zijn op beide aspecten. Pas dan is zij compleet en adequaat en sluit zij aan bij het gehele welzijn van de patiënt, dus bij zijn of haar kwaliteit van leven en bij de zingeving aan dat leven.

---

<sup>2</sup> [https://www.uitzendinggemist.net/aflevering/503647/Andere\\_Tijden.html](https://www.uitzendinggemist.net/aflevering/503647/Andere_Tijden.html) [10-02-2020 22.34 u]

<sup>3</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 160.

Zie ook: Dijkstra, Jaap. *Gespreksvoering bij geestelijke verzorging. Een methodische ondersteuning om betekenisvolle gesprekken te voeren*. Soest, Uitgeverij Nelissen, 2007 1<sup>e</sup> druk, p.74 en Braakhuis, M., Korver, S., en Walton, M. Tijdschrift Geestelijke Verzorging. Jaargang 22 september 2019 nr. 95. *Professionele nabijheid. Integratie van een relationele grondhouding en concrete doelgerichtheid binnen de geestelijk verzorging*, p.17.

De zorg die mijn zuster ontving na het moment dat zij een hartinfarct kreeg, was levensreddend. Hiervoor ben ik de zorgverleners zeer dankbaar. Maar er ontbrak iets, zowel voor, tijdens als na het infarct. Ervoor had zij jarenlang klachten, waarvoor zij zich meldde bij haar huisarts, die pijnstillers voorschreef maar niet keek naar wie mijn zus was en die kennis dus ook niet meenam in de diagnose. Hiermee wil ik niet zeggen dat hij dan een andere diagnose had gesteld, maar wijs ik wel op de mogelijkheid daarvan. De tijd die zij doorbracht in het ziekenhuis kenmerkte zich vooral door het gegeven dat de zorg hoofdzakelijk gericht was op haar lichamelijke toestand. Bijna nooit kreeg ze de vraag hoe het werkelijk met haar ging, hoe ze zich echt voelde en wat de impact van dit levensbedreigende infarct op haar was als belevende persoon. Hetzelfde patroon was herkenbaar in de nazorg. Ook hier werd veelal gekeken naar haar lichaam als object, maar niet naar haar als voelend mens (subject). Dit hele gebeuren met mijn zus, was voor ons als naasten een zeer ingrijpende en emotionele ervaring en liet duidelijk een gemis aan relationele zorg zien.

Het belang van belichaamde zorg werd mij nog duidelijker door het verhaal van een collega wiens moeder was gestorven. Hij vertelde mij het volgende.

Na het overlijden van zijn vader, bleef zijn moeder alleen achter in een stil huis. Omdat ze slecht ter been was en aan chronische rugpijn leed, was ze aan huis gebonden. Ze ontving bezoek van mijn collega, zijn beide broers en van twee oude vriendinnen, maar die bezoeken waren beperkt. Ze vereenzaamde en de kwaliteit van haar bestaan ging zienderogen achteruit. Tot ze een huishoudelijke hulp kreeg, die driemaal per week bij haar kwam. De daadwerkelijke hulp was voor haar slechts bijzaak: de aandacht die ze kreeg, was veel belangrijker. Het klikte en er ontstond een vriendschap die duurde tot aan haar dood, vier jaar later. Opvallend was hoe ze in die vier jaar opvrolijkte en een heel tevreden mens werd. De relatie tussen de twee vrouwen was zelfs zo sterk geworden, dat zijn moeder naar haar vroeg op haar sterfbed. Ze wilde niet heengaan zonder afscheid te hebben genomen. Van een afstand zag mijn collega hoe ze elkaars hand vasthielden en elkaar bij het afscheid omarmden. Na de begrafenis raakte hij in gesprek met de huishoudelijke hulp. Het viel hem op hoeveel zij van zijn moeder wist, veel meer dan in oppervlakkige gesprekken naar boven zou zijn gekomen. Zo kwam hij erachter hoeveel zij voor zijn moeder had betekend.

Ze was present, had aandacht voor zijn moeder en leefde mee en ze raakten elkaar aan. Voor zijn moeder was zij een geschenk uit de hemel, waarvoor hij haar ook heeft bedankt. Tot zover zijn verhaal.

Ik noem dit voorbeeld, omdat het aantoont hoe belangrijk intermenselijk contact - en de relaties die hieruit ontstaan - kunnen zijn. Het illustreert hoe belangrijk presentie en belichaamde zorg zijn (de kwaliteit van leven van de moeder in de posities van zowel het 'genieten' en het 'lijden' was duidelijk waarneembaar en aantoonbaar). Maar ook dat het zelfs verder kan reiken dan de directbetrokkenen.

De zoektocht naar die andere kant van de medaille - de belichaamde zorg - leidt mij naar de kernvraag van deze scriptie, die luidt: *Wat is de betekenis en wat is de waarde van 'het belichaamde zorgaspect in de presentie' voor de zorg in het algemeen en de geestelijke zorg in het bijzonder?*

Om de genoemde kernvraag te kunnen beantwoorden, heb ik deze opgesplitst in een zestal deelvragen die refereren aan verschillende bestanddelen van de kernvraag. Ik behandel deze in opeenvolgende hoofdstukken. De reden hiervoor is de complexiteit van de kernvraag, die meerdere deelgebieden (bestanddelen) omvat. Door deze af te bakenen, kan ik ieder deelgebied apart verkennen en inhoudelijk onderzoeken. Zo ontstaat een structurele benadering van de kernvraag.

In onderstaand overzicht zijn deze deelvragen opgesomd.

Hoofdstuk	Deelvraag
1	Welke hoofdvormen van zorg kennen wij?
2	Wat is de positie en wat is de betekenis van het lichaam?
3	Wat is presentie?
4	Wat is de waarde van belichaamde zorg?
5	Welke ethische kaders kent de zorg?
6	Kan belichaamde zorg worden gekoppeld aan presentie tot belichaamde presentie?

In hoofdstuk één behandel ik de zorgkaders, zoals die zijn benoemd door Joris Slaets in zijn 5e Els Borst Lezing: het normatieve en het narratieve - of relationele - kader, waarbij het normatieve kader staat voor reguliere zorg en het narratieve voor presentie en belichaamde zorg. In hoofdstuk twee bekijk ik vervolgens de positie van het lichaam vanuit een historisch, een positioneel en een waarde perspectief. In hoofdstuk drie staan daarna de presentie en de positie van de belichaamde zorg centraal, waarbij ik een vergelijk maak tussen de presentietheorie van Andries Baart en de presentiebenadering zoals Gosse A. Postma die verwoord. In hoofdstuk vier ga ik verder in op de belichaamde zorg en in hoofdstuk vijf bekijk ik de ethische waarden en normen zoals die gelden in het ethisch zorgkader. Hoofdstuk zes bevat mijn conclusies. Ik eindig met hoofdstuk zeven, waarin ik enkele kanttekeningen maak en aanbevelingen doe.



## Hoofdstuk 1      Kaders binnen de zorg

- 1.1            Inleiding
- 1.2            Normatieve zorgkader
- 1.3            Narratieve of relationele zorgkader
- 1.4            Positie geestelijke zorg
- 1.5            Samenvatting

### 1.1    Inleiding

Om de kernvraag van deze scriptie te kunnen beantwoorden, moeten we eerst een goed beeld hebben van de wijze waarop de zorg op dit moment is ingericht. Dit brengt ons tot de eerste deelvraag: *Welke hoofdvormen van zorg kennen wij?*

Voordat ik mijn onderzoek begin, geef ik een eerst een omschrijving van de zorg, zoals die is gekarakteriseerd door Joris Slaets<sup>4</sup>. Hij maakt een onderscheid tussen het normatieve en narratieve zorgkader.

### 1.2    Normatieve zorgkader

Slaets omschrijft het normatieve kader als gereguleerd en geprotocolleerd - dus dwingend genormeerd - zodat gedrag, verantwoordelijkheid en resultaat kunnen worden gemeten, gecontroleerd en vergeleken. Binnen dit kader gaat het vooral om het invullen van de behoefte, door Slaets getypeerd als 'negatief welbevinden'. Negatief in die zin dat het vooral dient om iemands lijden te beperken of te voorkomen, maar niet om ook iemands gevoel van welzijn te vergroten. Als theoretische grondslag voor dit kader ziet hij een liberale traditie met kernwaarden als rechtvaardigheid, autonomie en vrijheid<sup>5</sup>.

Wanneer wij dit relateren naar het menselijk lichaam, ontstaat een beeld van het lichaam als maakbaar object: het is te repareren en aan te passen. In termen van zorg kunnen we binnen deze context spreken van lichaamszorg, door Gosse Postma gekarakteriseerd als 'een lichaam hebben'<sup>6</sup>.

Zorg gegeven binnen het normatieve kader is dus zorg omgeven door vastgelegde normen. Dit betekent dat deze zorg is gedefinieerd en gelimiteerd tot die handelingen die binnen deze normering zijn gelegen. Alle handelingen die hierbuiten vallen, kunnen dan intern of via het tuchtrecht tot sancties leiden voor de betrokken zorgverlener(s). Risico van dergelijke normering is inflexibiliteit. Het binnen de normen blijven wordt primair, waarmee de te verlenen zorg secundair dreigt te worden. Hoe weinig flexibel ons (normatieve) zorgstelsel is geworden, bewijzen niet alleen de vele toenemende klachten van - en steeds luider klinkende oproepen tot verandering door - zorgmedewerkers.

---

<sup>4</sup> Prof. dr. Joris P.J. Slaets is emeritus-hoogleraar ouderengeneeskunde en was van 1 januari 2015 tot 1 december 2019 directeur van Leyden Academy. De missie van Leyden Academy is het verbeteren van de kwaliteit van leven van oudere mensen door kansen te scheppen voor een vitaal en betekenisvol leven, hecht verbonden binnen de gemeenschap.

<sup>5</sup> Slaets, Joris, 5<sup>e</sup> Els Borst Lezing. *Kwaliteit van zorg. Wie mag het zeggen?* Centrum voor Ethiek en Gezondheid, p.5.

<sup>6</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 35-39.

Ook de per 1 januari 2005 geïntroduceerde ‘diagnose-behandelcombinatie’, kortweg DBC<sup>7</sup>, is een voorbeeld. Een DBC beschrijft het traject dat de patiënt doorloopt van het eerste bezoek tot en met de laatste controle in een ziekenhuis en bestaat uit alle activiteiten die nodig zijn om bij een patiënt een bepaalde diagnose vast te stellen en die te behandelen. Een DBC timmert op deze wijze de zorg - zowel de somatische als de psychische - in meer of mindere mate dicht.

Een tweede oorzaak van toenemende protocollering is de in 2006 ingevoerde marktwerking in de zorg. De zorg is hiermee getransformeerd tot een zorgfabriek. Het idee erachter was dat marktwerking zou leiden tot een betere kwaliteit van zorg voor een lagere kostprijs. Het voorheen bestaande ziekenfonds voor de lagere inkomensgroepen en de particuliere verzekeringen voor de hogere inkomensgroepen werden vervangen door een zorgverzekering van (concurrerende) zorgverzekeraars, die als betalende partij contracten gingen afsluiten met zorginstellingen. Deze laatste werden hiermee verplicht tot meer efficiency en een grotere meetbaarheid. Neveneffect was echter dat hierdoor de regeldruk nog meer toenam, iedere (be)handeling viel ineens onder een controlemechanisme.

Zelf typeer ik deze zorg als ‘mens-object zorg’. Men is zo bezig met protocolleren dat de patiënten uit het oog worden verloren. De patiënt wordt bij voorbaat in één of meerdere hokjes geplaatst en geobjectiveerd in termen van diagnostiek, waarbij men vooral kijkt naar behandelbare kwalen. Hiermee wordt de te verlenen zorg beperkt tot de gekozen behandeling(en). Deze regelfixatie is zowel oorzaak als gevolg van een tekortschietende zorg. De patiënt kan zich door deze manier van diagnosticeren (oorzaak) gereduceerd voelen tot een object in plaats van een subject, wat kan leiden tot een gevoel van onbehagen (gevolg). Bovendien kan hier een paradox optreden. De behandelaar gaat dan verder dan de patiënt zou willen. *Goed-doen* uit het oogpunt van de behandelaar is namelijk niet altijd *wel-doen* voor de kwaliteit van leven<sup>8</sup> van de behandelde<sup>9</sup>. Deze paradox kan zich bijvoorbeeld voordoen bij het thema euthanasie. Arts en patiënt kunnen bij deze actieve vorm van levensbeëindiging (het bewust toedienen van een dodelijk middel) met elkaar in conflict komen. Dit kan gebeuren als de arts gewetensbezwaren heeft en hierdoor niet aan de wil of wens van de patiënt wil voldoen. De arts mag weigeren omdat de wet die de euthanasie regelt, de patiënt geen exclusief recht op euthanasie toekent<sup>10</sup>. Dit kan tot een tegenstelling leiden tussen arts en patiënt. De patiënt kan dit ervaren als een inbreuk op zijn of haar kwaliteit van leven.

---

<sup>7</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_8498\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_8498_22/1/) [11-02-2020 23.18 uur] *De Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut hebben een circulaire uitgegeven over het DBC-bekostigingssysteem voor medisch-specialistische zorgspecialisten met uitleg over hoe bekostiging en aanspraak zich tot elkaar verhouden. Een Diagnose Behandelcombinatie beschrijft het traject dat de patiënt doorloopt van het eerste bezoek tot en met de laatste controle. Een DBC bestaat uit alle activiteiten die nodig zijn om bij een patiënt een bepaalde diagnose te stellen en te behandelen.*

<sup>8</sup> Een goed voorbeeld zien we bij de ‘lockdown’ tijdens de coronacrisis (2020). Ouderen die in verpleeghuizen wonen en geen bezoek meer mogen ontvangen van hun kinderen en kleinkinderen en zo terecht komen in een sociaal isolement. Hun kwaliteit van leven is hierdoor aanzienlijk verminderd. Ze vereenzamen en krijgen last van depressies. Maar door bijna geen enkele bestuurder wordt hier met een woord over gerept.

<sup>9</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum FrI. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 39-59.

<sup>10</sup> Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410> [2020-03-19]

Het normatieve kader kent zijn oorsprong in de rede: de geest met zijn rationaliteit versus het onvolmaakte lichaam. We zouden Plato kunnen beschouwen als de vader van dit dualisme, maar het was Descartes die het ons heeft gebracht. Zijn these dat alleen de geest naar de waarheid kan leiden en daarmee het primaat verdient, heeft langzaam maar zeker zijn stempel op ons denken gedrukt. Voor een verder verkenning en onderbouwing van deze theoretische route verwijs ik naar hoofdstuk twee (zie paragraaf 2.1). Het liberale gedachtegoed met waarden als rechtvaardigheid, autonomie en vrijheid - waarop onze normatieve zorg is gebaseerd - is hier een rechtstreeks uitvloeisel van<sup>11</sup>.

### 1.3 Narratieve of relationele zorgkader

Tegenover het normatieve kader zet Slaets het narratieve kader. Dit domein van (existentiële) zorg kenmerkt zich veelal door een voorzichtige, terughoudende attitude en door in eerste instantie niets te *doen*. Het handelen staat niet voorop. Het narratief is het gesprek of het samenzijn zonder woorden als brug naar de Ander<sup>12</sup>. In dit kader staat de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger centraal. Deze betrekking ontstaat door 'presentie': het aanwezig zijn voor - en in relatie met - de Ander. In deze presentie, met een tweezijdige open en onderzoekende houding, wordt de betekenis van het bestaan zichtbaar. In dit narratieve kader heeft het verlangen het primaat, door Slaets het 'positieve welbevinden' genoemd. Postma noemt dit 'een lichaam zijn'<sup>13</sup>. Slaets wijst erop dat het verlangen bij Postma voortvloeit uit het één-zijn voor de geboorte, waarbij hij aangeeft dit een mooie gedachte te vinden<sup>14</sup>. In Slaets' visie dient dit kader primair te zijn. Spreken we hier in termen van zorg, dan spreken we over 'mens zorg'.

Narratieve zorg kent nauwelijks tot geen regelgeving. Dit heeft alles te maken met de vorm van deze zorg, die persoonlijk is. Het betreft zorg vanuit het subject als een natuurlijk gegeven (zie Levinas en Postma). De 'ik' is van nature zorgzaam, zowel voor zichzelf als voor de Ander. 'Zorgen voor' komt tot uiting in een relationele context. Deze omgang - de intersubjectiviteit - is niet te reguleren. Er bestaat geen wetgeving voor en er zijn geen protocollen die grenzen opwerpen of beperkingen opleggen. Enkel ethische waarden zijn leidend.

Deze vorm van zorg noem ik de 'mens-subject zorg'. Zij komt niet voort uit de rede van Descartes en evenmin uit de waarden van het liberale gedachtegoed. Haar oorsprong en bestaansrecht liggen in de intersubjectiviteit: in onderlinge relaties. Relaties tussen mensen vormen het beginpunt, waarbij het proces van zorg verlenen en zorg ontvangen als vanzelf gaat. Als een natuurlijk (menselijk) gegeven<sup>15</sup>. Hier tellen morele waarden en normen. Het narratieve kader is daarom een ethisch kader.

---

<sup>11</sup> Van Heijst, Annelies. *Leesbaar lichaam. Verhalen van lijden bij Blaman en Dorrestein*. Kampen Kok Agora, 1993, p. 17-18.

<sup>12</sup> De Ander, de zorgvragende mens (subject), wordt hier door mij geschreven met een hoofdletter om diens positie in de relatie aan te geven. Bij presentie staat die Ander als geheel, d.w.z. met alle behoeften en verlangens, voorop. In hoofdstuk drie wordt dit positionele gegeven verder uitgewerkt.

<sup>13</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 35-39.

<sup>14</sup> Slaets, Joris, 5<sup>e</sup> Els Borst Lezing. *Kwaliteit van zorg. Wie mag het zeggen?* Centrum voor Ethiek en Gezondheid, p. 22.

<sup>15</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p.35-39.

## 1.4 Positie geestelijke verzorging

Om te kunnen vaststellen in welk zorgkader de geestelijke verzorging<sup>16</sup> (hierna: GV) kan worden ingedeeld, moeten we vaststellen wat GV is. Waar ligt haar oorsprong, wat is haar inhoud en wat is haar domein? Ik zal deze vragen beantwoorden aan de hand van een korte historische schets.

De bron voor hulp is te vinden in de 'Bijbelse regel van de liefde', die luidt: Heb God lief en je naaste als jezelf<sup>17</sup>. Vanuit deze gedachte (dit gebod) ontwikkelden zich vormen van diaconale zorg die uiteindelijk leidden tot de geestelijke zorg zoals die vandaag de dag bestaat. De geestelijke verzorging vindt haar wortels in het diaconaat<sup>18</sup> en de 'zeven werken van barmhartigheid'<sup>19</sup>, waar later de 'zeven geestelijke werken van barmhartigheid'<sup>20</sup> aan werden toegevoegd. Vanuit deze diaconale, met barmhartigheid vervlochten gedachte, werd het een christelijke traditie om de zwakkeren (hulpbehoevende armen, zieken en wezen) te helpen, te ondersteunen en bij te staan in hun strijd om te overleven en/of bij hun heengaan<sup>21</sup>.

Deze zorg richtte zich in eerste instantie op het verlichten van materiële nood, wat naar voren komt wanneer we naar de werken van barmhartigheid kijken. Deze werken richtten zich op de fysieke behoeften. Natuurlijk werd er ook voor het zielenheil gezorgd, maar dat beperkte zich tot de relatie met God en - na het overlijden - de toegang tot het hiernamaals. Dit was de hoofdtaak en -zaak van de geboden zorg<sup>22</sup>. Na de toevoeging van de geestelijke werken van barmhartigheid, werd ook het geestelijke in acht genomen (de immateriële nood). De nadruk bleef echter liggen op het zielenheil.

In de 16<sup>e</sup> eeuw leidde een breuk binnen de kerk tot de reformatie en godsdienstoorlogen waarmee de Rooms-katholieke kerk haar geloofsmonopolie verloor. Voor de diaconale zorg betekende dit dat deze in het vervolg werd gegeven vanuit twee christelijke geloofsrichtingen (rooms-katholicisme en protestantisme).

---

<sup>16</sup> De term 'geestelijke verzorging' werd pas rond de jaren '70 van de vorige eeuw geïntroduceerd. Vandaar het onderscheid tussen, zoals ik dit noem, diaconale zorg en de geestelijke verzorging.

<sup>17</sup> Mattheüs 25:37, ... Hij antwoordde: "Heb de Heer, uw God, lief met heel uw hart en met heel uw verstand". Dat is het grootste en eerste gebod. Het tweede is daaraan gelijk: "heb uw naaste lief als uzelf". Deze twee geboden zijn de grondslag van alles wat er in de Wet en de Profeten staat; Johannes 13:34, (Jezus tegen zijn apostelen) ... "Ik geef jullie een nieuw gebod: heb elkaar lief. Zoals ik jullie heb liefgehad, zo moeten jullie elkaar liefhebben"; Romeinen 13:8, ... Wees elkaar niets schuldig, behalve liefde, want wie de ander liefheeft, heeft de gehele wet vervuld.

<sup>18</sup> Diaconaat is in het christendom: 'het zich dienstbaar opstellen', of anders gezegd 'het hulp bieden aan allen die dit nodig hebben'.

<sup>19</sup> In de christelijke traditie de zeven manieren waarop gelovigen barmhartigheid kunnen tonen. Deze werken zijn: De hongerigen spijzen (1), De dorstigen laven (2), De naakten kleden (3), De vreemdelingen herbergen (4), De zieken verzorgen (5), De gevangenen bezoeken (6) en De doden begraven (7).

<sup>20</sup> Deze werken zijn: De onwetenden onderrichten (1), In moeilijkheden goede raad geven (2), De bedroefden troosten (3), De zondaars vermanen (4), Het onrecht geduldig lijden (5), Belediging en vergeven (6) en Voor de levenden en overledenen bidden.

<sup>21</sup> Het woord 'heengaan' duidt hier op de christelijke betekenis van het sterven. De ziel gaat naar gene zijde (gaat heen). In het Rooms-katholicisme, dat tot de reformatie enig en leidend was, kan de ziel enkel ter hemel rijzen indien de stervende de laatste sacramenten heeft ontvangen. Dit was voor de verzorgenden van groot belang en mede reden tot het verlenen van zorg.

<sup>22</sup> In eerste instantie handelde de zorg niet zozeer om genezing maar om redding van de ziel. Omdat ziekte werd gezien als een straf van God, kwam de zorg voort uit de wens met God in het reine te komen. In de 16<sup>e</sup> eeuw - het tijdperk van de Reformatie - komt daar een ander (bij)geloof bij: ziekte kan worden veroorzaakt door demonen (een plaag van de duivel).

In de periode van de Verlichting en de Franse Revolutie (1789-1799) verloor de geestelijke verzorging terrein. Er kwam een scheiding tussen kerk en staat en deze seculaire trend zette zich door tot de geestelijke verzorging. De tot dan toe bestaande christelijke gasthuizen voor zieken veranderden in seculiere ziekenhuizen. Het waren niet langer pastores die de zieken begeleidden maar artsen die hen behandelden. Het probleem was alleen dat deze voor het 'volk' (de armen) onbetaalbaar waren. Als tegenhanger werden protestante diaconale voorzieningen<sup>23</sup> ingesteld waar het 'volk' hulp kon vinden. Voor het eerst kwam er een opleiding tot diacones (verpleegster). Onderdeel van deze functie was om - naast de lichamelijke verzorging van zieken - geestelijke verzorging te verlenen<sup>24</sup>.

Begin 20<sup>e</sup> eeuw zorgden uitvindingen op medisch gebied voor specialisaties binnen de zorg en werden ziekenhuizen gemoderniseerd. Ook werd onderscheid gemaakt tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen en dito verpleegster-opleidingen. Door de verzuiling<sup>25</sup> kenden de ziekenhuizen elk een eigen grondslag: seculier of confessioneel. Binnen deze ziekenhuizen was weliswaar plaats voor GV, maar deze stond buiten de organisatie. Het was een aanvullende, zelfstandige discipline. De ontkerkelijking en daarmee samenhangende ontzuiling leidde vanaf de jaren '60 van de vorige eeuw tot een herbezinning binnen de GV. Er werd gestreefd naar een samenbundeling van krachten om het beroep van geestelijk verzorger te verankeren binnen de intramurale gezondheidszorg, wat in 1971 resulteerde in de oprichting van 'de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Ziekenhuizen' (VGVZ). In eerste instantie een samenbundeling van katholieke en protestantse verbanden van pastores en dominees die werkzaam waren in ziekenhuizen. Na de toetreding van andere verbanden en uitbreiding naar andere takken binnen de intramurale zorg veranderde de naam in 1994 in 'de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen'. Momenteel kent de VGVZ de volgende levensbeschouwelijke sectoren: protestants, katholiek, humanistisch, islamitisch, joods, hindoeïstisch, boeddhistisch en SING (Institutioneel niet gezonden)<sup>26</sup> en is zij werkzaam op alle terreinen binnen de intramurale zorg, de krijgsmacht en in justitiële inrichtingen. Doelstelling van de VGVZ is om alle geestelijk verzorgers te verenigen, evenals de bevordering van de geestelijke verzorging en de belangenbehartiging van de beroepsgroep van geestelijk verzorgers<sup>27</sup>.

---

<sup>23</sup> Het protestantisme was in grote delen van West-Europa staatsreligie geworden en had daarmee het katholicisme naar de achtergrond verwezen.

<sup>24</sup> Goudwaard, Niek. *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging. Geheel herziene editie*, redactie Jaap Doolaard. Uitgeverij Kok. Kampen 2006, p. 23-59, het echtpaar Fliedner uit Duitsland was hierin de initiatiefnemer. In 1836 openden zij een diaconessenhuis met daaraan verbonden de opleiding tot diacones.

<sup>25</sup> Nederland kende in de tweede helft van de 19<sup>e</sup> en de eerste helft van de 20<sup>e</sup> eeuw vier 'zuilen', elk met hun eigen instellingen, organisaties en belangengroepen. Onderscheiden werd in de katholieke, de protestante, de socialistische de liberale zuil.

<sup>26</sup> *Statuten en Huishoudelijk reglement van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers 2019*. Uitgave van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers, Inleiding.

<sup>27</sup> *Statuten en Huishoudelijk reglement van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers 2019*. Uitgave van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers, artikel 2.

Voor de inhoudelijke context geeft de 'Beroepsstandaard geestelijk verzorger 2015' de volgende omschrijving van geestelijke verzorging: professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing. In het geval van begeleiding en/of hulpverlening gaan de geestelijk verzorgers op zoek naar wat de cliënt kracht en inspiratie geeft, aansluitend bij diens levensverhaal en levensbeschouwelijke achtergrond. Deze zorg kan bestaan uit zowel individuele als groepsbegeleiding. Hiermee valt de GV onder het narratieve zorgkader. Daarnaast zijn geestelijk verzorgers beschikbaar voor andere professionals en voor het management. In dat geval adviseren zij op het gebied van levensbeschouwing en ethiek, verzorgen zij scholing en dragen ze bij aan het levensbeschouwelijk klimaat binnen de instelling<sup>28</sup>.

De waarde die aan GV wordt gehecht, komt ook in onze wetgeving tot uiting. Om (gebruikmaking van) GV te garanderen, bestaat er een wettelijke basis voor het aanstellen van geestelijk verzorgers in instellingen die zorg verlenen en in instellingen waar de overheid verantwoordelijk is voor diegenen die onder haar macht zijn geplaatst en die daar langer dan 24 uur verblijven (denk aan gevangenen en defensie). Deze basis is opgenomen in de 'Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg'<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> *Beroepsstandaard geestelijk verzorger 2015*. Uitgave van de Vereniging van Geestelijk Verzoekers (2016).

<sup>29</sup> Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, artikel 6a: *De zorgaanbieder die zorg verleent welke verblijf van de cliënt in een accommodatie gedurende het etmaal met zich brengt, draagt er zorg voor dat: a. geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënt.*

## 1.5 Samenvatting

Samenvattend kan de gezondheidszorg worden onderverdeeld in twee zorgkaders: het normatieve en het narratieve zorgkader. Binnen het normatieve zorgkader valt de van bovenaf genormeerde zorg, binnen het narratieve kader valt de ongenormeerde, vanuit morele waarden gestuurde zorg.

Een tweede verschil betreft het doel van de zorg. Binnen het normatieve kader ligt de nadruk op maakbaarheid in de vorm van herstel van ziekten en het reduceren van beperkingen: de mens-object zorg. In het narratieve kader is het welzijn van de patiënt leidend en zijn herstel van ziekten en reduceren van beperkingen geen doel op zich. Dit betreft de mens-subject zorg, waarin de geestelijke zorg haar domein heeft.

Binnen onze zorg is het normatieve kader leidend. Genoemd DBC is hier een voorbeeld van. Maar dit geldt ook voor de zorgverzekeraars, die door het afsluiten van contracten met zorginstellingen debet zijn aan ver(der)gaande normering en protocollering. De marktgerichte manier van handelen legt druk op de zorginstellingen. Efficiency, verifieerbaarheid en meetbaarheid worden hierdoor leidende factoren, waarbij 'verantwoordelijkheid' en 'diegene die verantwoordelijk kan worden gehouden' cruciale aspecten lijken te zijn.

Nu inzichtelijk is gemaakt op welke manier onze zorg is ingedeeld, kunnen we beginnen met het onderzoek naar de plaats en betekenis van het lichaam hierin. Maar om dit te kunnen doen, moet eerst de betekenis van het lichaam zelf worden bepaald. Dit brengt ons bij de tweede deelvraag: *Wat is de positie en wat is de betekenis van het lichaam?*

## Hoofdstuk 2 Een verkenning van de positie van het lichaam

- 2.1 Inleiding
- 2.2 Dualisme: scheiding van lichaam en geest
- 2.3 Het lichaam terug in beeld
- 2.4 Het lichaam als kennend lichaam
  - 2.4.1 Filosofische benadering
  - 2.4.2 Medisch-wetenschappelijke benadering
  - 2.4.3 Psychologische benadering: Embodied cognition
- 2.5 Het lichaam als levend lichaam
  - 2.5.1 Vitaliteit
  - 2.5.2 Behoeften en verlangens
- 2.6 Samenvatting

### 2.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk één geschetst, zou in de discussie rondom de kwaliteit van de zorg, het begrip ‘presentie’ het missende element in de zorg zijn. Dit lijkt voort te komen uit de scheiding tussen het lichaam en de geest. Ik onderzoek aan de hand van dit filosofisch vraagstuk of de zorgrelatie anders kan worden vormgeven.

Verschillende grote denkers hebben naar een antwoord gezocht op de vraag wie of wat wij zijn. Zo ontstond in de oudheid al een scheiding van lichaam en geest. Het was Plato (427-347 v Chr.) die met zijn Ideeënleer tot deze dualistische opvatting kwam<sup>30</sup>. Volgens deze leer bestaan er twee werelden: de Ideeënwereld - die onzichtbaar, rechtvaardig, eeuwig en vaststaand is - en de wereld waarin wij leven - die tastbaar, onrechtvaardig en tijdelijk is. In de Ideeënwereld staat ‘het ware’ bovenaan en bestaan er oervormen (de essenties) van de concrete, in de werkelijke wereld, waar te nemen dingen. Het ware wekt ons verlangen op tot ‘goed doen’ en wekt de drang op om te zoeken naar schoonheid en kennis. De ziel is de zetel van deze drang. Plato beschouwde de ziel als een oneindige entiteit die bij de geboorte in het lichaam komt en weer vrijkomt wanneer het lichaam sterft (de ziel keert dan terug naar de bron). Hij beschouwde het lichaam als de ‘kerker van de ziel’. De ziel werd gevangengehouden door het lichaam en het lichaam is slechts een tijdelijk (want sterfelijk) en dus onvolmaakt object<sup>31</sup>.

Dit dualisme van lichaam en geest<sup>32</sup> vinden we ook terug in het Christelijke denken. Augustinus (354-430) - die als ‘de vader van de Christelijke kerk’ wordt beschouwd - nam het dualisme van Plato over en maakte er een religieus getinte versie van. Hij was het met Plato eens dat kennis is aangeboren en dat we deze met behulp van introspectie kunnen achterhalen, maar anders dan Plato was Augustinus van mening dat slechts een innerlijke zoektocht geen zuivere kennis kon opleveren. Hiervoor was ‘godelijke inspiratie’ nodig. Deze

---

<sup>30</sup> Of Plato de grondlegger van deze scheidings-(gedachte) is, is niet bekend maar hij wordt in het algemeen als zodanig beschouwd.

<sup>31</sup> [https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/107348/mmubn000001\\_130165025.pdf](https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/107348/mmubn000001_130165025.pdf) [06-03-2020 21.32 uur]. Aldaar zie: p. 6 tot en met p. 9 door B. H. Bal in het academisch proefschrift door B.H. Bal ter verkrijging van de graad van doctor in de letteren en wijsbegeerte aan de R.K. Universiteit van Nijmegen *PLATO'S ASCESE IN DE PHAEDO* (1950).

<sup>32</sup> Ter verduidelijking: de term dualisme staat in deze scriptie voor de scheiding tussen lichaam en geest, waarbij de geest als zetel voor de rede het primaat krijgt toebedeeld.



zoektocht naar God kon de mens vinden via de zintuigen. De mens was volgens hem een zintuigelijk wezen met een ziel<sup>33</sup>.

Hetzelfde dualistische gedachtegoed vinden we vele eeuwen later bij Rene Descartes (1596-1650), het meest bekend door zijn stelling 'Cogito ergo sum' (ik denk dus ik ben) uit zijn werk 'Principia Philosophiae' (1644). Descartes sluit aan bij Plato door te stellen dat zintuigen - en daarmee de waarneming - kunnen bedriegen. Descartes stelt: "Alles wat ik buiten mij waarneem zou bedrieglijk kunnen zijn, alles wat ik kan denken zou onwaar kunnen zijn, maar twijfelend ben ik in ieder geval zeker van mijzelf van mezelf als denkend wezen."<sup>34</sup> Het 'zijn' ligt voor hem besloten in het denken en de rede (de geest) is voor hem bepalend. Op deze manier scheidt Descartes de geest van het lichaam en geeft het primaat aan de geest. Het lichaam met zijn zintuigen is bedrieglijk en kan dus nooit naar de waarheid leiden. Met zijn filosofie legde hij de basis voor het rationalisme: een denkwijze waarin de rede de enige of voornaamste bron van kennis is en waarbij het lichaam geen rol van betekenis speelt<sup>35</sup>.

Ook voor de Nederlands joodse filosoof Baruch Spinoza (1632-1677) was de rede leidend in het bestaan. In zijn filosofie heeft de mens 'affecten' (hartstochten), die hem onafhankelijk van zijn wil besturen en die zo onvrijheid en lijden met zich meebrengen. Deze affecten zijn volgens hem te begrenzen door de rede, waardoor het subject in vrijheid kan leven en genieten. Maar anders dan Descartes, scheidt Spinoza de geest niet van het lichaam. Hij stelt dat alles bestaat uit één en dezelfde substantie, voortkomend uit God, en hij beschouwt deze als de natuur zelf die oneindig en eeuwig is. Lichaam en geest zijn attributen - respectievelijk denken en uitgebreidheid - die voortkomen uit die ene substantie. Lichaam en geest zijn daarom één, met als gevolg dat de geest samen met het lichaam sterft<sup>36</sup>. Ook hier is zijn standpunt anders dan dat van Descartes. Volgens die laatste was de geest tenslotte op zichzelf staand en onsterfelijk.

Maar in de tijd waarin Spinoza en Descartes leefden, was het standpunt van een eindige geest die ten onder gaat wanneer het lichaam sterft, als vloeken in de kerk. Het was pure godslastering<sup>37</sup>. In de 17e eeuw was bijna het gehele Europese continent nog volledig in de ban van het christendom, hetzij rooms-katholiek, hetzij reformatorisch-protestant. Het idee dat de geest sterfelijk was, kon in de religieuze visie van het eeuwige leven (van de ziel) uiteraard geen voet aan de grond krijgen. Als gevolg hiervan won het Cartiaanse gedachtegoed van Descartes het van het gedachtegoed van Spinoza, in die zin dat lichaam en geest verschillende entiteiten zijn waarbij de geest - als synoniem voor de rede - het primaat krijgt.

---

<sup>33</sup> Aurelius Augustinus. *Belijdenissen*. Ingeleid, vertaald en van aantekeningen voorzien door Wim Sleddens Uitgeverij Damon 2017 p. 168-189. Ter vergelijking: Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Fr. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 74-75.

<sup>34</sup> Storig, Hans Joachim. *Geschiedenis van de filosofie*. Uitgeverij Unieboek, Het Spectrum BV, Houten-Antwerpen, 2010, p. 340-341.

<sup>35</sup> Verbeek, Theo. *René Descartes*. Gepubliceerd in: Tien westerse filosofen. Keestra, M. (2000). Amsterdam p. 67-85.

<sup>36</sup> Spinoza, *Ethica*. Vertaald, toegelicht en samengevat door Maarten van Buuren. Uitgeverij Ambos/Anthos. Amsterdam 2017, zie aldaar: Ten geleide.

<sup>37</sup> Noot: Het was zelfs gevaarlijk deze mogelijkheid te opperen, vandaar dat Spinoza onder een schuilnaam publiceerde. Zijn hoofdwerk, de *Ethica*, werd pas na zijn dood uitgegeven. Spinoza werd uit de Joodse gemeenschap van Amsterdam verbannen vanwege 'monsterlijke daden' en 'abominabele ketterijen'. Daarna verruilde hij zijn Joodse naam Baruch voor het Latijnse Benedictus. Ook in christelijke kringen was Spinoza omstreden. Talloze tijdgenoten, inclusief de leden van de Spaanse inquisitie, beschuldigden Spinoza ervan de onsterfelijkheid van de ziel en het bestaan van God te ontkennen.

## 2.2 Dualisme: scheiding van lichaam en geest

Zoals genoemd in de inleiding, krijgt het lichaam al sinds Plato een ondergeschoven rol toebedeeld. De rede - ratio - is leidend, waarmee het primaat bij de geest komt te liggen en deze wordt 'losgekoppeld' van het lichaam. Het subject wordt opgedeeld in lichaam en geest en het lichaam wordt zo tot een object gereduceerd. Dat wil zeggen dat de geest zonder het lichaam kan bestaan, een bewustzijn heeft en een vrije, ongebonden wil bezit. Ditzelfde dualisme vinden we terug in het christendom - waar de geest (de ziel) na de dood eeuwig blijft voortleven - en vanaf de 18e eeuw ook in het door Descartes geïntroduceerde relationisme.

In de wereld van het genoemde dualisme lijkt de betekenis van het lichaam dus summier. Het is niet veel meer dan een tijdelijk omhulsel voor de geest. Een sterfelijk, onvolmaakt, omhulsel waarin de geest (de ziel) huist tot het lichaam niet langer levensvatbaar is, waarna de geest in een andere hoedanigheid voortleeft<sup>38</sup>.

Deze achterstelling van het lichaam op onze geest - waarbij het lichaam als het ware is 'weggedacht' - heeft grote gevolgen gehad. Het heeft tot op de dag van vandaag invloed op de wijze waarop wij aankijken tegen het lichaam zelf en de zorg voor dat lichaam. Een 'ontgeest' lichaam is niet meer dan een object waaraan kan worden 'gesleuteld'. In onze zorg is de scheiding van lichaam en geest doorgezet in de tweedeling tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg. Zij vormen de twee 'loketten' binnen onze huidige zorg(verlening).

## 2.3 Het lichaam terug in beeld

Vanaf het begin van de 20e eeuw krijgt het lichaam meer aandacht. Door het lichaam meer naar voren te halen en de geest niet langer als primair te beschouwen, ontstonden mogelijkheden om aan het lichaam een andere rol toe te bedelen. Het lichaam krijgt hierdoor een andere betekenis en daarmee een andere positie ten opzichte van de geest. Deze andere blik kan zowel gestoeld zijn op filosofisch theoretische beschouwingen als op onderzoek naar de functies van het lichaam die van invloed zijn op de geest.

In eerste instantie vond dit veranderingsproces plaats binnen de filosofie. Denkers als Husserl (grondlegger van de fenomenologie)<sup>39</sup> en Heidegger brachten het zintuiglijk lichaam naar voren. In de fenomenologische denkwijze geldt de waarneming als middel om de werkelijkheid te leren kennen. Waarnemen is een zintuiglijke activiteit want zonder zintuigen kan niet worden waargenomen: de geest kan niets kan zonder het lichaam. In deze mensvisie is het lichaam dus niet slechts een object, maar een wezenlijk onderdeel van het subject.

Dit gedachtegoed werd door Merleau-Ponty verder uitgewerkt. In zijn fenomenologie staat het menselijk lichaam centraal als een integratie van lichaam en geest. Beide kunnen niet van elkaar worden gescheiden en niet onafhankelijk van elkaar functioneren. Zij zijn een existentiële eenheid. Een eenheid die bovendien alleen bestaansrecht heeft in een wereld

---

<sup>38</sup> Of dit inderdaad werkelijk zo is, is - en blijft waarschijnlijk - voor ons onbekend. Niemand keert terug uit de dood. Afhankelijk van de context van tijd en cultuur wordt hier verschillend over gedacht. *Vanwege mijn persoonlijke ervaring, genoemd in de inleiding over mijn lieve zus, sluit ik wonderen overigens niet uit.*

<sup>39</sup> <https://www.ru.nl/radboudreflects/terugblik/terugblik-2019/terugblik-2019/19-02-05-husserl-anno-lezing-filosoof-gert-jan/> [07-05-2020 09.52 uur].

eromheen. Een wereld die bestaat uit Anderen en het Andere, zoals beschreven door Levinas en Postma<sup>40</sup>. Zelf zegt hij hierover het volgende:

*“Thus, by renouncing a part of his spontaneity, by engaging in the world through stable organs and pre-established circuits, man can acquire the mental and practical space that will free him, in principle, from his milieu and thereby allow him to see it. And, provided we put even the coming to awareness of an objective world back into the order of existence, we will no longer find a contradiction between it and bodily conditioning: that it provides itself with an habitual body is an internal necessity for the most integrated existence. What allows us to tie the ‘physiological’ and the ‘physical’ together is that, now reintegrated into existence, they are no longer distinguished as the order of the in-itself and the order of the for-itself, and because they both oriented toward an intentional pole or toward a world.”<sup>41</sup>*

Eind 20e en begin 21e eeuw komt de neurobiologische wetenschap erbij. Deze nieuwe stroming binnen de medisch-wetenschappelijke wereld buigt zich over de betekenis en de functies van het lichaam met betrekking tot de geest: de invloed van het lichaam op het bewustzijn of het denken. Er wordt onderzoek gedaan naar het brein en de daarmee samenhangende geest. Een bekende wetenschapper op dit terrein is Antonio Damasio<sup>42</sup>. Als laatste speler binnen de psychologische wetenschap komt het concept ‘embodied cognition’ - belichaamde cognitie - in beeld, waarbij het lichaam via sensorimotorische input de cognitie beïnvloedt en mede aanstuurt.

In de dualistische opvatting heeft het lichaam geen andere betekenis of functie dan het tijdelijk huisvesten van de geest. Het is een object dat enkel door een geest (of ziel) tot leven kan worden gewekt. Een geest die weer vertrekt op het moment dat het lichaam als gevolg van veroudering, terminale ziekte of een fataal trauma ‘de geest geeft’<sup>43</sup>.

Deze opvatting heeft lang bestaan, maar verliest op zowel filosofisch, medisch-wetenschappelijk als psychologisch gebied steeds meer terrein. Het lichaam is daarmee terug van weggeweest en krijgt niet alleen een nieuwe betekenis maar ook een doel. Wanneer we de hypothese aannemen dat de geest geen eigen entiteit is en niet buiten het lichaam kan bestaan - hierbij vooropgesteld dat dit, zolang dit niet bewezen is, slechts een aanname kan zijn - kan worden beargumenteerd dat het lichaam ‘leven als geïntegreerde eenheid’ (van lichaam en geest) als doel heeft. Wat daar de eventuele achterliggende doelen van zouden kunnen zijn, valt buiten het bestek van deze scriptie. Kijken we naar de betekenis van dit opnieuw geïntroduceerd lichaam, dan vinden we die mogelijk in het lichaam zelf. Zo komen er vragen in mij op als ‘bezit het lichaam kennis?’ en ‘hoe beleeft het lichaam?’. Op die vragen ga ik in de paragrafen 2.4 en 2.5 nader in.

---

<sup>40</sup> Zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.3.

<sup>41</sup> Merleau-Ponty, Maurice. *Fenomenologie van de waarneming*. PublishersTaylor & Francis Ltd, Routledge, 2010, p. 163.

<sup>42</sup> In paragraaf 2.4.2 ga ik hier verder op in.

<sup>43</sup> [https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/107348/mmubn000001\\_130165025.pdf](https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/107348/mmubn000001_130165025.pdf) [09-03-2020 23.52 uur]. Aldaar zie: p.6 tot en met p.9 in het academisch proefschrift door B.H. Bal ter verkrijging van de graad van doctor in de letteren en wijsbegeerte aan de R.K. Universiteit van Nijmegen *PLATO'S ASCESE IN DE PHAEDO* (1950).

## 2.4 Het lichaam als kennend lichaam

Door de terugkeer van het lichaam wordt het mogelijk om het lichaam nader te beschouwen en de positie ten opzichte van de geest te herdefiniëren. Lichaam en geest kunnen nu worden geïntegreerd, zij vormen een eenheid binnen het subject. Hiermee krijgt het lichaam ook een andere betekenis. Het is niet meer slechts een object, maar drager van essentiële functies voor het levende en denkende subject. In deze hoedanigheid kunnen aan het lichaam existentiële functies worden verbonden. Het 'zijn' is niet mogelijk zonder het functionele lichaam.

Om het leven te kunnen beleven, beschikt het lichaam over vijf zintuiglijke functies: horen, zien, proeven, ruiken en voelen. Voelen wordt onderverdeeld in drie aparte (somatische) zintuigen die vooral in de huid liggen: tastzin, thermoceptie (warmte en koud) en nociceptie (pijn). Voor het kunnen waarnemen van - en reageren op - al deze zintuiglijke prikkels is een brein nodig (de fysieke hersenen) en voor het kunnen beleven - ervaren - is een bewustzijn nodig (de geest).

In de volgende drie subparagrafen verkennen we het lichaam aan de hand van de oorsprong en de implicaties van 'het kennende lichaam' op een drietal terreinen. Filosofisch bekijk ik de theorieën van Merleau-Ponty - wiens fenomenologische filosofie toonaangevend is geweest - en van Gosse Postma - die met zijn filosofie een belichaamde vorm van presentie geeft. Voor de medisch-wetenschappelijke benadering verdiep ik mij in de theorie van Antonio Damasio - die onderzoek doet naar het bewustzijn - en Patricia Churchland - die zich bezighoudt met de werking van het brein. Vanuit psychologische oogpunt richt ik me op de embodied cognition-theorie van Thelen - bekend door haar onderzoek naar de cognitieve ontwikkeling bij baby's - en Valera, Thompson en Rosch en Clark, die als de grondleggers van de embodied cognition kunnen worden beschouwd.

### 2.4.1 Filosofische benadering

Binnen de fenomenologische filosofie van Merleau-Ponty krijgen lichaam en omgeving een cruciale rol toebedeeld. Centraal staat het 'être-au-monde' (zijn in de wereld), het aanwezig zijn in- en gericht zijn op de wereld (het 'naar de wereld zijn'), waarbij die gerichtheid om het waarnemen en handelen van het gehele subject gaat en dus niet alleen om het bewustzijn. Naast de intentionaliteit van het bewustzijn, kent Merleau-Ponty aan het lichaam een eigen, oorspronkelijke motorische intentionaliteit toe. Het lichaam leeft in zijn omgeving, beleeft deze (in een voortdurende interactie) en bezit een eigen denken. Dit 'cogito tactile' bepaalt naast het denken ook het handelen. Merleau-Ponty vervangt hiermee het dualistische 'ik denk' van Descartes door een monistisch subjectief 'ik kan'<sup>44</sup>. Het lichamelijke kennen vindt zijn oorsprong in deze motorische intentionaliteit. Het lichaam leert zichzelf bewegingen aan (weten), slaat deze op (herinneren<sup>45</sup>) en voert deze bewegingen in zijn omgeving zelfstandig uit, dus zonder tussenkomst van het bewustzijn (handelen).

---

<sup>44</sup> Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception* (1945), p. 160-213, "Door deze verduidelijkingen begrijpen wij uiteindelijk de motoriek ondubbelzinnig als oorspronkelijke intentionaliteit. Het bewustzijn is oorspronkelijk geen ik denk maar een ik kan" en "Bewustzijn is bij de dingen zijn door tussenkomst van het lichaam. Een beweging is geleerd als het lichaam haar in zijn 'wereld' heeft ingelijfd". Noot: Merleau-Ponty geeft zelf aan dat het 'ik kan' al voorkomt in het (onuitgegeven) werk van Husserl.

<sup>45</sup> Dit herinneren betreft niet iedere specifieke, eerder uitgevoerde beweging maar moet worden gezien als basis voor bekende en nieuwe samenstelling van bewegingen.

Met deze stellingname breekt hij in mijn ogen niet alleen met het Cartesiaanse gedachtegoed - door het primaat van de geest op te heffen - maar legt hij ook de basis voor nieuwe inzichten en stromingen waarbinnen het lichaam en de lichamelijke functies hun eigen plaats en rol krijgen, zoals bijvoorbeeld bij de embodied cognition benaderingswijzen (zie paragraaf 2.4.3).

Ook Postma<sup>46</sup> beschouwt het lichaam als een kennend lichaam, dat bovendien een kennend geheugen bezit. Dit 'kennen' is grotendeels zintuiglijk bepaald, met de tastzin als primair zintuig<sup>47</sup>. Onze huid bevat receptoren die tastgevoelig zijn en die onze relaties met de wereld en andere subjecten mede bepalen. Het lichaam bezit een eigen 'tastzintuiglijk kennen' en heeft als intermedium tussen subject en omgeving invloed op het handelen en op de geestelijke gesteldheid. Het interacteert met het bewustzijn.

Vergelijkbaar is wat Daniel Goleman zegt over emoties. Hij hanteert eenzelfde principe als Postma door te stellen dat het lichaam eigen kennis bezit, waarvan emoties deel uitmaken. Zijn onderzoek richtte zich op deze gevoelens, die buiten het bewustzijn omgaan maar haar wel degelijk beïnvloeden en mentale en fysieke reacties aansturen. Hij duidt hier op de zelfstandige, onbewuste respons op zintuiglijke prikkels, waarvoor de opbouw van onze hersenen verantwoordelijk en bepalend is. De oorzaak hiervan ligt in onze evolutie, die de opbouw van ons brein heeft bepaald. Via het complexe systeem van ons zenuwstelsel en onze zintuigen worden emoties en reacties vanuit het lichaam opgeroepen via een 'verkorte route', nog voordat het bewustzijn een beslissing kan nemen<sup>48</sup>.

#### 2.4.2 Medisch-wetenschappelijke benadering

Voor een wetenschappelijke verklaring van het lichaam richten we onze blik op enkele toonaangevende neurowetenschappers: Antonio Damasio en Patricia Churchland. Damasio, die zich al tientallen jaren bezighoudt met het bewustzijn, gaat ervan uit dat het bewustzijn (de geest<sup>49</sup>) - die hij definieert als 'het van zichzelf bewuste ik' (het ego) - ontstaat in het brein (de hersenen), vanuit een proces dat zich kenmerkt door biochemische en bio-elektrische activiteit. Hierbij kwalificeert hij het lichaam en de geest als één geheel<sup>50</sup>. Hij maakt onderscheid tussen een kernbewustzijn en een uitgebreid bewustzijn. Het eerste is eenvoudig van aard en geeft een 'zelf-gevoel' in het moment (het nu). De tweede vorm is complexer en geeft naast een sterker 'ik-gevoel' (een zelfbewuste identiteit) ook het vermogen om het verleden en de voorzienbare toekomst waar te nemen en te coördineren. Het kernbewustzijn is wezenlijk. Vindt hier een beschadiging plaats, dan valt het uitgebreide bewustzijn gedeeltelijk of geheel uit. Andersom is dat niet het geval. Hiermee verwerpt Damasio het

---

<sup>46</sup> Gosse A. Postma is werkzaam als zelfstandig therapeut en opleider aan de opleiding Haptonomie Protacte. Hij studeerde af aan verschillende universiteiten, in onder andere de: Theologie, Geestelijke Verzorging en Psychotherapie. Hij heeft diverse thema's en boeken gepubliceerd. Zie ook: [https://www.protacte.nl/index.php/nl/geanama-m\[08-03-2020 11.52 uur\].](https://www.protacte.nl/index.php/nl/geanama-m[08-03-2020 11.52 uur].))

<sup>47</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 137.

<sup>48</sup> Goleman, Daniel. *Emotionele intelligentie. Emoties als sleutel tot succes*. Uitgeverij Contact Amsterdam/ Antwerpen, 1997. p. 23-36. Verkorte route: zintuiglijke prikkels gaan voor een deel via de hypothalamus rechtstreeks naar de amygdala die hierop reageert voordat de neocortex (ons bewuste denken) alles heeft verwerkt en kan reageren.

<sup>49</sup> In deze scriptie wordt onder 'geest' het bewustzijn met de ratio, dus het zelf, of de eigen ik verstaan. Damasio hanteert een andere invulling. Bij hem is de geest niet een 'iets' maar een proces van bewuste en onbewuste activiteiten (Antonio Damasio, *Ik voel dus ik ben*, noot 7).

<sup>50</sup> Damasio, Antonio R. *'Ik voel dus ik ben.' Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Tweede druk. Amsterdam 2003. Uit het Engels vertaald door Maaike Post en Arjen Mulder, p. 34: "In het relatiespel van het bewustzijn is ons organisme de ongedeelde eenheid waarin ons leven zich afspeelt: ons lichaam."

dualisme: lichaam en geest zijn in zijn visie één en kunnen niet los van elkaar bestaan<sup>51</sup>.

Dezelfde bevindingen vinden we bij Patricia Churchland<sup>52</sup>. Churchland stelt dat inzicht in de geest, inzicht in de hersenen vereist, omdat ons hersenweefsel volgens haar ons denken, doen en laten omvat. Neuronen zijn hier de bepalende factor<sup>53</sup>. Zij bepalen ons karakter, onze voorkeuren en onze talenten maar ook ons denkvermogen, ons oplossingsvermogen en onze reacties, en dat voor ieder subject uniek. Er bestaat geen eenzelfde (gestructureerd en geconfigureerd) brein. Ons bewustzijn - onze geest - is een product van ons brein en daarmee van ons lichaam. Er bestaat geen primaat, simpelweg omdat beide geheel met elkaar verbonden en van elkaar afhankelijk zijn.

Dat geest en lichaam een ondeelbare eenheid vormen, kan volgens mij ook worden afgeleid door naar het lichaam te kijken als 'gevoelslichaam'. Lichamelijke sensaties (fysieke, binnen en door het lichaam opgeroepen gevoelens) worden niet enkel *geregistreerd* door het bewustzijn (de gewaarwording) maar *beïnvloeden* dit ook, en wel zo dat het bewustzijn op deze prikkels wordt gefixeerd. Dit gebeurt bij zowel positieve als negatieve stimuli, waarbij de geest in werking wordt gezet door (de stimuli van) het lichaam. Dit zijn gevoelens die de geest alleen kan ervaren maar waar zij geen enkele macht over heeft en ze ook niet kan benoemen (onder woorden brengen). Denk bijvoorbeeld aan het orgasme (als positief voorbeeld) en aan pijn (als negatief voorbeeld). Maar ook een paniekaanval als gevolg van hyperventilatie, waarbij het subject in doodsangst verkeert en overtuigd is te zullen sterven aan een hartaanval. Eenzelfde principe geldt voor de lichamelijke reflexen. Wanneer er bijvoorbeeld (zonder dit te weten) op een stuk glas wordt gestapt, zal het lichaam de voet al hebben teruggetrokken nog voor het bewustzijn reageert op de pijnprikkel die het ervaart. Het lichaam handelt autonoom, het bezit een eigen beschermingsmechanisme, heeft eigen kennis en motorische vaardigheden.

### 2.4.3 Psychologische benadering: Embodied cognition

Eind jaren tachtig van de vorige eeuw ontstond binnen de cognitiewetenschap een nieuwe stroming: 'embodied cognition'. De aanleiding hiervoor kwam vanuit de robotica, waar het ontwikkelen van zelfstandig opererende robots - bestuurd door Artificial Intelligence - problemen opleverde<sup>54</sup>. Voor het vinden van een oplossing werd de blik gericht op de menselijke cognitie. Onderzoek naar de herkomst van intelligentie (cognitieve functies) leidde tot de these dat intelligentie niet enkel voortkomt uit processen binnen de hersenen, maar ook afhankelijk is van biologische en omgevingsfactoren.

---

<sup>51</sup> Damasio, Antonio R. *'Ik voel dus ik ben.'* Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen. p. 16-29.

<sup>52</sup> Patricia Smith Churchland is professor filosofie aan de University of California, San Diego. Ze wordt geassocieerd met het eliminatief materialisme. Deze stroming stelt dat concepten zoals geloof, vrije wil en bewustzijn herdefinieerd moeten worden naarmate meer inzicht in de aard van hersenfuncties wordt verkregen. Tevens wordt ze beschouwd als een naturalist. Zij meent dat wetenschappelijk onderzoek het beste kan worden begrepen vanuit de natuur van de geest.

<sup>53</sup> [https://patriciachurchland.com/wp-content/uploads/2016/04/2004\\_How\\_Do\\_Neurons\\_Know.pdf](https://patriciachurchland.com/wp-content/uploads/2016/04/2004_How_Do_Neurons_Know.pdf) [06-03 14.58 uur]. "My knowing anything depends on my neurons, the cells of my brain. More precisely, what I know depends on the specific configuration of connections among my trillion neurons, on the neurochemical interactions between connected neurons, and on the response portfolio of different neuron types. All this is what makes me".

<sup>54</sup> Rodney Brooks, 'Elephants Don't Play Chess' (1990). In dit artikel betoogde Brooks dat: "In order for robots to accomplish everyday tasks in an environment shared by humans, their higher cognitive abilities, including abstract thinking emulated by symbolic reasoning, need to be based on the primarily sensory-motor coupling (action) with the environment, complemented by the proprioceptive sense which is a key component in hand-eye coordination".

De klassieke cognitiewetenschap beperkt zich tot interne, binnen het subject plaatsvindende processen in de hersenen die te maken hebben met het opnemen en verwerken van informatie en die dit doen door middel van presentaties en berekeningen. Bij embodied cognition – de theorie die de belichaming opvat als een unieke wijze waarop de sensorimotorische capaciteiten<sup>55</sup> van een organisme<sup>56</sup> het mogelijk maken om afhankelijk van de omstandigheden te interacteren met zijn directe omgeving – is de centrale gedachte dat deze capaciteiten in relatie met het lichaam en de omgeving een belangrijke rol innemen bij de ontwikkeling van cognitieve functies (categorie- en conceptvorming) en vaardigheden. Door de waarneming en waarnemingservaring ontwikkelt het organisme sensorimotorische schema's, die het in staat stelt om gerichte, doeltreffende acties te kunnen uitvoeren.

Genoemde gedachte en het verschil met de klassieke cognitieve benaderingswijze werd door ontwikkelingspsychologe Thelen e.a. als volgt verwoordt:

*"To say that cognition is embodied means that it arises from bodily interactions with the world. From this point of view, cognition depends on the kinds of experiences that come from having a body with particular perceptual and motor capacities that are inseparably linked and that together form the matrix within which memory, emotion, language, and all other aspects of life are intermeshed. The contemporary notion of embodied cognition stands in contrast to the prevailing cognitivist stance which sees the mind as a device to manipulate symbols and is thus concerned with the formal rules and processes by which the symbols appropriately represent the world."*<sup>57</sup>

Samen met Smith deed Thelen onderzoek naar de cognitieve ontwikkeling bij baby's. Zij concludeerden dat wanneer een baby zijn eigen bewegingen leert beheersen en bepaalde acties leert uit te voeren, het een begrip ontwikkelt van eigen basisperceptuele en motorische vaardigheden. Deze dienen als essentiële basis voor het verwerven van complexere cognitieve processen<sup>58</sup>. In deze dynamische systeemanalyse kon worden bekeken hoe gedrag zich ontwikkelt en hoe het zich in de loop van de tijd doorontwikkeld. Deze real-time analyse ontbreekt in de klassieke cognitieleer.

Naast Thelen en Smith kent de theorie van de embodied cognition<sup>59</sup> een aantal andere toonaangevende wetenschappelijke onderzoekers. Zo worden Clark en Varela, Thompson en Rosch beschouwd als de grondleggers ervan. Varela, Thompson en Rosch introduceerden in

---

<sup>55</sup> Sensorisch als waarnemend, gewaarwordend van prikkels en motorisch als het kunnen ondernemen van acties. Sensorimotorisch als de motorische reactie op zintuiglijke informatie afkomstig uit interactie met de omgeving.

<sup>56</sup> Organisme als aanduiding van alle levensvormen ter benadrukking van de unieke belichaming die andere sensorimotorische capaciteiten voortbrengt. Zo zal bijvoorbeeld een mens een voorwerp onderzoeken met zijn handen, een hond met zijn mond en een olifant met zijn slurf. Door de eigen unieke vorm van zijn belichaming ontwikkelt ieder organisme zijn eigen unieke sensorimotorische capaciteiten en cognitieve vaardigheden.

<sup>57</sup> Thelen, Esther. *The dynamics of embodiment; A field theory of infant perseverative reaching*, in Behavioral and brain science (2001) 24, p.

1.

<sup>58</sup> Esther Thelen en Linda Smith, 'A dynamical systems approach to the development of cognition and action' (1994) p. 129-187.

Linda B. Smith is hoogleraar psychologie en cognitieve wetenschappen aan de Universiteit van Indiana en auteur van meer dan honderd publicaties over cognitieve en taalkundige ontwikkeling bij jonge kinderen.

<sup>59</sup> Hier bedoelt als containerbegrip voor de verschillende benaderingswijzen binnen de embodied cognition.

hun boek 'The Embodied Mind' wat zij de 'enactieve benadering'<sup>60</sup> noemden, waarbij zowel de omgeving als de ervaring aspecten van belichaming zijn. Zij verwoorden dit zo:

*"By using the term embodied we mean to highlight two points: first, that cognition depends upon the kinds of experience that comes from having a body with various sensorimotor capacities and second, that these individual sensorimotor capacities are themselves embedded in a more encompassing biological, psychological and cultural context. By using the term action we mean to emphasize once again that sensory and motor processes, perception and action, are fundamentally inseparable in lived cognition."*<sup>61</sup>

Varela, Thompson en Rosch benadrukken de veronderstelling dat cognitie afhankelijk is van het soort ervaring. Ze leggen hierbij de nadruk op het lichaam door te stellen dat de ervaring voortkomt uit het lichaam dat beschikt over sensorimotorische capaciteiten, die individueel zijn ingebed door een biologische, psychologische en culturele context.

Centraal in hun theorie is de 'perception-action-loop'. Succesvolle interactie met de omgeving komt voort uit een strakke verbinding tussen waarneming en beweging. Het bewegen door de omgeving leidt tot nieuwe perceptie, die weer leidt tot actie, enzovoort. Hierbij is de vorm van de belichaming - en zijn sensorimotorische capaciteiten - bepalend voor de perceptie en de actie. Perceptie en actie bepalen elkaar<sup>62</sup>.

Clark<sup>63</sup> is de grondlegger van de 'scaffolding-benadering', waarin alle externe hulpmiddelen<sup>64</sup> onderdeel zijn van het cognitief vermogen<sup>65</sup>. Samen met Chalmers komt hij tot de theorie van de 'extended mind'<sup>66</sup>. In tegenstelling tot andere embodied cognition onderzoekers laten Clark en Chalmers ruimte voor de klassieke cognitietheorie. Zij zien een aanvullende rol weggelegd voor het traditioneel verklarende concept van representaties en berekening.

Het idee van de belichaamde cognitie biedt tegenwicht aan de gedachte dat onze geest zich in ons hoofd bevindt. De grenzen van wat wordt verstaan onder cognitie - de mentale processen - zijn echter nog altijd niet bepaald<sup>67</sup>. Empirisch onderzoek laat weliswaar nieuwe

---

<sup>60</sup> Varela, J. F., Thompson, E. en Rosch, E. *The Embodied Mind, Cognitive Science and Human Experience*. Revised Edition The MIT Press, London, 2016, p. 173. *Enactivisme stelt dat cognitie ontstaat door een dynamische interactie tussen een acterend organisme en zijn omgeving.*

<sup>61</sup> Varela, J. F., Thompson, E. en Rosch, E. *The Embodied Mind, Cognitive Science and Human Experience*. p. 211-212.

<sup>62</sup> Ibidem p. 147-184).

<sup>63</sup> Andy Clark is professor in de filosofie aan de University of Edinburgh. Zijn onderzoek richt zich op kunstmatige intelligentie, kunstmatig leven, belichaamde cognitie, filosofie van de geest, technologie en cultuur.

<sup>64</sup> Hulpmiddelen zijn die middelen waarmee het subject zijn eigen vermogen vergroot, bijvoorbeeld pen en papier waarmee het geheugen kan worden uitgebreid door het opschrijven van gebeurtenissen, e.d.

<sup>65</sup> Cognitieve processen spelen zich hierin ook buiten het brein af, zij reiken verder, afhankelijk van het soort hulpmiddel. Zij omschrijven hun stelling als volgt: "... the human organism is linked with an external entity in a two-way interaction, creating a coupled system that can be seen as a cognitive system in its own right. All the components in the system play an active causal role, and they jointly govern behavior in the same sort of way that cognition usually does. If we remove the external component the system's behavioral competence will drop, just as it would if we removed part of its brain. Our thesis is that this sort of coupled process counts equally well as a cognitive process, whether or not it is wholly in the head."

<sup>66</sup> Andy Clark en David Chalmers, 'The Extended Mind' in *Analysis*, Vol. 58, No. 1 (Jan. 1998), p. 7-19, uitgave van Oxford University Press. (David Chalmers is bewustzijnsfilosoof en verbonden aan de Australian National University).

Noot: we vinden dit idee van de extended mind al in het werk van Merleau-Ponty. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception* (1945), p. 209, "De stok is voor de blinde niet langer een object; hij wordt niet meer als stok waargenomen; het uiteinde ervan is tot een gevoelige zone getransformeerd; het vergroot de omvang en de actieradius van het tasten; het komt overeen met een blik."

<sup>67</sup> Keijzer, F. A., Den Boer, J. A., Glas, G., en Vermooij A. (Eds.), *Kernproblemen van de psychiatrie* (p. 135-179). Dr. F. A. Keijzer is universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Groningen en heeft verschillende publicaties uitgebracht, o.a. op het gebied van embodied cognition.



ontdekkingen zien, maar de interpretatie daarvan lijkt niet te leiden tot wetenschappelijke vaste standpunten. Psychologie is geen exacte wetenschap en omdat embodied cognition ook de mentale processen bestudeert, kent deze richting hetzelfde probleem.

Wel kunnen we vaststellen dat dat het lichaam binnen de embodied cognition theorieën een essentiële plaats inneemt. Dit komt vooral tot uitdrukking in het gegeven dat ieder organisme zijn eigen unieke vorm van belichaming kent en de veronderstelling dat dit de vorming en inhoud van de eigen cognitie (de cognitieve vaardigheden en functies) bepaalt. Het lichaam bezit zintuigen, sensorimotorische capaciteiten en een brein waarmee het organisme de wereld om zich heen kan ervaren of waarnemen en doelbewuste, gerichte acties kan ondernemen. De cognitieve vaardigheden worden door middel van het lichaam in de interactie met zijn omgeving tot stand gebracht.

Embodied cognition verschuift het denken over het lichaam als ‘container voor de hersenen’ (het brein) naar een lichaam als ‘partner van de hersenen’ bij de productie van cognitie. Deze ‘nieuwe’ functie van het lichaam wordt door Shapiro als volgt verwoord:

*"The body incorporates passive dynamics, structures information and determines unique sensory signatures that help to create perceptual experience. Body and brain divide labor of cognition between them, sharing in processes that neither could complete on its own."*<sup>68</sup>

## 2.5 Het lichaam als levend lichaam

In de vorige paragraaf is naar het lichaam gekeken als ware het een ‘kennend organisme’. Het ging daarbij om eigenschappen en functies die het lichaam bezit en die het zelfstandig kan uitvoeren, dus zonder een bewustzijn. Wel vindt er interactie plaats met het bewustzijn en kan het bewustzijn worden beïnvloed door deze autonome eigenschappen en functies. Naast de positie van ‘het kennen’, staat de positie van ‘het in leven zijn en het beleven van dat leven’.

Om te kunnen leven is een lichaam nodig, dat wordt ‘aangezet door een levensvonk’<sup>69</sup> en dat is voorzien van een motoriek systeem (mobiliteit) en een ingebouwde besturingseenheid (brein). Zonder dit ‘aangezette’ lichaam is geen leven mogelijk. Deze wetmatigheid geldt voor ieder organisme, van de minst tot de meest complexe levensvorm. Daarnaast is een omgeving nodig waarin en waardoor het organisme kan bestaan. Als levend en belevend lichaam bezit het lichaam vitaliteit en heeft het behoeften en verlangens. Deze aspecten worden behandeld in paragraaf 2.5.1 en 2.5.2.

### 2.5.1 Vitaliteit

Om te kunnen leven, bezit het lichaam vitaliteit: een energetische levenskracht die het lichaam tot leven brengt en in leven houdt door het te voorzien van energie, motivatie en veerkracht op fysiek, mentaal, emotioneel en spiritueel vlak. Vitaliteit kent vele vormen en is voor ieder subject uniek. Bovendien kan de kracht van vitaliteit binnen het subject variëren

---

<sup>68</sup> Shapiro, Lawrence. *Embodied cognition*, second edition, publisher Routledge, New York 2019, p. 74. Lawrence Shapiro is professor in de filosofie en werkzaam aan de University of Wisconsin.

<sup>69</sup> Stern, Daniel N., *Forms of Vitality, Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy and Development*. Oxford University Press. New York 2010, p.3.

en neemt zij af naarmate het subject verouderd<sup>70</sup>.

Ondanks dat deze 'levensvonk' cruciaal is voor het leven, is er weinig over geschreven en nauwelijks onderzoek naar gedaan. Eén van de weinige onderzoekers op het gebied van vitaliteit was Daniel Stern<sup>71</sup>. In *Forms of Vitality* beschrijft hij vitaliteit als een dynamisch geheel van vormen van vitaliteit (een 'Gestalt') in interactie met beweging(en), waarbij sprake is van al dan niet bewuste proprioceptie<sup>72</sup>. Hij stelt dat de constante beweging als grondslag geldt en het subject bewust maakt van het 'in leven zijn'<sup>73</sup>. Vitaliteit wordt beheerst door beweging, in samenhang met tijd, kracht, ruimte en intentie van die beweging. Dit *fundamental dynamic pentad*<sup>74</sup> maakt ervaren mogelijk.

Stern ziet de 'arousal systems' - die zijn geposteerd in de hersenstam - als mogelijke basis voor het creëren en ervaren van (de vormen van) vitaliteit. Arousal is de motor achter de initiatie, de kracht en de duur van bijna alles wat we doen. Het zet ons in beweging en reguleert onze emoties<sup>75</sup>.

Om de theorie over vitaliteit van Stern en de al dan niet bewuste gewaarwordingen binnen het lichaam te onderbouwen, verken ik kort het West-Afrikaanse (Ghana-Togo) concept van 'seselelame'. Dit begrip kan worden omschreven als het belevende voelen in het lichaam, waarbij een subject kan horen en voelen in het lichaam zelf. Hierbij spelen zowel interne als externe zintuigen een rol. Binnen dit Afrikaanse concept bestaat geen tegenstelling tussen lichaam en geest. Ze worden niet als tegenpolen beschouwd<sup>76</sup>. Het lichaam, de geest en de omringende wereld vormen een spiritueel geheel, waarbij een individu, onafhankelijk van de gemeenschap, niet denkbaar is<sup>77</sup>.

Wanneer we het begrip 'seselelame' plaatsen in het concept van Stern, dan zien we een overeenkomst in de eerdergenoemde, al dan niet bewuste gewaarwording binnen het lichaam.

---

<sup>70</sup> Stern, Daniel N. *Forms of Vitality*. p 3-12.

<sup>71</sup> Daniel Norman Stern (1934-2012) was een prominente Amerikaanse psychiater en psychoanalytische theoreticus. Hij was Adjunct-professor psychiatrie aan Cornell Medical School, New York en honorair professor in de psychologie aan de universiteit van Genève. Voortbouwend op het werk van Mahler probeert hij in zijn publicaties een antwoord te geven op de vraag hoe wij ons het gevoelsleven, de subjectiviteit van de baby kunnen voorstellen. Stern postuleerde het belang van de motherhoodconstellation: de driehoek die een moeder vormt met haar kind en haar eigen moeder. Binnen deze driehoek krijgen de existentiële vragen over het behoud van leven en identiteit hun betekenis. In latere jaren heeft Stern zijn kennis over de betekenis van de interactie tussen moeder en kind voor de ontwikkeling van het kind ingepast in theorieën over de wezenlijke aard van het veranderingsproces binnen een psychoanalytische behandeling <https://www.psychoanalytischwoordenboek.nl/lemmas/stern-daniel/> [06-03-2020 09.04 uur].

<sup>72</sup> Is het vermogen van een organisme om de positie van het eigen lichaam en lichaamsdelen waar te nemen. Het woord proprioceptie komt van de Latijnse woorden proprius (eigen) en perceptie (gewaarwording of waarneming).

<sup>73</sup> Stern, Daniel N. *Forms of Vitality, Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy and Development*. Oxford University Press. New York 2010, p. 3-18, Zie aldaar: "The ongoing chances of almost constant movement reignite and maintain our sense of being alive."

<sup>74</sup> Van het Griekse woord pentas: groep van vijf.

<sup>75</sup> Stern, Daniel N. *Forms of Vitality. Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy and Development*. Oxford University Press. New York 2010, p. 57-72.

<sup>76</sup> Geurts, Kathryn Linn, "Conscious as 'Felling in the Body' A West African Theory of Embodiment, Emotion and Making of Mind, in Howes (ed), *Empire of the Senses*, p. 165.

<sup>77</sup> <http://www.estheticatijdschrift.nl> [15-01-2020 19.55 uur] Een artikel van Kimmerle, Heinz. *Naar een niet-dialectische verhouding van lichaam en ziel. Een interculturele spiegel van het Afrikaanse denken*.

### 2.5.2 Behoeft en verlangen

De omgeving voorziet het subject van levensruimte en van benodigdheden om in leven te kunnen blijven: de levensbehoeften. Deze behoeften zijn noodzakelijk en fysiologisch van aard. Het zijn de eerste of primaire levensbehoeften.

Voor de mens als meest complex organisme komen hier andere behoeften bij. Dit zijn behoeften van psychologische aard: de verlangens. Deze zijn niet noodzakelijk maar complementair en vinden hun bron in het bewustzijn, dat het vermogen tot verlangen bezit. Verlangen kent een positieve en negatieve zijde. Wordt ze vervuld, dan kan een gevoel van blijheid en geluk ontstaan. Het subject is bevredigd. Vindt er geen invulling plaats, dan kan dat leiden tot frustratie en onbehagen. Het subject is onbevredigd. Zo beschouwd zijn verlangens dus in meer of mindere mate bepalend voor het welzijn.

Bovenstaande kan leiden tot de volgende definities. *Behoeften zijn vervulbare noodzakelijkheden voor het in leven blijven van het organisme. Verlangens zijn al dan niet vervulbare benodigdheden voor het bevredigen van wensen.*

We kunnen een onderscheid maken tussen behoeften en verlangens, die leven en beleven in alle facetten mogelijk maken. Hierbij dient te worden opgemerkt dat behoeften een universele en verlangens een individuele gelding hebben. Universeel omdat behoeften noodzakelijkheden tot het in standhouden van het leven betreffen, individueel omdat ieder subject uniek is en eigen wensen (verlangens) zal hebben<sup>78</sup>.

Genoemde verlangens kunnen al dan niet vervulbaar zijn. Gaat het om materiële zaken, dan zijn die in principe vervulbaar (afhankelijk van de situatie van het subject). Gaat het om immateriële zaken, dan zijn die niet vervulbaar en bezitten ze een metafysisch karakter, ze 'overstijgen' ons. Dit transcendent 'Verlangen' wordt door Levinas en Postma met een hoofdletter geschreven om zo het verschil in status met materiële verlangens uit te drukken. Beide filosofen plaatsen dit Verlangen in een relationele context, maar zien de oorsprong van de transcendentie anders.

Levinas ziet de metafysica als bron van transcendentie. Deze metafysica is gelijk aan God en wordt door hem benoemd als Allerhoogste en Oneindige. Hier vindt hij de transcendentie die als onvervulbaar Verlangen - als onoverbrugbare distantie tussen het Zelf en de Ander - optreedt in de ontmoeting met de Ander<sup>79</sup>. 'Het appèl dat de Ander op mij doet is leidend, hieraan moet gehoor worden gegeven.' Levinas breekt zo met het door Descartes ingeleide egocentrisme, waarbij de Ik met diens behoeften vooropstaat. Niet de Ik staat in zijn visie centraal, maar de Ander.

---

<sup>78</sup> Zie ook: Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 25-33.

<sup>79</sup> Levinas, E. *Totaliteit en Oneindigheid*. Boom Uitgevers, Amsterdam 2018, 2<sup>e</sup> oplage, p. 25-48. Levinas schrijft de Ander met een hoofdletter om zo zijn of haar bijzondere status aan te geven: de Ander staat boven het Zelf, boven de Ik.

Volgens Postma vindt het Verlangen zijn oorsprong in de prenatale levensfase, waarin het ongeboren kind nog één organisme vormt met de moeder. In deze fase wordt het kind voorzien en verzorgd in alle behoeften, zonder dat het daar zelf iets voor hoeft te doen. Postma ziet dit als een voor het ongeboren kind ideale positie. Na de geboorte - waarmee het kind een eigen subject wordt - vervalt dit ideaal, maar blijft het als onvervulbaar Verlangen gedurende de gehele levensduur aanwezig<sup>80</sup>. Postma beschouwt transcendentie als *naturalized*: als een natuurlijk gegeven dat via lichamelijke, intuïtieve routes aan het subject kenbaar wordt gemaakt. Hij plaatst deze in de presentie, in de relatie met de Ander en benoemt dit als 'tegelijkertijd-ervaring'.

Behoeftte en Verlangen zijn terug te vinden binnen de in hoofdstuk één genoemde zorgkaders. Het normatieve kader met zijn maakbaarheidsprincipe is volledig gericht op de behoeftige patiënt. Diens ziekte moet worden genezen of diens gebrek geminimaliseerd. Dit proces is volledig genormaliseerd en geprotocolleerd en hierbij staan efficiency en meetbaarheid voorop. In het narratieve kader is het subject in zijn geheel - dus inclusief zijn verlangens - leidend en draait het om diens narratief.

---

<sup>80</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 207-233.

## 2.6 Samenvatting

Wanneer we dit hoofdstuk samenvatten, kunnen we vaststellen dat de positie van het lichaam vanuit verschillende disciplines niet langer die van het Cartiaanse gedachtegoed is maar dat het een volwaardige en onmisbare plaats ten opzichte van de geest inneemt. Het lichaam is niet alleen onmisbaar, het herbergt zintuigen en een brein, onmisbare fysieke kenmerken voor het bewustzijn, en vormt zo samen in verbinding met de geest het subject als eenheid.

Naast het vaststellen van de positie van het lichaam, is de betekenis van het lichaam als kennend lichaam vanuit drie disciplines onderzocht. Ook hier werd duidelijk dat het lichaam een centrale positie inneemt. Niet alleen huisvest zij de geest (het bewustzijn), zij interacteert ook met de geest - zowel intern (binnen het subject zelf) als extern (met de omgeving) - en bezit een eigen zintuiglijk en motorisch kennend en handelend vermogen.

Ook is het lichaam als levend organisme verkend. Dit lichaam bezit vitaliteit als 'levensvonk' en kent behoeften en verlangens. Boven deze verlangens staat een transcendent Verlangen dat zijn openbaring vindt in de relatie met de Ander en het Andere (de omgeving) maar dat niet kan worden vervuld. Deze trias (vitaliteit, behoeften en verlangens en Verlangen) kleuren het leven op een voor ieder subject eigen unieke wijze in.

Na deze bepaling van de positionele waarde en betekenis van het lichaam, wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan op de presentie. Dit doe ik vanuit de derde deelvraag, *wat is presentie?*

## Hoofdstuk 3 Presentie

- 3.1 Inleiding
- 3.2 Presentietheorie van Baart
- 3.3 Presentie volgens Postma
- 3.4 Beide theorieën vergeleken
- 3.5 Presentie bevraagd
- 3.6 Samenvatting

### 3.1 Inleiding

Nu in hoofdstuk twee de positie en waarde van het lichaam in beeld zijn gebracht, volgt in dit hoofdstuk de invulling van het derde bestanddeel van de kernvraag: de presentie. Ik bekijk deze vanuit twee invalshoeken. In paragraaf 3.2 komt de praktijkgerelateerde presentietheorie van Baart aan bod en in paragraaf 3.3 de filosofische benadering van Postma. Ze worden vergeleken in paragraaf 3.4 en kritisch bevraagd in paragraaf 3.5.

### 3.2 Presentietheorie van Baart

Binnen de geestelijke verzorging neemt de presentietheorie van Andries Baart een voorname positie in. Dit blijkt ook uit het feit dat zij wordt onderwezen aan de Rijks Universiteit Groningen (Master Geestelijke Verzorging)<sup>81</sup>.

Baart heeft zijn presentietheorie ontwikkelt na langdurig onderzoek in het werkveld van de geestelijke verzorging. Door een tweetal buurtpastores<sup>82</sup> te observeren tijdens hun werk en hen hierover te interviewen, ontdekte hij dat deze pastores een geheel eigen werkwijze hanteerden. Vaak in strijd met - en vrij van - bestaande methodieken en protocollen en ook niet toewerkend naar een (vooropgesteld) doel. Van enige normering was geen sprake. Voor de pastores stond maar één zaak centraal: hun aanwezigheid bij en voor mensen.

Baart zag overeenkomsten met de interventiemethode<sup>83</sup> en vergeleek deze met de werkwijze van de pastores. Beide delen een aantal raakvlakken en kunnen in de praktische uitvoering gedeeltelijk in elkaar overvloeien. Maar dat ze in elkaars verlengde liggen, betekent niet dat ze aan elkaar gelijk zijn. Baart benadrukt dit door ze in zijn vergelijking tegenover elkaar te stellen. Wel stelt hij dat presentie kan leiden naar interventie; in deze chronologie verhouden presentie en interventie zich dan tot elkaar als legitimatie en effectiviteit.

De presentietheorie van Baart is een praktijktheorie. Feitelijk is zij een benaderingswijze: ze geeft uitvoeringsrichtlijnen aan de presentie. Baart noemt dit 'werkbeginselen' en ziet deze als leidende regels. Deze regels hebben enerzijds een methodische component en anderzijds een morele lading: ze bevatten conditionele waarden (standpunten over wat goed, juist en

---

<sup>81</sup> Doolaard, Joop. *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*. Kampen, Uitgeverij Kok. 2006, p. 273 e.v.

<sup>82</sup> Baart, Andries. *Een theorie van presentie*. Den Haag 2011, Boom Uitgevers, 3<sup>e</sup> druk, p. 32.

<sup>83</sup> Bron: ARTA (onderdeel van de Lievegoed Zorggroep), Zingeving en verslaving. Een verslag van 33 jaar ervaring, John van Schaik (redactie), p. 96. Deze methodiek kent een viertal uitgangspunten: 1) omvorming van de vraag of stoornis tot een behapbaar probleem, 2) een ingebouwd idee over wat een goede oplossing voor het probleem is, 3) een bepaalde werkwijze of werktechniek met bijbehorende procedures, protocollen of instrumenten en controlesystemen, 4) een bepaalde betrekking tussen de uitvoerder van de techniek en degene die object is van de techniek.

nastrevenswaardig is). Centrale waarde is de menselijke waardigheid. Centraal werkbeginsel het zorgen. Zorg en waardigheid zijn bijdrage en doel<sup>84</sup>.

Door methodische en inhoudelijke kenmerken te formuleren en deze uit te kristalliseren tot een achttal werkbeginselen, kreeg de theorie van Baart zijn vorm. Deze werkbeginselen vormen samen de manier waarop de presentie moet worden uitgevoerd. De inhoudelijke kenmerken geven een karakteristiek beeld van de presentie: betrokken aandachtigheid, afstemming op de leefwereld, trouwheid, wederkerigheid, openheid, gerichtheid op relationele nabijheid en op menselijke waardigheid<sup>85</sup>.

Kenmerkend voor presentiebeoefenaars is het 'er zijn voor' als uitbreiding van het 'er zijn met' de Ander, zonder zich daarbij direct te richten op probleembenoeming en -oplossing, zoals dat bij de interventiebenadering de norm is. De interventionist treedt actief op, terwijl de presentiebeoefenaar zich zowel actief als passief opstelt. Actief in de benadering: hij of zij begeeft zich in het veld. Actief en passief in de ontmoeting of relatie: hij of zij moet dingen laten en laten gebeuren (de passieve opstelling) maar moet zich - wanneer dit noodzakelijk wordt geacht - ook tot iets zetten (de actieve opstelling). Bij deze benadering hoort daarom verantwoordelijkheid. De presentiebeoefenaar is niet geheel vrij in het doen en laten: adequate zorg voor de Ander is doel en middel tegelijk. Hier vindt de presentie zijn raakvlak met de interventie.

Baart beschrijft presentie als een methodische manier van werken. Het is meer dan het enkel aangaan van een relatie en het kent een zekere structuur. Hij benadrukt deze visie door te wijzen op de professionaliteit die wordt verlangd van de presentiebeoefenaar. Deze dient de eigen denkbeelden en vooroordelen van zich af te werpen en de Ander met een open blik te benaderen. Dat vergt inspanning en training. Deze professionele houding en benadering legitimeert de presentie als methodiek en kleurt de werkwijze binnen de relatie met de hulpbehoevende.

### 3.3 Presentie volgens Postma

De aanzet voor zijn theorie over presentie, wordt bij Postma gemarkeerd door persoonlijke ervaringen. Ervaringen onder meer opgedaan tijdens zijn werk als praktiserend hpto- en gestalttherapeut. Hierin zit een gedeeltelijke overeenkomst met het empirisch onderzoek dat Baart leidde naar zijn presentietheorie. Echter, anders dan Baart schoeit Postma zijn theorie niet alleen op een praktijkgerelateerde leest maar ook op een filosofische. Postma baseert zijn theorie op een filosofisch fundament waarbij hij sterk is beïnvloed door het gedachtegoed van Levinas<sup>86</sup>. Maar waar Levinas een metafysica hanteert met een religieuze duiding<sup>87</sup>,

---

<sup>84</sup> Baart, Andries. *Een theorie van presentie*. Den Haag 2011, Boom Uitgevers, 3<sup>e</sup> druk, p. 721-808.

<sup>85</sup> Sociale interventie, jaargang 12 (2003-2), p. 76-94, uitgave van Elsevier Overheid, Den Haag Reed Business Information bv, Baart, *ONGEMAKKELIJK - ZOALS HET HOORT*, In gesprek met kritische bemerkingen bij de presentietheorie.

<sup>86</sup> Levinas, E. *Totaliteit en Oneindigheid*. Boom Uitgevers, Amsterdam 2018 2<sup>e</sup> oplage, p. 11-21 (1906-1995). Het was Levinas die door als kern van zijn denken de Ander in plaats van de Ik centraal te stellen, een rigoureuus andere invalshoek toonde dan het in de westerse wereld ingebakken 'Ik-denken'. In zijn optiek bracht dit egocentrisme naast het goede ook het slechte in de mens naar boven en ligt daarin de kiem voor geweld, oorlog en vernietiging. Zijn filosofie is mede getekend door de Holocaust.

<sup>87</sup> <https://www.kuleuven.be/thomas/page/vreemde-gelaat-van-de-ander/> [06-03-2019 15.24 uur] Aldaar: "Levinas geeft daarentegen een religieuze invulling aan de subjectieve ervaring tussen mensen of presentie. Volgens hem is de ontmoeting met 'de Andere' de enige manier om God te ontmoeten. Antwoorden op een vraag van God zouden liggen in het beroep dat 'de Andere' op je doet."

beschouwt Postma deze als natuurlijk fundament: vanuit de nataliteit gegeven<sup>88</sup>.

Postma verbindt wederzijdse zorg met transcendentie en ethiek en komt zo tot zijn eigen invulling van presentie. Presentie als natuurlijk fenomeen, gedragen door wederzijdse zorg met een overstijgend (transcendent) karakter en gestuurd door eigen kennis en eigen ethische waarden. In deze presentie - in relatie met de Ander - ziet Postma een overstijgend karakter, waaruit ethiek ontstaat als een natuurlijk gegeven. Hij neemt de stelling in dat tijdens de prenatale fase - waarin moeder en ongeborn kind nog samen één organisme vormen - bij het kind door tastzintuiglijke prikkels een tastzintuiglijk kennend lichaam met dito geheugen ontstaat, dat vanaf de geboorte de basis vormt voor (wederzijdse) zorg gedurende het hele bestaan<sup>89</sup>. Een natuurlijke basis dus, die tijdens de babytijd in de relatie met de moeder wordt geïntensiveerd. Wezenlijk voor deze basis is het Verlangen als een *terugverlangen* naar de één-organisme periode, waarin de ongeborene in alles werd voorzien<sup>90</sup>.

Postma borduurt voort op wat Levinas ziet als de kern van zijn filosofische theorie: de relatie met de Ander, waarbij de Ander een appèl doet en daardoor centraal staat<sup>91</sup>. Beiden zien deze relatie als een vorm van transcendentie. Maar anders dan Levinas, die in deze transcendentie een bestaan van de Allerhoogste aanneemt (die hij overigens als onkenbaar en onbenaderbaar ziet), beschouwt Postma transcendentie als een natuurlijk gegeven *zonder* invloed of tussenkomst van een bovennatuurlijke macht.

Centraal thema in zijn theorie is het tastzintuiglijk lichaam. Leidend is de tast(zin), die hij beschouwt als het eerste en primaire zintuig, waarbij de tastzintuiglijkheid een dubbele functie kent. Aan de ene kant gaat het om aanraken en aangeraakt worden: de fysieke component. Aan de andere kant om het *geraakt* worden: de mentale, transcendentale component. Deze tweede component bevat het bovengenoemde Verlangen: het overstijgende, onvervulbare element dat de basis vormt voor wederzijdse zorg. Zorg (willen) geven en ontvangen als aangeboren natuurlijkheid, die tot uiting komt in de ontmoeting met de Ander<sup>92</sup>.

Samengevat berust Postma's presentie(benadering) op twee pijlers: het tastzintuiglijk lichaam als bron van kennis en Verlangen, en de Ander(en) en het Andere als voorwaardelijkheid voor het identiteitsbesef. Beide leiden in de presentie - als intersubjectieve relatie - naar wederzijdse zorg.

---

<sup>88</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 113-122.

<sup>89</sup> Het idee dat zich reeds in het prenatale stadium een zintuiglijke ervaren en kennen ontwikkelt, wordt onder andere ook bepleit door de socioloog Rosa. Hartmut Rosa, *Resonance A sociology of our relationship to the world*, p. 47-52, hij ziet de prenatale fase als 'a system of resonance', dat hij omschrijft als 'an initially inseparable, bipolar entity', waarin 'resonant experiences are constitutive of that what later becomes a subject'.

<sup>90</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*, Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 227-274.

<sup>91</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven*. p. 153-164.

<sup>92</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*, Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017 p. 209-223.



### 3.4 Beide theorieën vergeleken

Nu ik de inhoud van beide theorieën heb besproken, kan ik ze met elkaar vergelijken. Hoe komen de theorieën met elkaar overeen en waarin verschillen ze van elkaar<sup>93</sup>?

De belangrijkste overeenkomsten zijn de positie en waarde van de Ander. Zowel bij Baart als bij Postma staat de Ander met zijn of haar behoeften en verlangens voorop. Alhoewel Baart een aantal normerende werkbeginselen hanteert, proberen beiden de Ander open, onbevooroordeeld en zonder agenda tegemoet te treden, waarbij zijn of haar oorspronkelijkheid en narratief intact worden gelaten. Deze benaderingen hebben een doel: erkenning van de Ander als de Ander, waarmee diens identiteit en (eigen)waarde worden herkend en bevestigd. Deze erkenning vormt het centrale uitgangspunt in de presentie<sup>94</sup>.

Dit vinden we ook terug in het 'laten', dat door Baart<sup>95</sup> en Postma<sup>96</sup> wordt aangegeven. Laten in de zin van 'ruimte geven': de Ander dient ruimte te worden gelaten. Dit betekent niet het van die Ander afkeren: dat zou een tegenstrijdigheid binnen de presentie zijn. Het gaat erom dat de Ander de ruimte wordt geboden om *zelf* de afstand tot de presentiebeoefenaar (of andere hulpverlener) te bepalen.

Een tweede overeenkomst ligt in het beoogde doel: de kwaliteit van leven van de Ander. Die kwaliteit moet zoveel mogelijk worden gewaarborgd, ofwel in stand gehouden en indien mogelijk vergroot. Bij Baart door het aanwezig zijn en blijven, bij Postma door het bieden van belichaamde zorg, maar door beiden in de presentie.

Ook zijn zij gelijkgestemd in hun kritiek over het ontbreken van presentie in de reguliere zorg, waar het normatieve zorgkader heerst. Een overheersing, waarin nauwelijks tot geen ruimte bestaat voor een relationele benadering, zeker niet wanneer die benadering geen vastgesteld probleemoplossend doel kent. Beiden zijn van mening dat de reguliere zorg hier tekortschiet. Baart noemt de kritiek van buurtbewoners op de huidige werking van zorg. Volgens hem heeft de ingevoerde marktwerking niet enkel voordelen, maar richt het ook schade aan<sup>97</sup>. Postma geeft aan dat de wederzijdse zorg (presentie) niet is te meten en daarom als 'niet evident' wordt beschouwd<sup>98</sup>. Naast het verschil in de basis voor hun presentiebenadering (in meer of minder mate, op de praktijk gestoeld versus filosofisch), verschillen Baart en Postma ook in de uitvoering van de presentie. Bij Baart ligt de nadruk op 'het aanwezig zijn', terwijl Postma de nadruk legt op 'het belichaamde aspect'. Aanraking is bij hem uitgangspunt. Dit is een belangrijk verschil, omdat bij Baart aanraking geen presentie-element is en dus geen noemenswaardige rol speelt. Een tweede verschil is de wijze van benadering. Bij Baart is dit

---

<sup>93</sup> Opgemerkt moet worden dat de theorie van Postma niet specifiek een theorie van presentie is maar eerder een uitleg van en verwijzing naar een natuurlijk optredend (presentie)proces.

<sup>94</sup> Andries Baart, Een theorie van de presentie, derde oplage (2011), Boom uitgevers, Den Haag p. 7-45. Baart zegt hierover: "(...). Dat de presentiebenadering hier anders te werk gaat en inzet op de erkenning van de ander en de geldigheidsclaims van diens gevoelens en perspectieven, betekent impliciet dat het gebrek aan dergelijke erkenning gekwalificeerd kan worden als één van de kernen van sociale problemen."

<sup>95</sup> Andries Baart, Een theorie van de presentie, derde oplage (2011), Boom uitgevers, Den Haag p. 754: "(...) *het is de ruimte van de ander waarin hij (de presentiebeoefenaar) verschijnt.*"

<sup>96</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum FrI. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 166-170, "In de ontmoeting is het eigenlijke kernwoord de 'verwondering'. Dit is een manier van zijn die niet gericht is op het doen, op de activiteit, maar op het laten".

<sup>97</sup> Baart, Andries. *Een theorie van de presentie*. Boom Uitgevers, Den Haag, 2011, 3<sup>e</sup> druk. p. 819-843.

<sup>98</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Gea Nama Uitgevers, Winsum FrI. 2017. p. 20.

een actief benaderen van de Ander: de pastores gaan zelf naar de Ander en zet daarmee de eerste stap<sup>99</sup>.

Een derde verschil vinden we in de richtlijnen. Omdat Postma presentie beschouwt als een natuurlijk gegeven waarbij het subject van nature beschikt over eigen ethische waarden, aangevuld met sociaal-culturele ethische normen, ziet hij geen noodzaak om bijkomende richtlijnen te formuleren. Presentie in de vorm van wederzijdse zorg 'regelt' zich volgens hem zelf, in de relatie met de Ander(en). Baart daarin tegen hanteert een aantal werkbeginselen.

Presentie vereist een bepaalde mindset. Het is volgens Baart een *manier van doen*, die voortkomt uit de *wil om dit te doen*. Een manier van doen die inzet vereist, omdat het subject anders moet denken en reageren en zichzelf anders moet opstellen dan hij of zij gewend is. Present zijn is dus een actieve inspanning: in de door Baart neergelegde presentietheorie is de beoefenaar actief bezig met zijn of haar 'present zijn' en is hij of zij zich te allen tijde bewust van de wil om, in de relatie met de Ander, open en onbevooroordeeld te zijn. Bij de presentie zoals voorgestaan door Postma is dit niet het geval. Hij beschouwt presentie als een natuurlijk gegeven, waarvan wederzijdse zorg in combinatie met aangeboren ethische waarden en normen én later aangeleerde waarden en normen, de basis vormen. In een natuurlijk proces is bewuste inspanning niet nodig, het komt onbewust voort uit het subject.

Ook wat het verlangen betreft verschillen de theorieën van Baart en Postma. Baart plaatst verlangens naast behoeften: het zijn wensen die vervuld kunnen worden. Van enig overstijgend gehalte is volgens hem geen sprake. Bij Postma is het verlangen een metafysisch en daarmee onvervulbaar Verlangen, dat in de relatie tevoorschijn komt en dat bovendien naar die relatie verlangt<sup>100</sup>. Het subject verlangt naar contact met de Ander(en). Als eerder vermeld: presentie is bij Postma een natuurlijk (onbewust) proces, waarbij dat bij Baart een actief (dus bewust) proces is.

Niet direct gerelateerd aan de theorie, maar desondanks van belang, is het verschil tussen de vakgebieden waarin Baart en Postma opereren. Baart heeft zijn theorie gebaseerd op eigen empirisch onderzoek naar het werk van pastores, die opereren onder de vlag van de geestelijke verzorging en waarbij belichaamde zorg geen intrinsiek bestanddeel is.

Postma is werkzaam als hapto- en gestalttherapeut en zodoende bekend met belichaamde zorg. In de haptonomie is fysieke aanraking een vast onderdeel van de behandeling<sup>101</sup>.

---

<sup>99</sup> Haptonomie. *Thema's uit de haptonomie en Gestalt*. Postma, Gosse. Gea Nama Uitgevers Groningen/Leeuwarden 2008/2009 p. 25-26.

<sup>100</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Gea Nama Uitgevers, Winsum Frl. 2017. p. 28-33.

<sup>101</sup> <http://www.haptonomie.com/> [25-03-2020 19.01 uur]. Wetenschappelijk instituut voor haptonomie, beroepsvereniging. Het begrip haptonomie is een samenvoeging van twee Oudgriekse begrippen: hapsis en nomos. Hapsis betekent: gevoel, gevoelsbeleving, tact, tast en nomos betekent wet, regel, norm. Hapto, in het woord haptonomie, stamt van het werkwoord haptēin wat betekent: aanraken, verenigen, een relatie vestigen, zich hechten aan. En in overdrachtelijke zin: in (tactiel) contact treden om gezond te maken, te helen, te bevestigen. Dit specifieke contact karakteriseert de haptonomische benadering: het ontmoetend, helend (is heel makend, heel de mens omvattend) aanraken om de Andere in zijn wezen te bevestigen.

### 3.5 Presentie bevroegd

Zowel Baart als Postma is van mening dat de Ander bij de presentie voorop moet worden gesteld, al is Postma hierover explicieter dan Baart. De Ander roept om hulp door een appèl te doen en dient onbevangen, onbevooroordeeld en met een zorgintentie tegemoet te worden getreden. Maar is deze vorm van 'aanwezig zijn' niet te idealistisch? Theorie en praktijk zijn tenslotte niet hetzelfde. Het onbevangen, zonder vooroordelen ontmoeten van een medemens (de Ander) lijkt niet zo vanzelfsprekend als Baart en Postma (zich) voorstellen (of wensen). In het leven van alledag, het leven en beleven in de dagelijkse realiteit, zijn mensen in meer of mindere mate behept met egocentrisme (zelf- en hebzuchtig), kennen zij soms een zeker conservatisme, kunnen zij vooroordelen hebben en worden zij - al dan niet bewust - gestuurd vanuit een zeker angstbesef<sup>102</sup>.

Dit zijn allemaal eigenschappen die in de westerse (neo)liberale maatschappij lijken te worden benadrukt. De 'ik' staat voorop met al zijn behoeften en verlangens, waarvoor de ik zelf verantwoordelijk word gehouden als het aankomt op de invulling ervan. Zelfontplooiing gaat hier om de ontwikkeling van eigenschappen en kennis die alleen maar de ik dienen (te bevoordelen) en waarbij de Ander wordt gezien als 'middel tot' of 'concurrent in'. Dit zijn bepaald geen condities die leiden naar een presentiemodus waarin de Ander(en) op de voorgrond staat (staan).

Ook vanuit de geestelijke zorg zelf klinkt kritiek. In een uitgave van het 'Tijdschrift Geestelijke Verzorging' (TGV), wijzen Braakhuis, Körver en Walton op een tekortkoming in de uitvoering van de presentie door de pastores. Hun kritiek betreft het ontbreken van doelgerichtheid in het begeleidingsproces. Binnen de presentie is wel sprake van een geslaagde relatie, maar goede begeleiding blijft vaak achterwege. Als oorzaak noemen zij dat bij veel pastores de relationele grondhouding - gericht op trouw, empathie en betrokkenheid - de belangrijkste methodische basis en centrale manier van werken is. Ze constateren een drietal hiaten: het vermijden van confrontatie (1), het verliezen van zicht op zingeving en levensbeschouwing (2) en het overschrijden van grenzen (3). Om deze risico's te tackelen, pleiten zij voor een koppeling tussen presentie en doelgerichtheid.

De auteurs introduceren de term 'professionele nabijheid': de combinatie van de relationele grondhouding - de presentie - en een concrete doelgerichtheid. Zij willen hiermee een nieuw (professioneel) kader stellen. Een kader waarbinnen de relatie de grondslag vormt maar waar tegelijk wordt toegewerkt naar te bereiken doelen op het gebied van zingeving en levensbeschouwing, die gezamenlijk door de geestelijke verzorger en de cliënt worden geformuleerd en die aansluiten bij de leefwereld en de behoeften van de cliënt. De relationele grondhouding wordt door hen gedefinieerd als:

*"Een basishouding van aandachtige betrokkenheid op de ander vanuit openheid en empathie, belangeloosheid en zonder te oordelen, waardoor een vertrouwensrelatie ontstaat."*

---

<sup>102</sup> Yalom, I. D. 'Tegen de zon in kijken. Doodsangst en hoe die te overwinnen'. Uitgeverij Balans. Amsterdam 2008, p. 150-152. Yalom stelt dat de mens worstelt met zijn bestaan en er vier diepere bestaansstructuren zijn: de dood, eenzaamheid, de zin van het leven en vrijheid. De angst voor de dood zou daarbij het diepst geworteld zijn en het meest fundamenteel.

En de concrete doelgerichtheid als:

*"Een bewuste gerichtheid op één of meerdere doelen op het gebied van zingeving en levensbeschouwing, die aansluiten bij de specifieke situatie en behoeften van de cliënt."*<sup>103</sup>

In dit nieuwe kader vormen *confrontatie* en *zingeving* belangrijke pijlers. Als het noodzakelijk is voor de verdere ontwikkeling van de cliënt, moet die worden gewezen op zijn of haar onvolkomenheden. Deze confrontatie moet respectvol en zonder te oordelen gebeuren en gericht zijn op de gestelde doelen. Bij deze doelen draait het om zingeving en levensbeschouwing. Er moeten existentiële vragen worden gesteld om te komen bij wat de cliënt ten diepste beweegt, om zo antwoorden te vinden op zijn of haar 'laatste' vragen. En om overschrijding van grenzen te voorkomen, moet de geestelijke verzorger een balans vinden tussen afstand en nabijheid. Aan de ene kant is emotionele betrokkenheid nodig, zodat de cliënt zich veilig en vertrouwd voelt, maar aan de andere kant is gepaste afstand belangrijk om ruimte te creëren voor de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en om te voorkomen dat die te afhankelijk raakt<sup>104</sup>.

De auteurs neigen met hun 'doelgerichtheid' naar een interventiebenadering en botsen met de stellige overtuiging van Baart dat die werkwijze de presentie-elementen naar de achtergrond of helemaal uit het zicht laat verdwijnen<sup>105</sup>. Bij nader inzicht blijkt hun doelgerichtheid echter vooral om zingeving en levensbeschouwing te gaan: facetten die gaan over welzijn. In de voorgestelde 'professionele nabijheid' staat dit welzijn dan ook centraal, in tegenstelling tot de interventiebenadering waar de oplossing van gesignaleerde problemen leidend. Voor dit laatste wordt niet gepleit. De conclusie is daarom dat de genoemde doelgerichtheid prima kan aansluiten bij de presentiebenadering van Baart. Professionele nabijheid wordt voorgesteld als een aanvulling, met als doel om de tekortkoming op zingevings- en levensbeschouwelijke gebied op te heffen.

Vanuit wetenschappelijke hoek worden kritische kanttekeningen geplaatst bij de eigen identiteit van de presentiebeoefenaar. Is deze gewaarborgd? Komt zij tot haar recht? En wat is haar invloed op de presentie(uitoefening)? Zo vraagt Gerard Donkers, docent, onderzoeker en auteur op het gebied van de andragologie, c.q. sociale veranderingkunde:

*"Hoe verhouden de eigen referentiewaarden zich tot die van de presentiebenadering en de ander? Is 'er zijn voor de ander' wel een voldoende voorwaarde voor present-zijn? Is niet juist ook de interne afstemming van de eigen referentiewaarden in het geding alvorens we überhaupt van 'present zijn' kunnen spreken? Als men te veel over zijn eigen grens laat gaan, kan men niet meer bij zichzelf present zijn."*<sup>106</sup>

---

<sup>103</sup> Braakhuis, M., Körver, S. en Walton, M. 'Professionele nabijheid'. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 22, nr. 95, september 2019, p.15.

<sup>104</sup> Braakhuis, M., Körver, S. en Walton, M. 'Professionele nabijheid', p. 15.

<sup>105</sup> Baart, A. *Een theorie van presentie*. Den Haag 2011. Boom Uitgevers 3<sup>e</sup> druk. p. 758.

<sup>106</sup> Donkers, G. Dr. In het artikel: 'Presentietheorie, een kritische beschouwing. Op zoek naar een constructieve verhouding tussen presentie en zelfregulering', 2016, p. 2-22. Gerard Donkers is docent, onderzoeker en auteur op het gebied van de andragologie, c.q. sociale veranderingkunde. Hij is de vader van de zelfreguleringstheorie, een interventieistische benaderingswijze waarin de zelfregie en de dialoog tussen zelfsturende subjecten als uitgangspunt wordt genomen. Daarnaast heeft hij meerdere publicaties op zijn naam staan.

Ans Spexgoor, sociaal wetenschapper en manager sociale verslavingszorg, gaat hierop in. Zij schrijft:

*"Present zijn, zich present stellen is een activiteit dat is te vertalen in een richting, een gerichtheid, hoe dat eruit ziet, hoe dat voelt, wat je daarvoor moet doen etc. Mijn inziens biedt het reflectiekader van Donkers kansen om de presentiebenadering te concretiseren in de context van de inloopvoorzieningen. Hiermee wordt gewerkt aan een sterke (team)cultuur en tegelijkertijd gezocht naar de ruimte voor de individuele medewerker."*<sup>107</sup>

Verder gaat het over de mate waarin deze presentieregels houvast bieden in de context van een kwetsbare inloopvoorziening. Met betrekking tot deze doorontwikkeling wordt geconcludeerd dat er stevige aanknopingspunten liggen in de zelfreguleringstheorie van Donkers<sup>108</sup>. Het gaat dan om versterking van het zelfregulerend vermogen van de werkers in de inloopvoorziening waar de presentie een essentiële (referentie)waarde is. Spexgoor concludeert dat het persoonlijke stuk van de presentiewerker in de presentietheorie niet nader wordt geduid. Volgens haar is er te weinig aandacht voor de 'binnenwereld' van de individuele medewerker. Ze pleit er daarom voor om de presentiebenadering op dit punt meer praktijkgericht uit te werken met behulp van de zelfreguleringstheorie.

Donkers en Spexgoor stellen allebei de vraag wat presentie betekent voor de eigen gesteldheid van de beoefenaar. Komt deze niet in het geding? Deze vraag lijkt gerechtvaardigd. Het voortdurend betrokken zijn bij cliënten met al hun problemen, kan leiden tot innerlijke stress, waardoor de inhoud en het effect van de presentie verloren kunnen gaan en de uitoefening in het gedrang kan komen. Maar waarmee ook het gevaar van een burn-out op de loer ligt<sup>109</sup>. Om dit probleem te ondervangen, stellen zij voor om het zelfregulerend vermogen van de presentiebeoefenaars te versterken. Spexgoor noemt het reflectiekader van Donkers.

Het lijkt zinvol om hier een tweede reguleringscomponent aan te verbinden. Naast zelfreflectie zou reflectie met collega beoefenaars raadzaam kunnen zijn. Hierdoor ontstaan andere inzichten die enerzijds de beoefenaar zelf ten gunste kunnen komen en die anderzijds verder invulling kunnen geven aan de presentie, wat weer ten goede kan komen van de presentie als methodiek.

Andere kritiek vanuit wetenschappelijke hoek betreft de door Baart ingebrachte tegenstelling tussen presentie en interventie. Verschillende auteurs wijzen erop dat presentie niet helemaal vrijblijvend is en dat zij op zichzelf ook een vorm van interveniëren is<sup>110</sup>.

---

<sup>107</sup> <https://www.zelfregie.com/pdf/Zelfregie%20en%20Presentie%20Ans%20Spexgoor%20korte%20versie.pdf> [18-03-2020 17.03 uur]

<sup>108</sup> Spexgoor doelt op het reflectiekader van Donkers. Donkers, Gerard. *Zelfregie terug in het werk, Een inspirerend concept van professionaliteit en organisatieontwikkeling, Deel 2, Basiscompetenties van veranderen*. 2016, B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam.

<sup>109</sup> Dit gevaar wordt overigens door Baart zelf onderkend, waarbij hij terecht wijst op het karakter van de presentiebeoefenaar. "De presentiebeoefenaar kan teveel opgaan in de onvoorwaardelijke trouw en dit almaar geven kan leiden tot een burn-out. Wapening hiertegen is moeilijk, omdat het grotendeels afhankelijk is van het karakter van de presentiebeoefenaar", Baart, Een theorie van de presentie, 3e druk, p. 735-751, Boom uitgeverij, Den Haag, 2011.

<sup>110</sup> Baart verwijst naar (Middel, 2003; Stoppels, 2002; Van der Kolm, 2001), die - kort gezegd - van mening zijn dat iedere vorm van het installeren van presentiebeoefenaars op zich een interventie is. Sociale interventie, jaargang 12 (2003-2), p. 77, uitgave van Elsevier Overheid, Den Haag Reed Business Information bv.

Baart gaat op deze kritiek in door de interventiemethodiek verder uit te leggen. Hij noemt vier betekenissen: inperking van diagnose tot remedie (1), verschraling van de sector zorg en welzijn en verwante domeinen (2), narratieve onteigening (3) en leegheid in de overvloed van voorzieningen (4 'er wordt voor je gezorgd maar niemand kijkt naar je om'). Hij zegt hierover dat deze vier varianten gemeen hebben *"dat ze in meer of mindere mate voor de ontwikkeling van hun inzet, doelen en organisatie op andere coördinaten koersen dan die in de situatie zelf worden gegeven door de betrokkenen"*.

Baart wijst hier naar de verschillen die optreden tussen wat de interventionist vanuit zijn of haar positie kan en nodig acht en wat de cliënt of patiënt wenst en nodig heeft. De patiënt meldt zich met een kwaal of probleem, waarna de interventionist dit 'overneemt' door middel van diagnostisering en protocollering, maar daarbij het narratief en de leefwereld van de patiënt uit het oog verliest. De patiënt wordt 'gedegradeerd' tot een object dat moet worden gerepareerd volgens door protocollen voorgeschreven (deel)behandeling(en). De interventionist wordt beheerst door regels en institutionele voorschriften. Zijn coördinaten richten zich eerder op de diagnose, de protocollen en het belang van de organisatie dan op de patiënt als subject. Tegenover deze werkwijze zet hij zijn presentiebenadering.

Ook stelt Baart dat - wanneer men presentiebeoefenaars in het werkveld installeert - dit geen interventie in hiervoor omschreven zin is, tenzij die presentiebeoefenaars interventionistisch te werk gaan. Maar dan zijn ze geen presentiebeoefenaars meer<sup>111</sup>.

Bij deze kritiek kunnen nog enkele kanttekeningen worden geplaatst. Tussen presentie en interventie bestaat namelijk een verschil in intentie. Bij presentie gaat het primair om het opbouwen van een relatie zonder de intentie ingrepen te verrichten in het leven van de Ander. Interventie is juist gebaseerd op een dergelijk ingrijpen en gaat vanuit deze intentie te werk. Een ander verschil betreft het waardeperspectief. De presentiebeoefenaar oordeelt en veroordeelt niet, maar laat de Ander in zijn of haar waarde. De interventionist legt zijn of haar waarden - die door middel van normering zijn vastgelegd - op aan de Ander. Derde verschil is te vinden in de tijdsduur. Bij presentie is deze niet vastgelegd, maar open en afhankelijk van de (wil van) de Ander. Bij een interventie ligt de tijdsduur in beginsel vast. Deze verschillen zijn evident en pareren volgens mij de genoemde kritiek. Bovendien kan - wanneer deze kritiek wordt gehonoreerd - iedere vorm van zorgcontact als een interventie worden beschouwd, waarmee deze methodiek niet langer is afgebakend en zijn legitimatie verliest.

---

<sup>111</sup> Sociale interventie, jaargang 12, 2003-2, p. 76-94, uitgave van Elsevier Overheid, Den Haag Reed Business Information bv, Baart, ONGEMAKKELIJK-ZOALS HET HOORT, In gesprek met kritische bemerkingen bij de presentietheorie.

### 3.6 Samenvatting

We zien een aantal grote verschillen tussen de theorieën van Baart en Postma. Dit heeft enerzijds te maken met de verschillende vakgebieden waarin zij opereren en komt anderzijds door de verschillende intenties die zij beogen. Baart baseert zich op onderzoek in het veld en concludeert uit die bevindingen kenmerken waarmee hij zijn presentietheorie opstelt. Hij heeft een duidelijk doel voor ogen: het ontwikkelen van een methodiek die door zowel professionals als door non-professionals praktisch kan worden toegepast in het veld.

Bij Postma gaat het om een filosofische beschrijving van - en verklaring voor - de betekenis van het tastzintuiglijke lichaam voor het subject. Hij ziet die betekenis in het Verlangen naar wederzijdse zorg *voor* en *bij* de Ander. Deze komt tot uiting in de ontmoeting en deze relationele sfeer vormt voor hem de presentie. De betekenis van Postma's theorie ligt niet bij de presentie als methodiek, maar bevindt zich in de waarde die hij toeschrijft aan de belichaamde zorg en het gegeven dat de mens (en daarmee de zorggever en zorgontvanger) door een natuurlijk en transcendent fenomeen in de presentie wordt gesteld. Fysieke aanraking - en daarmee de belichaamde zorg - wordt door hem als werkzaam element beschouwd, wat zijn helende kracht vindt in het *geraakt worden*. Belichaamde zorg vormt op deze manier een aanvullend en onlosmakelijk bestanddeel van de presentie.

Genoemde verschillen zijn echter niet bepalend voor wat presentie is en inhoudt. Presentie kent geen eenduidige definitie, maar kan vanuit verschillende perspectieven en op verschillende manieren worden ingevuld<sup>112</sup>.

---

<sup>112</sup> Zoals daar is de definitie van Baart: "*Een manier van werken waarbij de relationele afstemming tussen zorggever en cliënt de basis vormt voor hulp en steun. Goede zorg ontstaat vanuit het zorgvuldig aansluiten bij - en afstemmen op - de ander, en op wat hij of zij nodig heeft.*" <http://www.presentie.nl/wat-is-presentie> [27-01-2020,12.26]

En de definitie van Postma: "*Het principe van deel uitmaken van een (als intens ervaren) relatie, waarin de ander puurder dan puur een ander is, in de meest nabije nabijheid van een ander begrepen als kwaliteit van leven.*" Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 196.

## Hoofdstuk 4 Belichaamde zorg: aanraking

- 4.1 Inleiding
- 4.2 Aanraking als therapeutische behandeling
- 4.3 Aanraking als intrinsieke waarde
- 4.4 Aanraking bevraagd
- 4.5 Samenvatting

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt het vierde bestanddeel van de kernvraag aan bod: de belichaamde zorg. Bij deze zorg staat de 'geleefde ervaring van de Ander' centraal. Het gaat er dus om hoe de patiënt - het subject - de genoten zorg *beleeft*. Dit in tegenstelling tot de lichamelijke zorg, waarbij het lichaam - los van de beleving - als maakbaar object wordt gezien en behandeld. Meteen komt dan ook het verschil in zorgkader naar voren: lichamelijke zorg vindt zijn plaats in het normatieve kader, belichaamde zorg in het narratieve kader.

Belichaamde zorg gaat over aanraking, zowel mentaal als fysiek, waarbij aanraking op mentaal niveau staat voor 'geraakt worden' en op fysiek niveau voor 'aanraken' en 'aangeraakt worden'. Aanraken gebeurt door het subject zelf, (aan)geraakt worden door de Ander, waarbij het 'geraakt worden' een overstijgend metafysisch karakter kent.

Er zitten positieve en negatieve kanten aan aanraken. Positief is de werking die van een aanraking kan uitgaan. In paragraaf 4.3 ga ik hier verder op in. In paragraaf 4.2 bespreek ik de behandelmethoden waarbij aanraking de werkende factor is. De negatieve kant betreft ongewenste intimiteit en seksueel misbruik. Dit laatste kan leiden tot het afzien van fysiek contact (anders dan een handdruk en/of noodzakelijke aanraking voor een behandeling) en zelfs tot een verbod. Dit negatieve aspect komt aan bod in paragraaf 4.4.

### 4.2 Aanraking als therapeutische behandeling

Fysiek aanraken betekent de Ander letterlijk aanraken, dus een zuiver lichamelijke handeling die de Ander als 'aangeraakt worden' ervaart. Deze aanraking is puur zintuiglijk. Bij bepaalde therapeutische behandelmethoden wordt het fysiek aanraken gebruikt als middel tot verbetering van de fysieke toestand van de patiënt. Hierbij kun je denken aan fysiotherapie en therapieën waarbij massage wordt toegepast. Aanraking is dan onderdeel van de behandeling - de '*direct-functionele aanraking*' - en gebeurt in overleg en met toestemming van de cliënt<sup>113</sup>.

'Geraakt worden' is de mentale vorm van aanraken. Hier gaat het om wat de aanraking *doet* met ons als mens. Welke gedachten komen op? Welke emoties komen los? En tot wat voor gevoelens leiden deze emoties? Het is ongrijpbaar en onkenbaar. Hier treedt de metafysica op. Behoeften vervagen en het Verlangen verschijnt. Dit geraakt worden is niet meetbaar. Het is een subjectieve, voor onderzoek verborgen, individuele ervaring. Daarnaast kent deze ervaring een tijdslimiet. Waar ons mentale leven zich gewoonlijk afspeelt in een mix van

---

<sup>113</sup> In paragraaf 4.3 wordt nader ingegaan op de fysieke en mentale aspecten.



verleden, heden en toekomst, bevindt ons bewustzijn zich tijdens de transcendente ervaring in het nu, het heden. Het is gefocust op het moment<sup>114</sup>.

In de haptonomie is deze vorm van aanraking een vast onderdeel van de behandeling. Door het 'aangeraakt worden' kunnen emoties vrijkomen die bij de patiënt processen op gang brengen die mentale blokkades en/of trauma's naar boven brengen en verhelpen. Ook hier vindt het fysieke aanraken pas plaats na overleg en met instemming van de patiënt, maar anders dan bij massagetherapieën die gericht zijn op fysieke klachten, richt de haptonomie zich ook op mentale klachten. Hier is de aanraking een 'indirect-functionele aanraking'.

### 4.3 Aanraking als intrinsieke waarde

Lag in de vorige paragraaf de nadruk op de therapeutische kant van de aanraking, in deze paragraaf bekijk ik de inhoudelijke kant ervan. Wat is de intrinsieke waarde van de aanraking<sup>115</sup>? Deze waarde ligt besloten in haar effecten, die plaatsvinden op zowel fysiek als op mentaal niveau en een drietal componenten omvatten. Aangeraakt worden leidt tot tastzintuiglijke prikkels - de fysieke component - die van invloed zijn op de afgifte van neurotransmitters in het brein<sup>116</sup> - de psychische component - en op het transcendente (het ervaren) van het (aan)geraakt worden - de metafysische component. De fysieke component is deels al beschreven in hoofdstuk twee: de sensorimotorische capaciteiten. In deze paragraaf richt ik mij op de overige fysieke verschijnselen en daarna op de mentale effecten.

Bij het - gewenst - aangeraakt worden, komen neurotransmitters vrij<sup>117</sup>, die fysiologische en mentale gevolgen teweegbrengen. Vooral oxytocine<sup>118</sup> schijnt hierbij een belangrijke rol te spelen. Naast een aantal fysieke veranderingen zorgt deze neurotransmitter ook voor een mentaal geluksgevoel. De Zweedse hoogleraar fysiologie, Kerstin Moberg, doet onderzoek<sup>119</sup> naar de invloed van oxytocine. Zij richt zich hierbij niet specifiek op veranderingen binnen het

---

<sup>114</sup> De betekenis en inhoud van het begrip tijd/ moment verdient naar mijn mening uitleg wanneer het gerelateerd wordt aan de zorg. Zie onderstaand:

*"De tijd die vaak gerelateerd is aan het invulbare behoeftige zorgkader en waarbij het spreekwoord: "Tijd is geld" uit menig zorgmanager klinkt wordt in de filosofie wel geduid wordt als Chronos. Deze Griekse god van de tijd zorgt voor orde en structuur en biedt een kader waarbinnen effectiviteit en meetbaarheid in de zorg mogelijk is. Maar er is ook nog een andere dimensie van tijd die in het kader van deze thesis niet onvermeld kan blijven. Deze tijd Kairos, de kleinzoon van de Griekse God Chronos kan zorgen voor inzicht, verdieping, harmonie en verandering en kent een overstijgende dimensie van het "geschikte moment".*

*Beide dimensies van tijd kunnen niet zonder elkaar ze horen bij elkaar maar in de Westerse zorg lijkt Chronos het primaat te hebben en is het evenwicht doorgeslagen naar de meetbaarheid van de kloktijd. In het relationele of narratieve zorgkader kan Kairos ons de tijd geven voor nieuwe mogelijkheden met aandacht voor het subjectieve en aandacht, rust en omstandigheden voor het ontdekken van het nieuwe en doorbreken van het bestaande. Kairos staat daarmee voor balans en harmonie en lijkt zich beter te kunnen verhouden tot en voor mensen die worstelen met het leven en die geconfronteerd worden met existentiële vragen, lijdenspijn en die zin en betekenisgeving missen"*

Hermesen Joke J, *Kairos. Een nieuwe bevlogenheid*. Amsterdam-Antwerpen. Uitgeverij De Arbeidspers. 9<sup>e</sup> druk, 2017, p. 10-15. Zie ook: <https://www.filosofie.nl/nl/artikel/43062/kairos.html> [22-10-2019 19.49 uur]

<sup>115</sup> Voor de duidelijkheid: het gaat hier om gewenste, niet-seksueel getinte aanraking(en).

<sup>116</sup> Organische signaal(boodschapper)stoffen die communicatie tussen de neuronen in het brein mogelijk maken.

<sup>117</sup> Dit vrijkomen is een lichamelijke reactie en wordt beheerst door het autonome zenuwstelsel. Het bewustzijn heeft hier geen invloed op.

<sup>118</sup> Oxytocine komt voor als hormoon in de bloedbaan en als neurotransmitter in het brein. Als hormoon behoort het tot de groep der peptiden: aminozuren die receptoren aan de buitenkant van een celmembran activeren. Als neurotransmitter werkt het als signaalstof in het brein.

<sup>119</sup> Het onderzoek vond plaats met ratten die oxytocine kregen toegediend door middel van injecties. Zie noot 119.

microbiologisch celniveau, maar op de effecten binnen het gehele lichaam. Uit haar onderzoek kwamen de volgende lichamelijke veranderingen naar voren: een lagere bloeddruk en hartslag, reductie van stresshormonen<sup>120</sup>, verlaagde spierspanning (tonus), verhoogde eetlust, stimulering van de spijsvertering, meer uitscheiding van urine, een snellere genezing van wonden en minder ontsteking<sup>121</sup>. Al deze functies worden automatisch aangestuurd door het autonome zenuwstelsel.

Op mentaal niveau observeerde Moberg veranderingen in het gedrag. Ze zag: een snelle ontwikkeling van moederlijk gedrag, stimulans tot paring, toename sociaal contact, kalmer en minder angstig, brutaler en nieuwsgieriger, een hogere pijndrempel en een beter leervermogen. Moberg concludeert dat aangename aanraking tot een verhoging van de concentratie oxytocine leidt en dat deze toename het interne *systeem van rust en verbondenheid*<sup>122</sup> activeert waardoor een gevoel van welbevinden ontstaat.

Andere, soortgelijke onderzoeken naar de effecten van aanraking wezen op fysieke effecten, zoals: een beter ontwikkeld immuunsysteem, meer gewichtstoename en zelfs een langere levensduur en op mentale effecten, zoals: meer activiteit, minder angst, een grotere weerstand tegen stress, betere cognitie en een beter geheugen<sup>123</sup>.

Als we deze onderzoeken volgen, zorgt aangename aanraking voor positieve veranderingen op een drietal niveaus: fysiologisch, gedragsmatig en (het gevoel van) welzijn. Bovendien geeft het een gevoel van verbondenheid. Dit laatste aspect vormt de kern van de relatie. Zonder verbinding met een Ander is een relatie met die Ander onmogelijk<sup>124</sup>. In Moberg haar onderzoek betreft de verbondenheid de sociale (ver)binding met de Ander(en). Bij mensen gaat daar echter eerst een innerlijke verbondenheid aan vooraf. Wie geen verbinding met zichzelf heeft, kan geen verbinding met Anderen aangaan<sup>125</sup>.

Verschillende onderzoeken tonen aan dat de innerlijke verbinding wordt gelegd in de babyperiode. Waarbij liefdevolle aanraking van doorslaggevend betekenis is voor de ontwikkeling van de eigen identiteit (de interne hechting), en dat negatieve ervaringen uit deze babytijd en peutertijd negatieve gevolgen kunnen hebben tijdens de volwassenheid<sup>126</sup>. Ze kunnen leiden tot psychische en psychosomatische klachten en tot gedrags- en relatieproblemen.

---

<sup>120</sup> De stresshormonen zijn: noradrenaline, adrenaline en cortisol.

<sup>121</sup> Moberg, Kersten Uvnäs. *De oxytocine Factor. Benut het hormoon van onthaasting, genezing en verbondenheid*. Uitgeverij Thoeis. Amsterdam 2007, p. 89-95.

<sup>122</sup> Moberg plaatst dit systeem tegenover het 'vecht of vlucht-systeem' dat optreedt bij stress en gevaar. Moberg, Kersten Uvnäs. *De oxytocine Factor. Benut het hormoon van onthaasting, genezing en verbondenheid*. Uitgeverij Thoeis. Amsterdam 2007, p. 121-126.

<sup>123</sup> Field, Tiffany. *Touch. Second Edition*. The Mit Press. Cambridge Massachusetts. 2014, Massachusetts Institute of Technology, p. 40. Deze onderzoeken vonden plaats met ratten en kunnen derhalve niet 1-op-1 naar mensen worden omgezet. Er zijn echter wel indicaties die erop wijzen dat er overeenkomsten zijn. Zo treedt bij gebrek aan fysiek contact bij beide achterstand op in de groei. Ook lijken er bij beide aanwijzingen te zijn dat door massage het geheugengedeelte van de hippocampus zich beter ontwikkelt en het cortisolniveau daalt. Uit onderzoek bij apen kwam naar voren dat bij geen fysiek contact het immuunsysteem uitviel.

<sup>124</sup> De term relatie heeft hier een ruimere betekenis dan de term betrekking die enkel staat voor het samenkomen. Een relatie staat voor een langer durende verbintenis, hetzij professioneel, hetzij vriendschappelijk, hetzij (ver)zorgend.

<sup>125</sup> Een goed voorbeeld hiervan is een depressie. Wanneer een persoon depressief is, is deze niet in staat zich open te stellen en relaties aan te gaan.

<sup>126</sup> Verweij, R.& van Bakel, H. J. A. *Hongeren naar huidcontact. Aanraking bevordert neuro-endocriene ontwikkeling van baby's*. Medisch Contact (2007), 62 (31-32), p. 1319-1321.

Een van de pioniers op dit gebied was de Britse psychiater John Bowlby, opsteller van de 'Attachment Theory'. Deze theorie omvat de gedachte dat de sociaal-emotionele ontwikkeling van jonge kinderen een essentiële rol speelt in het latere functioneren op persoonlijk en intermenselijk vlak. Al zeer vroege ervaringen in de relatie met de opvoeders zijn van belang bij de ontwikkeling van het zelfbeeld (de eigen identiteit). Daarnaast hebben deze ervaringen invloed op de relaties en vriendschappen die het kind op latere leeftijd aangaat<sup>127</sup>.

Dat het aanraken voor kinderen essentieel is voor hun ontwikkeling, wordt ook gesteld door Tiffany Field. Zij stelt dat kinderen aanraking nodig hebben voor hun groei en ontwikkeling en dat aanraking zorgt voor comfort, geruststelling en een boost in het zelfvertrouwen<sup>128</sup>.

De waarde van aanraking is ook duidelijk geworden tijdens de lockdown als gevolg van het coronavirus. Verpleeghuizen en zorginstellingen voor (geestelijk) gehandicapten en psychiatrische patiënten werden afgesloten van de buitenwereld. Voor de mensen die daar verblijven, betekende dit dat zij tijdelijk geen bezoek konden ontvangen van mensen (familie, vrienden) buiten de instelling. Velen van hen vereenzaamden en kwijnden weg. Zij snakten naar contact, zowel op mentaal als fysiek vlak. Het niet meer aangeraakt (mogen) worden, werd door hen ervaren als een aanslag op hun kwaliteit van leven en op hun gemoed. Dit leidde tot levensmoeheid, waarbij de zin om verder te willen leven verdween.

In een uitzending van Buitenhof<sup>129</sup> werd hier door Jet Bussemaker - voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving - op gewezen. Zij gaf aan dat de waarde en kwaliteit van leven niet werden meegenomen bij de afwegingen op het gebied van het te voeren coronabeleid, maar dat enkel werd uitgegaan van de adviezen van de OMT<sup>130</sup> en dat het daarop gebaseerde beleid slechts generiek was. Zij vroeg zich af of de kwaliteit van leven misschien ook belangrijker kon zijn dan de angst om besmet te worden met het coronavirus.

#### 4.4 Aanraking bevestigd

Naast een positieve kant, kent aanraking ook een negatieve kant in de vorm van ongewenst gedrag. De vraag die dan rijst, is of aanraking (ook na overleg en toestemming) wel of niet moet worden toegestaan. Hierover zijn de meningen verdeeld. Zo stelt Jaap Dijkstra dat de aanraking door de geestelijke verzorger beperkt moet blijven tot een handdruk bij het komen en vertrekken van de patiënt<sup>131</sup>. Hij geeft hiervoor een aantal redenen. Als eerste vanuit de subjectieve betekenis. Wil de patiënt aangeraakt worden of komt dit vanuit de verzorger? In dat laatste geval kent de aanraking een foutieve grondslag. De tweede en derde reden liggen in de ontsporing. Aanrakingen kunnen onjuiste verwachtingen opwekken<sup>132</sup>. Dijkstra specificeert hier niet, maar gedacht zou kunnen worden aan het koesteren van gevoelens. Ook kunnen aanrakingen leiden tot ongewenst gedrag, in casu ongewenste intimiteiten. Hij

---

<sup>127</sup> Holmes, Jeremy. *John Bowlby & Attachment Theory*. Routledge, Londen 1993, p. 1-58.

<sup>128</sup> Field, Tiffany. *Touch. Second Edition*. The MIT Press. Cambridge Massachusetts. 2014, Massachusetts Institute of Technology, p. 11-12.

<sup>129</sup> <https://www.vpro.nl/buitenhof/kijk/afleveringen/2020/buitenhof-3-mei-2020.html> [08-05-2020 10.44 uur]

<sup>130</sup> Het Outbreak Management Team is een team van experts die bijeen worden geroepen op het moment van de uitbraak van een bedreigende infectieziekte. Zij geeft advies aan de overheid omtrent in te stellen maatregelen.

<sup>131</sup> Dijkstra, J. "*Gespreksvoering bij geestelijke verzorging. Een methodische ondersteuning om betekenisvolle gesprekken te voeren*". Uitgeverij Boom/ Nelissen, 2007, p. 74.

<sup>132</sup> Jaap Dijkstra, "*Gespreksvoering bij geestelijke verzorging*", p. 74.

verwijst daarbij naar de vele 'ongelukken'<sup>133</sup> die hebben plaatsgevonden in het pastoraat. Ook de IGZ<sup>134</sup> hanteert dit standpunt van Dijkstra.

Een tegengeluid vinden we bij Marian Verkerk en Joris Slaets<sup>135</sup>. Zij vragen zich af of het verbieden van elk lichamelijk contact (anders dan de hand schudden) misbruik voorkomt en zetten daar een wedervraag tegenover: creëer je daarmee niet juist een vorm van zorg die mensen in de steek laat? Zij zijn van mening dat het feit dat lichamelijk contact tot misbruik *kan* leiden, nooit voldoende reden mag zijn om dat contact te beperken tot een handdruk. Fysieke aanraking is naar hun mening van belang voor het welbevinden van de patiënt. Ze noemen in dit kader een tweetal waarden voor de zorgrelatie: 'aandachtigheid' (wat heb je nodig?) en 'responsiviteit' (ervaar je datgene wat ik doe als prettig en gepast?) en geven de volgende voorbeelden van wat fysieke aanraking teweeg kan brengen: het bieden van troost, laten merken dat de patiënt er niet alleen voor staat en het wegnemen van angst.

Hiernaast zien zij ook de lichamelijke objectivering binnen de zorg toenemen: het instrumenteel contact. Beide benaderingen van de aanraking worden binnen de zorg in meer of mindere mate ondertussen beschouwd als professioneel. Verkerk en Slaets definiëren professionaliteit immers ook als 'het goed kunnen inschatten wanneer lichamelijk contact juist is' en stellen dat het niet dit contact *zelf* is dat misbruik impliceert, maar dat dit ligt in de wijze waarop met elkaar wordt omgegaan.

Lastig punt - en daarom voortdurend onderwerp van discussie - zijn de negatieve kanten die kleven aan de belichaamde zorg. Het gaat dan om ongewenste aanraking. Aanraken zonder toe- of instemming van de cliënt kan een vorm van ongewenste intimiteit<sup>136</sup> zijn. Of dit daadwerkelijk zo is, hangt enerzijds af van de *soort* aanraking en anderzijds van *degene* die wordt aangeraakt. Een aanraking als ongewenst ervaren is subjectief. De handeling zelf is objectief maar alleen degene die aangeraakt wordt, kan beoordelen of de aanraking gewenst of ongewenst is. In dit gegeven schuilt het probleem van wel of niet fysiek contact tussen hulpverlener en cliënt: moeten we dit contact per definitie vermijden of zelfs geheel verbieden? Over de beantwoording van deze vraag verschillen de meningen.

Er zijn twee denkrichtingen. De ene denkrichting beschouwt fysiek aanraken - anders dan het geven van een hand en onafhankelijk van de toestemming van de cliënt - altijd als ongewenst. Bij de andere denkrichting is pas sprake van ongewenst gedrag als de aanraking gebeurt op ontoelaatbare (intieme) lichaamsdelen en/of plaatsvindt vanuit verkeerde motieven.

Fysieke aanraking wordt dus beschouwd als een vorm van contact met een dubbele bodem.

---

<sup>133</sup> De term 'ongelukken' is volgens mij te eufemistisch, het draait immers om seksueel misbruik, een proces van handelingen die niet alleen ongewenst zijn maar die ook strafrechtelijk vervolgbaar zijn. Dergelijk gedrag is dan ook in alle gevallen volstrekt ontoelaatbaar, ook in die gevallen waarin (het lijkt of) de patiënt zijn of haar toestemming geeft.

<sup>134</sup> <https://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraken> [18-03-2020 19.33 uur]. Op een zitting voor het Tuchtcollege (8 december 2015), zei een inspecteur, "Ieder lichamelijk contact anders dan een hand geven gaat te ver". En in het onderzoeksrapport "Aanpak disfunctionerende beroepsbeoefenaren in de zorg" (2012) lezen we, "Van disfunctioneren wordt pas gesproken indien er sprake is van een structurele situatie van onverantwoorde zorg die de patiënt schade toe kan brengen. Echter, wanneer het gedrag zeer ernstig is, zoals het misbruiken van de eigen positie voor het uitvoeren van seksuele handelingen, is eenmalig over de schreef gaan genoeg om te spreken van disfunctioneren".

<sup>135</sup> <https://www.trouw.nl/nieuws/just-in-de-zorg-kan-een-aanraking-goed-doen~bd0533fe/> [11-05-2020-22.33 uur]

<sup>136</sup> Van ongewenste intimiteiten is sprake wanneer gedragingen door de "ontvanger" als vervelend, hinderlijk, vernederend, bedreigend of ongewenst worden ervaren.

Eerzijds kent zij een therapeutische werking, anderzijds kan zij leiden tot ongewenst gedrag, waarbij dit gedrag wordt verricht door de hulpverlener en het ongewenste in deze context wordt ingevuld als handelingen met een seksuele lading. Maar is deze benadering niet te eng? Kan worden gesteld dat aanraking de kans op dergelijk gedrag vergroot, of nog enger gesteld, per definitie met zich meebrengt? Als wij onze blik fixeren op bekend geworden gevallen van ongewenst seksueel gedrag en ons daarbij concentreren op aanraking als oorzaak, zal dit zeker het geval zijn. Maar is onze blik dan niet te smal? Vormt de aanraking op zichzelf de grondslag voor ongeoorloofd gedrag of spelen hier andere factoren?

Zoals uit bovenstaande naar voren komt, gaat het in deze materie om meningen. Subjectieve standpunten gebaseerd op losse feiten. Specifiek wetenschappelijk onderzoek rondom ongewenste aanraking of misbruik in relatie met presentie lijkt te ontbreken. Wat overblijft, is de *intentie* van de hulpverlener op zichzelf of geplaatst in een *situatie* die zich voordoet. In het eerste geval bestaat bij de hulpverlener op voorhand een zekere neiging of wens om over te gaan tot intiem gedrag met een cliënt. Het mag duidelijk zijn dat het verbieden van fysiek contact in deze setting geen remmende werking heeft. Ieder protocol verzaakt, alleen de betreffende cliënt of patiënt kan de ongewenste intimiteiten voorkomen.

In het tweede geval ontstaat tussen hulpverlener en cliënt een sfeer die zou kunnen leiden tot ongewenste intimiteit. Veelal is hier sprake van overdracht, waarbij de cliënt verliefde en/of erotische gevoelens krijgt voor de hulpverlener. Aanraking door de hulpverlener kan dan als katalysator werken. Hier is het de hulpverlener die ongewenste intimiteiten dient te voorkomen door dit met de cliënt te bespreken en aan te geven dat dergelijke intimiteit niet is toegestaan, of door het contact met de cliënt te beëindigen en die eventueel door te verwijzen naar een collega. Ook kan sprake zijn van tegenoverdracht, waarbij de hulpverlener gevoelens voor de cliënt krijgt<sup>137</sup>. Aanraking is dan niet aan te bevelen en in dit geval is het de cliënt die moet optreden. In het derde geval is er sprake van overdracht en tegenoverdracht. Aanraking is ook dan ongewenst, maar niet door protocollen te voorkomen.

De vraag of aanraking wel of niet is toegestaan, is niet eenvoudig te beantwoorden. Naar mijn mening lijkt een verbod niet tot voorkoming van ongewenst gedrag te leiden maar kan het wel tot schade leiden. Het is een menselijke sociale eigenschap om elkaar aan te raken. Maar door de toenemende aandacht voor seksueel misbruik, lijkt een taboe op aanraken te ontstaan<sup>138</sup>. Hoe dit kan doorslaan en daarmee schade kan berokkenen, blijkt uit de 'anti touch'-wetgeving in de Verenigde Staten, die zich op het onderwijs richt. Deze wetgeving verbiedt leraren en leerlingen elkaar aan te raken. Waartoe dit kan leiden, illustreert het volgende voorval. Een 6-jarige leerling gaf een andere leerling een kus op de wang. De jongen werd beschuldigd van 'sexual harassment' en mocht een dag lang niet in de klas<sup>139</sup>.

Bij het laatste aspect van aanraking gaat het om het vinden van balans tussen afstand en

---

<sup>137</sup> De Nenne, A. *Inzicht in overdracht en tegenoverdracht. Bewustwording van jezelf in relatie tot anderen*. Boom Uitgevers 2017, p. 115-126.

<sup>138</sup> <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/programma-de-tail/richtlijnen-jeugdgezondheidszorg-2019-2024/> [07-05-2020 22.27 uur], zie aldaar bijvoorbeeld de richtlijnen voor beroepen waarin met kinderen en jongeren wordt gewerkt. Zie ook: [https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/app/answers/detail/a\\_id/1232/~/richtlijn-en-zorgstandaard](https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1232/~/richtlijn-en-zorgstandaard) [07-05-2020 22.30 uur], zie aldaar bijvoorbeeld de richtlijnen in de gezondheidszorg.

<sup>139</sup> Field, Tiffany. *Touch. Second Edition*. The Mit Press. Cambridge Massachusetts. 2014, Massachusetts Institute of Technology, p. 11.

nabijheid. Afstand en nabijheid kent twee vormen: een figuurlijke en een letterlijke. In figuurlijke zin - de mentale vorm - staat afstand voor inzicht hebben in de situatie van de Ander en weten hoe tegenover die Ander te handelen en nabijheid voor een gelijkwaardige relatie, empathie, het tonen van emoties en betrokkenheid<sup>140</sup>. In letterlijke zin - de fysieke vorm - staat afstand voor het niet aanraken en nabijheid voor het wel aanraken. Of dit als gewenst of ongewenst wordt ervaren, is afhankelijk van de ruimte van de betreffende patiënt. Ieder mens heeft een eigen persoonlijke ruimte, zowel intern als extern. Hier gaat het om de externe variant. Ruimte in de zin van de fysieke toelatingsafstand is afhankelijk van het karakter, van persoonlijke levenservaringen en van culturele waarden en gebruiken. Het kan echter ook stoornis-gerelateerd zijn<sup>141</sup>. Zodra in deze context blijkt dat aanraking ongewenst is, dient dit achterwege te worden gelaten.

#### 4.5 Samenvatting

Uit de genoemde onderzoeken kunnen we concluderen dat aanraking een essentiële functie vervult tijdens de baby- en peutertijd. Het levert een belangrijke bijdrage aan de lichamelijke groei, de mentale ontwikkeling, de vorming van de eigen identiteit en het vermogen om relaties aan te gaan tijdens de volwassenheid. Daarnaast blijkt aanraking zowel bij kinderen als bij volwassenen de aanmaak van neurotransmitters te activeren, waarvan vooral oxytocine een gevoel van welbehagen en verbondenheid geeft. Dat aangeraakt worden ook voor volwassenen van levensbelang is, werd duidelijk tijdens de coronacrisis. Het niet meer mogen ontvangen van bezoek en het niet meer aangeraakt worden, leidde tot gevoelens van eenzaamheid, neerslachtigheid en zelfs levensmoeheid.

De positieve kant van aanraking kent een drietal facetten: de ontwikkeling van het subject (1), een fysiologische en psychologische helende werking (2) en het creëren van mentale verbondenheid en de transcendente ervaring (3). Aanraking draagt bij aan de ontwikkeling van het subject van pasgeborene naar volwassene. Dit gebeurt op fysiek en mentaal vlak. De fysieke effecten betreffen een beter ontwikkeld immuunsysteem, meer gewichtstoename en zelfs een langere levensduur. De mentale effecten betreffen meer activiteit, minder angst, een grotere weerstand tegen stress, betere cognitie, beter geheugen.

Hiernaast kent aanraking een helende werking. Dit helen kan fysiologisch en psychologisch van aard zijn. Bij fysiotherapie gaat het om fysieke heling en bij haptonomie om fysieke en mentale. Aanraking wordt hier gebruikt als middel voor genezing, zowel op direct - fysiek - niveau als op indirect - mentaal - niveau.

Ten derde leidt aanraking tot verbondenheid met Ander(en). In de relatie met de Ander kan aanraking leiden tot een groter gevoel van verbondenheid. De aanraking fungeert dan als katalysator voor emoties en gevoelens. Zij leidt tot de aanmaak van neurotransmitters die geluksgevoelens genereren. In dit proces ontstaat tegelijk het transcendente ervaren dat tot nog meer verbondenheid kan leiden.

---

<sup>140</sup> Dubbeldam, Anna & Mooren, Jan Hein. *Afstand en nabijheid. Een oneindige dans van verwijdering en toenadering*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 15 nr. 67, p. 12-20. Ik volg de invulling van Hoogveen (1991).

<sup>141</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Gea Nama Uitgevers, Winsum, tweede druk, 2017, p. 110-111.

Aanraking heeft echter ook een dilemma en mogelijke negatieve kant. Hoewel fysieke aanraking enerzijds een positief effect heeft op (de relatie met) de cliënt of patiënt, kan ze anderzijds leiden tot ongewenst (intiem) gedrag met de cliënt of patiënt. Over het toestaan van aanraking verschillen de meningen. Zo vindt Jaap Dijkstra, zoals eerder genoemd, dat fysiek contact enkel mag bestaan uit een handdruk. Hij wordt hierin gesteund door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Een ander geluid komt van Marian Verkerk en Joris Slaets. Aanraking kan volgens hen helpend werken en het feit dat aanraking zou *kunnen* leiden tot ongewenst gedrag, mag volgens hen geen reden zijn om aanraking daarom geheel te verbieden. Een verbod kan bovendien tot schadelijke gevolgen leiden. Niet enkel op het menselijke vlak door uitbanning van het transcendente ervaren maar ook juridisch, in de vorm van een berisping of een verbod op de uitvoering van het ambt en/of strafrechtelijke vervolging.

Wat fysieke aanraking betreft, zijn de intentie en instelling van de hulpverlener meestal doorslaggevend. Zijn de intentie en het handelen zuiver, dan zal fysiek contact niet leiden tot ongewenst gedrag. Ontstaat er echter toch een situatie die kan leiden tot ongewenst gedrag - door overdracht, tegenoverdracht of door andere factoren - dan is de instelling van de hulpverlener bepalend. Is deze ethisch juist, dan neemt de hulpverlener maatregelen om ongewenste activiteiten en intimiteiten te voorkomen.

## Hoofdstuk 5 Ethiek in de zorg

- 5.1 Inleiding
- 5.2 Ethiek als algemene modaliteit
- 5.3 Zorgethiek: morele waarden en normen binnen de zorg
  - 5.3.1 Liberale waarden en normen binnen de huidige zorg
  - 5.3.2 Morele waarden en normen binnen 'menslievende' zorg
- 5.4 Ethiek binnen de geestelijke zorg
- 5.5 Samenvatting

### 5.1 Inleiding

Nu de deelvragen over het lichaam en de presentie zijn beantwoord, resteert de vraag naar de achterliggende morele waarden die relaties in de zorg inhoudelijk bepalen. Van grote invloed is de manier van het subjectieve optreden. Intersubjectiviteit is een wederzijds gebeuren, maar de houding en het gedrag richting de Ander zijn bepalend voor zowel de gezamenlijke als de individuele beleving en voor de kwaliteit van dit relationele gebeuren. Dat geldt zeker voor de zorg, omdat hier per definitie sprake is van een zekere afhankelijkheid: de zorgvrager of zorgontvanger is (in meer of mindere) mate afhankelijk van de zorgverlener of zorggever. Deze asymmetrie lijkt kenmerkend voor de zorg, wat zijn weerslag heeft op de ethische kant ervan.

Voor ik kan beginnen met het belichten van deze ethische kant, bekijk ik de ethiek eerst als algemene modaliteit. Hier komen vragen naar voren als: Wat is ethiek? Waar ligt haar oorsprong? Kent ethiek verschillende vormen? En wat is haar intrinsieke waarde? Door deze vragen te beantwoorden, kan ik nagaan wat dit betekent voor de ethiek binnen de zorg. Hierbij plaats ik twee ethische kaders tegenover elkaar en zal ik ze vergelijken. Aan de ene kant het in de huidige zorg op liberale waarden gebaseerde kader en aan de andere kant het op relaties gebaseerde kader binnen de door Annelies van Heijst voorgestelde 'menslievende' zorg. Ook verken ik hier kort de ethische fundamenten van Postma en Baart. Tot slot bekijk ik welk van beide ethische kaders binnen de geestelijke verzorging past.

### 5.2 Ethiek als algemene modaliteit

Ethiek kent vele definities en gedaantes. Binnen dit hoofdstuk hanteer ik zowel voor het begrip *ethiek* als voor de begrippen *normen en waarden* onder meer de omschrijvingen van Bolt, L.L.E., Verweij, M.F. en Delden van, J.J.M in hun boek *Ethiek in de praktijk*.

Zij beschrijven ethiek als *'een systematische reflectie op ons handelen en de keuzen die we daarin maken'*<sup>142</sup>. Ook hanteren zij een werkdefinitie: *'Ethiek is de wetenschappelijke of systematische studie van de moraal.'* Een uitgebreidere omschrijving van ethiek wordt gegeven door het cultureel woordenboek. Ethiek is hier: *'Zedenleer, moraalfilosofie. Het praktische deel van de filosofie dat zich bezighoudt met de bestudering van de zeden en*

---

<sup>142</sup> Bolt, L. L. E., Verweij, M. F. en Delden van, J. J. M. (2010). *Ethiek in de praktijk*. Uitgeverij Van Gorcum, Assen, 7<sup>e</sup> druk. Aldaar zie in het voorwoord.



*probeert vast te stellen wat goed is en wat slecht. De ethiek kan beschrijvend zijn of normatief en in dat laatste geval stelt ze normen, voorschriften en wetten op.*<sup>143</sup>

In deze definitie is ethiek de leer of filosofie van de zeden<sup>144</sup> en kent het begrip een tweetal vormen wanneer de concepten van normen en waarden worden omschreven: beschrijvend (descriptief) en normatief. De beschrijvende vorm is de bestudering van morele waarden, waarbij wordt geprobeerd vast te stellen welke handelingen goed of slecht zijn. Deze vorm is de basis voor de normatieve vorm, die bestaat uit ongeschreven normen en normen die worden vastgelegd in regelgeving. Deze normen bevatten leefregels en gaan over de praktische uitvoering daarvan. Zijn zij niet aan regels gebonden, dan dienen zij als richting of maatstaf voor het gedrag. Zij vormen de moraal binnen een samenleving<sup>145</sup>. Zijn zij wel vastgelegd (in wet- en regelgeving), dan moeten zij worden gerespecteerd. Worden zij overtreden, dan kunnen hier strafrechtelijke consequenties aan vast zitten<sup>146</sup>. Daarnaast kent de ethiek ook nog de vorm van de meta-ethiek waarbij de waarden en normen onderzocht worden door de betekenis en rechtvaardiging van morele oordelen filosofisch te analyseren.

Morele waarden en normen zijn geen universele principes - hoewel sommige een universele gelding bezitten<sup>147</sup> - maar zijn cultuur- en tijdgebonden<sup>148</sup>, waardoor zij verschillen per culturele bevolkingsgroep en per tijdvak. Ditzelfde principe geldt voor de ethiek en de moraal binnen de zorg. Ethische reflectie blijft noodzakelijk omdat inzichten en meningen over wat goed en wat slecht is, aan verandering onderhevig zijn. De beschrijvende en de normatieve benaderingsvormen van de ethiek hebben daarom hun eigen plaats in de zorg. De eerste als ethisch studiekader, de tweede als moreel handelingskader.

Over de bron van onze morele waarden kan verschillend worden gedacht, maar ze kent een gemeenschappelijk beginpunt: het subject. In het subject komt de moraal tot uiting in de relatie met de Ander. Het subject handelt 'als vanzelf' vanuit morele waarden. Deze waarden zijn als het ware 'ingebakken'. De Deense filosoof en theoloog Løgstrup noemde dit

---

<sup>143</sup> <https://www.cultureelwoordenboek.nl/filosofie/ethiek> [25-05-2020 11.58 uur]

<sup>144</sup> Zeden zijn handelingen die sociaal-maatschappelijk gewenst en fatsoenlijk zijn. Het woord zeden kent een confessionele herkomst. De non-confessionele term is moraal.

<sup>145</sup> Beauchamp, Tom L. en Childress, James F. *Principles of biomedical ethics. Fifth edition*. Published by the Oxford University Press, Inc. (2001). p. 1-9, '(...) morality refers to norms about right or wrong human conduct that are so widely shared that they form a stable social consensus'. Zie ook: Bolt, L. L. E., Verweij, M. F. en Delden van, J. J. M. (2010) *Ethiek in de praktijk*. Uitgeverij Van Gorcum, Assen, 7<sup>e</sup> druk. p. 10-15.

<sup>146</sup> Zie bijvoorbeeld het Wetboek van Strafrecht (WvSr), [https://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/2020-07-25#search\\_highlight0](https://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/2020-07-25#search_highlight0) [26-05-2020 22.11 uur]. Hier zijn een groot aantal ethische normen opgenomen in delictsomschrijvingen, zoals de normen 'gij mag niet doden, stelen of schade toebrengen'. Doet men dit toch, dan volgt een bestraffing, die kan bestaan uit een geldelijke boete, een taakstraf of een gevangenisstraf. Dit wetboek heeft een algemene gelding, zij geldt voor iedereen. Daarnaast kennen wij het tuchtrecht voor specifieke beroepsgroepen. Een voorbeeld hiervan betreft het tuchtrecht in de zorg dat geldend is voor iedereen die werkzaam is in dit specifieke vakgebied. Zie ook:

<https://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat?text=zorg&ftscope=uitspraak&domein=Gezondheidszorg&instantie=Centraal+Tuchtrecht+alle+voor+de+Gezondheidszorg&beroepsgroep=Psychotherapeut&onderwerp=Grensoverschrijdend+gedrag&datumtype=uitspraak&datumrange=alle> [26-05-2020 22.30 uur]

<sup>147</sup> De norm 'gij zult niet doden' is hier een voorbeeld van. Deze norm kent een wereldomvattende gelding.

<sup>148</sup> Een cultuurgebonden voorbeeld, dat de laatste jaren veelvuldig in beeld is geweest, is het dragen van gezichtsbedekkende kleding door vrouwen. In streng islamitische landen is dit een normaal verschijnsel. Zo niet in de Westerse wereld, waar dit wordt afgekeurd en in enkele landen, waaronder Nederland, zelfs bij wet vanaf 2019 is verboden (waarbij de legitimatie overigens werd gevonden in veiligheid en niet direct in de gelijkwaardigheid van mannen en vrouwen). Een voorbeeld van tijdgebondenheid betreft slavernij. In oudere culturen, zoals de Griekse en Romeinse, waren slaven een normaal en geaccepteerd sociaal-maatschappelijk verschijnsel. Hetzelfde gold in de 17<sup>e</sup>, 18<sup>e</sup> en 19<sup>e</sup> eeuw voor slaven uit Afrika die verscheept naar en tewerkgesteld werden op plantages in Amerika. Pas in 1865 werd deze slavernij in heel Noord-Amerika bij wet verboden. Tegenwoordig wordt slavernij sterk veroordeeld.

'ingebakken zijn van moraliteit' de 'soevereine bestaansexpressie': een van nature ingebouwd waardensysteem van waaruit het subject handelt in de omgang met de Ander(en)<sup>149</sup>. Eenzelfde gedachte vinden we bij Postma, die stelt dat deze waarden al tijdens het 'één-zijn' van moeder en kind (de zwangerschapsperiode) worden ingeprent, voortkomend uit het tastzintuiglijke<sup>150</sup>. Van Heijst ziet dit ontstaan in de zorgbehoevende kind-ouderfase<sup>151</sup>. Ook Levinas gaat uit van een 'ingebakken moraliteit', maar plaatst de bron in het metafysische, zonder daar direct een God aan te koppelen. Iemand als de Deense filosoof en theoloog Kierkegaard legt de bron wel direct bij God: deze heeft ons volgens hem de morele waarden (in)gegeven<sup>152</sup>.

Ethiek kent een lange geschiedenis. Al in de oudheid werden ethische waarden opgesteld en in bijpassende normen vastgelegd. Zo kende de Egyptische beschaving ten tijde van de farao's (3100-40 voor Christus) teksten waarin leefregels waren vermeld die men moest nakomen om in het hiernamaals te worden opgenomen. Deze zijn neergelegd in het zogenaamde 'dodenboek'<sup>153</sup> dat regels bevat voor gedrag, maar dat ook verplicht tot het verlenen van zorg aan hulpbehoevenden. Een tweede voorbeeld betreft de door God aan Mozes gegeven Tien Geboden (leefregels) in de vorm van de Twee Tafelen. De oude Grieken kenden al een specifieke zorgethiek, die - samen met enkele processuele eisen en een strafbepaling - is vastgelegd in de eed van Hippocrates<sup>154</sup>. Deze Griekse arts (ca. 460-377 voor Christus), die wordt beschouwd als vader van de geneeskunde, gaf al een ethisch zorgkader aan met waarden als: bescheidenheid, soberheid, geduld, stiptheid en vroomheid<sup>155</sup>.

In de loop der tijd heeft ethiek zich wereldwijd binnen verschillende culturen ontwikkeld tot verzamelingen van gedragsregels, die onderling van elkaar verschillen. Dit houdt meteen in dat er geen uniek universeel ethisch kader bestaat. Toch kennen we waarden die deze algemene gelding wel kennen, zoals het gebod 'Gij zult niet doden'. Naast deze scheiding in cultuur- en tijdgebonden waarden- en normenstelsels, kent ethiek ook een scheiding binnen deze stelsels. Er wordt onderscheid gemaakt tussen deelstelsels, waarbij de discipline (het werkingsveld) bepalend is. Zo kent ook de zorg een eigen stelsel: de zorgethiek.

Een belangrijk omslagpunt voor dit ethisch stelsel was halverwege de 20<sup>e</sup> eeuw de overgang van de door de Grote Instituties<sup>156</sup> gegeven zorg naar een seculier, professioneel zorgsysteem. Ging het in het Institutioneel Programma om een heilige missie om (hulp)behoefenden tot beschaving en heil te brengen, sinds die omslag draait het alleen nog om de bevordering van

---

<sup>149</sup> De Lange, Frits. *In andermans handen. Over flow en grenzen in de zorg*. Uitgeverij Meinema, Zoetermeer 2011, p. 69-89.

<sup>150</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 207-223.

<sup>151</sup> Van Heijst, Annelies. *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Uitgeverij Klement, Kampen, 7<sup>e</sup> druk 2014, p. 263-309.

<sup>152</sup> De Lange, Frits. *In andermans handen. Over flow en grenzen in de zorg*. Uitgeverij Meinema, Zoetermeer, 2011, p. 69-89.

<sup>153</sup> De naam Dodenboek is afkomstig van de Duitse Egyptoloog Karl Lepsius. De Egyptenaren noemden dit zelf 'Het boek betreffende het uitgaan bij de dag'. Het betreft een reeks spreuken, een beschrijving van de af te leggen weg naar het hiernamaals en een laatste oordeel. In eerste instantie geschreven op wanden van grafkelders, daarna op sarcofagen en vanaf rond 1800 voor Christus op papyrusrollen. Deze regels werden gevolgd tot de ondergang van het Egyptische Rijk met de dood van Cleopatra (Cleopatra VII, laatste farao, stierf in 30 voor Christus) zie o.a. <https://egypte-info-site.nl/het-egyptisch-dodenboek-dodenrijk/> [26-05-2020 14.56 uur].

<sup>154</sup> Van Gool, Ab B. *Hellas en Rome met hun voorgeschiedenis*. Uitgeverij Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1976, p. 158. De ethische normen zijn: respect tonen, niet vergifigen, geen abortus, geen euthanasie, geen ongewenste intimiteiten en geen operaties door leken.

<sup>155</sup> Beauchamp, Tom L. en Childress, James F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, 2001, p. 26-51.

<sup>156</sup> Deze instituties zijn: kerk, ziekenhuis, staat en school.

de gezondheid van de individuele patiënt<sup>157</sup>. Deze andere benadering vraagt om andere ethische waarden en normen.

Ten slotte kijk ik naar de intrinsieke waarde van de ethiek. Deze ligt besloten in de gedragsregels die zijn gebaseerd op het stelsel van morele waarden en normen. Het zijn deze regels die het gedrag binnen betrekkingen en relaties aansturen en die het mogelijk maken om een samenleving te formeren en te onderhouden, waarvan zorg voor de Ander (en elkaar) een belangrijk onderdeel vormt.

### **5.3 Zorgethiek: morele waarden en normen binnen de zorg**

Zorg verlenen is een handeling waarbij het intersubjectieve aspect sterk op de voorgrond treedt. Binnen de zorgbetrekking vervult dit intermenselijke contact een grote rol. Een contact waar morele waarden en normen van wezenlijk belang zijn, gezien de asymmetrie binnen de zorgbetrekking. Zonder deze waarden en normen mist de zorg het fundament waarop zij rust. Omdat ethiek geen universeel vaststaand geheel van waarden en normen is, maar altijd optreedt in een culturele en tijdgebonden context, verandert ook het stelsel van waarden waarop de zorg is gebaseerd. Dit maakt reflectie over deze invulling noodzakelijk. Met andere woorden: voldoet ons ethisch zorgfundament nog of is zij aan verandering of vervanging toe? Kritiek van ethici en vanuit de zorgverlening zelf neigt naar dat laatste en legitimeert de gestelde vraag. Die wordt daarom in de paragrafen 5.3.1 en 5.3.2 behandeld. In paragraaf 5.3.1 komt het huidige stelsel aan bod en in paragraaf 5.3.2 kijk ik naar de ethiek van Baart en Postma en naar de 'menslievende' zorg die Van Heijst als alternatief voorstelt.

#### **5.3.1 Zorgethiek: liberale waarden en normen binnen de huidige zorg**

Zorg kan door zowel professionals<sup>158</sup> als non-professionals worden verleend. Deze scriptie gaat over de professionele zorgverlening. Deze zorg wordt door verschillende beroepsgroepen verleend die elk eigen specialisaties en eigen protocollen kennen. Het ethische kader in de zorg vormt het fundament van de zorg(verlening) en geldt dus voor alle professionals.

Ons huidige zorgstelsel is gebaseerd op (neo)liberale waarden. Het is geprivatiseerd en vraaggestuurd. Dit heeft zijn weerslag op het ethisch fundament, dat de liberaal morele waarden autonomie, vrijheid, gelijkheid en rechtvaardigheid kent. De nadruk ligt hierbij op de gedachte dat iedereen eigen keuzes moet kunnen maken: de eigen keuzevrijheid. Vrijheid houdt in deze context in dat we keuzes moeten kunnen maken zonder druk van buitenaf. Gelijkheid staat voor de gelijkwaardigheid tussen zorgverlener en zorgontvanger. En rechtvaardigheid schrijft voor dat iedereen in gelijke gevallen, gelijk wordt behandeld<sup>159</sup>. Uitgangspunt is het welzijn van het individu.

Een dergelijk ethisch kader is opgesteld door Beauchamp en Childress. In hun werk *Principles*

---

<sup>157</sup> De Lange, Frits. *In andermans handen. Over flow en grenzen in de zorg*. Uitgeverij Meinema, Zoetermeer 2011, p. 11-15. De Lange verwijst hier naar het werk van de Franse socioloog François Dubet.

<sup>158</sup> Bijvoorbeeld mantelzorgers, buddy's en andere vrijwilligers, familieleden.

<sup>159</sup> Omdat vrijheid in de zorgcontext is gerelateerd aan autonomie - in beide concepten is de zorgvrager afhankelijk van de zorgverlener - gelden voor beide dezelfde bezwaren. Vrijheid wordt daarom niet apart behandeld.

of *biomedical ethics* (2001) formuleren zij vier principes die als morele richtlijnen dienen voor beroepsethiek in de zorg. Deze principes zijn: respect voor autonomie (1, een norm voor het respecteren van de besluitvormingscapaciteiten van autonome personen), niet schaden (2, een norm voor het vermijden van schade), weldadigheid (3, een groep normen voor het verstrekken van voordelen en het afwegen van voordelen tegen risico's en kosten), en rechtvaardigheid (4, een groep normen voor de eerlijke verdeling van voordelen, risico's en kosten)<sup>160</sup>.

Bij de praktische uitvoering van deze principes ontstonden echter vragen over de kwaliteit van deze waarden in of voor de zorg. Zorg verlenen is een specifiek gebeuren. Het is een betrekking of relatie<sup>161</sup> waarbij de één zorg geeft en de Ander zorg ontvangt. Daarbij is de zorgontvanger (in meer of mindere mate) afhankelijk van de zorgverlener. Zorg nodig hebben leidt hierdoor (in meer of mindere mate) tot afhankelijkheid en kan zo van invloed zijn op de autonomie van de zorgontvanger. Dit gegeven botst met het liberale gedachtegoed, waarin autonomie juist zo belangrijk is. De Lange wijst op dit verschil. Hij beschouwt autonomie niet als zelfbeschikking en zelfredzaamheid maar geeft hier een andere, zorgethische invulling aan. Autonomie is volgens hem de uniciteit en zelfstandigheid (niet te verwarren met zelfredzaamheid) van de zorgvrager. Zorg verlenen gaat voor hem om het erkennen en respecteren van de uniekheid van de patiënt en om ervoor te zorgen dat de die de mogelijkheid heeft om (zoveel mogelijk) te leven zoals hij of zij wil<sup>162</sup>.

Van Heijst gaat nog een stap verder door zich te aan te sluiten bij het gedachtegoed van Vosman, die de liberale autonomie van de zorgvrager fictie noemt<sup>163</sup>. Maar anders dan De Lange geeft zij aan autonomie geen *andere* invulling maar pleit zij voor een *paradigmawissel*: niet de autonomie moet als uitgangspunt worden genomen, maar medemenselijke behoefte<sup>164</sup>.

Gelijkheid vereist symmetrische verhoudingen. Dit betekent dat in het onderlinge contact aanbieder en vrager gelijkwaardig aan elkaar zijn. Maar juist in de zorg is dit niet het geval. Hier zijn de verhoudingen in meer of mindere mate ongelijk. Deze asymmetrie ligt besloten in de afhankelijke positie van de hulpbehoevende, die het (in de meeste gevallen) aan kennis en kunde ontbreekt om zijn of haar kwaal te behandelen of te verhelpen. Een gemis dat toeneemt naarmate de kwaal ernstiger is. Van Heijst is van oordeel dat het opheffen van deze ongelijkheid in het zorgcontact een illusie is<sup>165</sup>.

---

<sup>160</sup> Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. *Principles of biomedical ethics*. Published by the Oxford University Press, 2001, p. 1-23. Zie ook: Slaets, Joris, 5<sup>e</sup> Els Borst Lezing. *Kwaliteit van zorg. Wie mag het zeggen?* Centrum voor Ethiek en Gezondheid, p.5-23.

<sup>161</sup> Voor een beter begrip maak ik hier onderscheid tussen een zorgbetrekking en een zorgrelatie. Van een betrekking is sprake bij kortstondig zorgcontact, waarbij enkel de kwaal wordt behandeld. Een relatie betreft langdurig zorgcontact waarbij naast de kwaal ook de wensen en behoeften aan bod komen. Dit onderscheid is van belang voor het type zorg en de wijze van omgang tussen zorgverlener en zorgontvanger. Deze is in een relatie intenser.

<sup>162</sup> De Lange, Frits. *In andermans handen. Over flow en grenzen in de zorg*. Uitgeverij Meinema, Zoetermeer, 2011, p. 16-26.

<sup>163</sup> Vosman, F. J. H. *Vriendschap als model voor professionele zorg*. Gepubliceerd in *Perspectieven op vriendschap*. Uitgever SWP, Amsterdam, 2005, p. 62-73.

<sup>164</sup> Van Heijst, Annelies. *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Uitgeverij Klement, Kampen, 7<sup>e</sup> druk 2014, p. 260.

<sup>165</sup> Van Heijst, Annelies. *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. p. 234-235.

Zie ook: Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017, p. 153-164. Postma stelt dat elke relatie per definitie asymmetrisch is. Niet alleen de zorgrelatie.

In ons zorgstelsel staat rechtvaardigheid voor een gelijke behandeling in gelijke gevallen<sup>166</sup>. Dit principe wordt mogelijk gemaakt door standaardisering van de zorg en resulteert vaak in regels en protocollen. Dit is op zich een nastrevenswaardige ethische norm, maar er schuilt een gevaar in voor de kwaliteit van de zorg. Het nivelleert de uniekheid van de individuele mens. De Lange wees hier al op in zijn invulling van het begrip autonomie. Van Heijst wijst naast rechtvaardigheid op het recht en stelt dat zwakkeren niet de rechten (kunnen) opeisen die hen toekomen. Dat is een inbeuk op de rechtvaardigheid in de zorg<sup>167</sup>.

### 5.3.2 Zorgethiek: morele waarden en normen binnen ‘menslievende’ zorg

Naar aanleiding van de kritiek, zowel vanuit het werkveld als van academici, kunnen we concluderen dat het liberale waardenstelsel voor de zorg tekortschiet en dat we op zoek moeten naar een ander ethisch kader dat meer aansluit bij de subjectieve ervaring van zorgverleners en zorgontvangers. Voor de zoektocht naar dit meer passende stelsel van waarden, bekijk ik eerst kort de ethiek van Postma en Baart en richt ik mijn blik daarna op hoogleraar zorgethiek Annelies van Heijst. Haar werk op dit terrein geeft andere inzichten op hoe we de zorg kunnen inkleden.

#### *De ethiek van Postma:*

Heeft Postma een ethisch ideaal of een idee van wat ‘goed’ of ‘juist’ is? In ‘goed zijn’ of ‘het juiste doen’ zullen we zijn ethiek niet vinden. Eerder kunnen we zijn ethiek plaatsen in de relatie waarbij het zintuiglijke lichaam op hetzelfde moment fungeert als bron en als functie van de ethiek. Binnen deze belichaamde ethiek beschouwt Postma ethiek niet als een aantal universele leefregels waarnaar we kunnen leven, maar als kern in de positie die de Ander inneemt binnen de relatie. De ethiek is gefundeerd in een natuurlijk proces dat voortdurend wisselt en het *goede* of *slechte* doen is daarmee geen gebod of leefregel. Het lichaam geeft in relatie tot ‘de Ander’ en ‘het Andere’ (de omgeving) misschien wel een duidelijker antwoord over zijn kennis van goed en of kwaad dan onze taal in woorden. Wel kan het menselijke bewustzijn zijn positie binnen de relatie en daarmee de ethiek voortdurend evalueren. Zo is de ethiek van Postma in de oorspronkelijke betekenis als ‘terugkeren naar de plaats waar je vandaan komt of thuis bent’. Het is als ‘thuiskomen’<sup>168</sup>.

De bron van Postma zijn ethische fundament ligt vooral bij de filosoof Levinas. Postma en Levinas delen hun kritiek op de westerse filosofie en de daaraan verbonden focus op autonomie en rationele besluitvorming. Ook wordt in beide filosofisch/ethische theorieën opgeroepen tot passiviteit binnen de (zorg)relatie en een morele verantwoordelijkheid richting ‘de Ander’. Daarnaast staan in het gedachtegoed van beide de kwetsbaarheid en de ervaring zij aan zij<sup>169</sup>. Ook in de verantwoordelijkheid voor de kwetsbare ‘Ander’ delen zij gemeenschappelijke gronden: de verantwoordelijkheid is door ‘de Ander’, het gaat aan mijn vrijheid vooraf en ondanks mijzelf word ik met ‘de Ander’ geconfronteerd. Zowel bij Postma

---

<sup>166</sup> Dit principe geldt niet alleen in de zorg maar is een rechtstatelijk beginsel dat is vastgelegd in artikel 1 van de Grondwet (het non-discriminatiebeginsel) en hiervan afgeleide wetgeving (bijvoorbeeld de Algemene Wet Gelijke Behandeling uit 1994).

<sup>167</sup> Van Heijst, Annelies. *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Uitgeverij Klement. Kampen, 7<sup>e</sup> druk, p. 251-255.

<sup>168</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers, 2017 p. 153-158.

<sup>169</sup> Postma, Gosse A. *Tast als leven*, p. 51-52.

als bij Levinas is de ethiek vooral gericht op iets *niet* te doen in plaats van *wel* te doen en vraagt het om openheid en kwetsbaarheid van de (geestelijke) hulpverlener<sup>170</sup>.

#### *De ethiek van Baart:*

Tast - of lichamelijkheid - komt in Baart zijn theorie niet of nauwelijks aan bod, terwijl het voor Postma juist het vertrekpunt of de bron is in zijn ethiek van wederzijdse zorg. Ook vinden we het begrip ethiek niet terug in de theorie van Baart. Van Heijst beschouwt de presentietheorie van Baart echter als een opzichzelfstaand ethisch kader dat kan dienen als een bron voor ethische reflectie. Baart hanteert in zijn theorie een moreel niet neutrale visie en wijst het neoliberale mensbeeld af<sup>171</sup>.

#### *De Zorgethiek van Annelies van Heijst:*

Als alternatief voor het liberale waardenstelsel voor de zorg introduceert Van Heijst een nieuwe zorgvisie: 'menslievende zorg'. Twee kernwaarden vormen het fundament van deze zorg: menswaardigheid en medemenselijkheid. Volgens de visie van Van Heijst moet zorg gericht zijn op het behoud van waardigheid en op het gevoel bij de patiënt dat hij of zij de moeite waard is<sup>172</sup>. Van Heijst plaatst dus een ander ethisch stelsel tegenover het liberale: een stelsel waarin intersubjectiviteit als uitgangspunt geldt. Niet het autonome subject is leidend, maar de intermenselijke betrekking(en) en de gevoelens die hierbij vrijkomen. Dit leidt niet alleen tot andere morele waarden, het veronderstelt ook een ander mensbeeld. Van Heijst wijst erop dat het een groot verschil maakt of de zorgverlener de zorgontvanger beschouwt als autonoom en gelijkwaardig of als iemand die afhankelijk en hulpbehoevend is. Dit bepaalt de manier van aanspreken door de zorgverlener en daarmee het resultaat van het zorgcontact<sup>173</sup>. In dit zorgkader gelden waarden als verantwoordelijkheid, erkenning van de uniciteit van de Ander, waardigheid en behoeftigheid. Uitgangspunt in dit kader is het welzijn van alle betrokkenen.

Bij zorg verlenen komt verantwoordelijkheid kijken. De zorggever is verantwoordelijk voor het welzijn van de zorgontvanger. De belangrijkste regel binnen de zorgverlening is het geen schade toebrengen aan de patiënt of cliënt. Deze plicht komt voort uit de unieke waarde van het (be)levende subject. Naast de invoering van het liberale zorgkader heeft een juridisering binnen de zorg plaatsgevonden. Deze is gericht op de verantwoordelijkheid van een zorgverlener voor een zorgvrager. Bij gemaakte fouten kan de zorgverlener (zowel het individu als de instelling waar deze onder valt) aansprakelijk worden gesteld voor de geleden schade. Deze verantwoordelijkheid betreft zowel het *doen* als het *nalaten* met één verschil: wie iets fout doet, kan per saldo rekenen op juridische gevolgen (tucht-, straf- of civielrechtelijk). Bij

---

<sup>170</sup> Levinas, E. *Nouvelles lectures talmudiques*, Editions de Minuit, Parijs 1996, p. 25. Zie ook: Burggraave, Roger. *Verantwoordelijk voor de ander en zijn verantwoordelijkheid. Vanuit Emmanuel Levinas op zoek naar de ethische grondslagen voor social work*. Ethische perspectieven 16 (2) 2006, p. 150-173.

<sup>171</sup> Van Heijst, Annelies. *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Uitgeverij Klement. Kampen, 7<sup>e</sup> druk 2014, p. 220-221.

<sup>172</sup> Van Heijst, Annelies. *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. p. 9-17.

<sup>173</sup> *Ibidem*, p. 219.

iets nalaten gebeurt dat niet<sup>174</sup>, op een paar uitzonderingen na<sup>175</sup>. Volgens Van Heijst veroorzaakt dit een versmalling van de geboden zorg, omdat het leidt tot bijna uitsluitende werken binnen de protocollen, waarmee de behoeften en verlangens van de patiënt uit het oog worden verloren. Zij roept daarom op tot een toevoeging aan de verantwoordelijkheid: de respons om iemand die lijdt of klem zit, daadwerkelijk te helpen. In deze mentaliteit ziet zij de morele betekenis van de verantwoordelijkheid<sup>176</sup>.

Belangrijk element in iedere betrekking of relatie is de erkenning van de uniciteit van de Ander. Ook in de zorgbetrekking dient deze uniciteit te worden herkend en erkend. Door de protocollering in de zorg dreigt deze erkenning op de achtergrond te raken. Er wordt gekeken naar de kwaal, deze wordt gediagnosticeerd en vervolgens voorzien van een vastgelegde behandeling. De zorgontvanger kan dit ervaren als slechte zorg. Er is namelijk vooral aandacht voor de bestrijding van diens medische aandoening en niet voor diens persoonlijk lijden<sup>177</sup>. Deze objectivering verliest het subject als mens - met behoeften en verlangens - uit het oog. Voor de patiënt kan deze miskennis een vernederende ervaring zijn.

Een derde ethisch punt gaat over de waardigheid. Welke waarde kennen we mensen toe? Deze waarde komt tevoorschijn in de intersubjectiviteit en ligt in de wijze waarop met de Ander(en) wordt omgegaan. Hierbij speelt ook de identiteit een rol en ontstaat een verbinding met de uniciteit. Het niet erkennen van de uniciteit van de Ander is een inbreuk op diens waardigheid. In de liberale mensvisie gaat waardigheid over autonomie, onafhankelijkheid en gelijkheid. Iemand die zelf vrij en onafhankelijk van Anderen beschikt over zijn of haar leven en op gelijke voet staat met de Anderen, geldt als een waardig persoon. In deze visie lijken waardigheid en behoeftigheid elkaar uit te sluiten<sup>178</sup>.

Juist in de zorg schuurt dit met de realiteit, waarin van genoemde waarden vaak geen sprake is. In de zorgcontext is de kern van waardigheid de wijze waarop wordt omgegaan met het lijden en de tegenslag van de Ander. Drie realiteitsgebonden aspecten die schuren met de liberale invulling van het begrip 'waardigheid' komen in beeld: afhankelijkheid, ongelijkheid en behoeftigheid. De eerste twee vallen onder de asymmetrie. Binnen de zorgrelatie is de patiënt afhankelijk van - en in positie ongelijk aan - de zorgverlener. Dit komt voort uit de behoeftigheid van de patiënt, die iets nodig heeft dat essentieel is voor zijn of haar (voort)bestaan. Van Heijst vervangt het begrip 'asymmetrie' door behoeftigheid en ziet in 'behoefstig zijn' geen verlies van waardigheid. Zij laat zich hierbij inspireren door de presentietheorie van Baart, die zij op zichzelf beschouwt als een model van zorgethiek. Behoeftigheid wordt hier gezien als 'behorend bij het menselijk bestaan'. Waar aan de appellerende behoeftige recht wordt gedaan door zich in te zetten voor verbetering van diens lichamelijke en mentale welzijn<sup>179</sup>.

---

<sup>174</sup> Zie bijvoorbeeld 'het laten versterven' (het bewust nalaten van verdere behandeling met de dood als gevolg). Deze stopzetting is niet strafbaar gesteld.

<sup>175</sup> Uitzonderingen betreffen 'dood door schuld' (het bewust nalaten van hulp met de dood als gevolg), WvSr, artikel 307, alsmede 'zwaar lichamelijk letsel door schuld', WvSr, artikel 308.

<sup>176</sup> Van Heijst, Annelies. *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Uitgeverij Klement. Kampen, 7<sup>e</sup> druk 2014, p. 263-309.

<sup>177</sup> Van Heijst, Annelies. *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. p. 163-204.

<sup>178</sup> Ibidem, p. 246-249.

<sup>179</sup> Van Heijst, Annelies. *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Uitgeverij Klement. Kampen, 7<sup>e</sup> druk 2014, p. 211-258.

## 5.4 Ethiek binnen de geestelijke verzorging

Zoals ik in paragraaf 1.4 naar voren bracht, vindt de geestelijke verzorging haar oorsprong in het diaconaat en golden daar veelal de door God gegeven Tien Geboden als bron van morele waarden. Deze zijn door middel van interpretatie tot normen verworven. Ook gaf ik aan dat in de loop van de tijd een verschuiving heeft plaatsgevonden van het primaat voor het zielenheil naar hulp op het gebied van zingeving en levensbeschouwing. Eén en ander resulteerde in 1973 tot de oprichting van de VGVZ.

De VGVZ is een vereniging die sinds 2002 een beroepsstandaard kent waarvan in 2015 een vernieuwde versie is vastgesteld. Hierin is een beroepscode opgenomen die uitgangspunten en gedragsregels bevat voor de uitvoering van de werkzaamheden en de professionele houding van de geestelijke verzorger<sup>180</sup>. Deze uitgangspunten en gedragsregels bevatten ethische normen die samen de contouren van een ethisch kader vormen. De normen betreffen respect, erkenning, bewust zijn, beschikbaarheid, neutraliteit, vertrouwelijkheid en een verbod op misbruik en intimiteit.

Respect gaat over de uniciteit, waardigheid en integriteit voor de cliënt. Erkenning over en van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Geestelijk verzorgers moeten zich bewust zijn van de asymmetrie in de zorgverhouding en beschikbaar zijn voor iedereen. Neutraliteit gaat over het hebben van een open houding naar andere overtuigingen. Vertrouwelijkheid betreft de geheimhoudingsplicht met daaraan gekoppeld een verschoningsrecht. Het verbod op misbruik en intimiteit ten slotte schrijft voor dat geestelijk verzorgers geen misbruik mogen maken vanuit hun deskundigheid en/of van het overwicht dat uit hun positie voortvloeit, en dat zij geen persoonlijke relaties mogen aangaan met een cliënt, die niet mogen aanraken op een wijze die als seksueel of erotisch kan worden ervaren of als zodanig is bedoeld en dat zij niet mogen ingaan op seksuele toenaderingen van de cliënt<sup>181</sup>. Samengevat betreffen deze normen de waardigheid, de uniciteit en de verantwoordelijkheid, waarmee dit kader overeenkomt met het kader van Van Heijst.

---

<sup>180</sup> <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2018/07/Beroepsstandaard-2015.pdf> [17-05-2020 22.55 uur]

<sup>181</sup> <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2018/07/Beroepsstandaard-2015.pdf> [17-05-2020 22.58 uur]



## 5.5 Samenvatting

Ethiek gaat over morele waarden en morele kwesties. Dit zijn waarden en kwesties die spelen op het intermenselijk vlak en die de basis vormen voor de inrichting van een samenleving. Er bestaan specifieke ethische stelsels voor verschillende werkvelden. Eén van die deelvormen is de zorgethiek, waarin morele waarden en normen geënt zijn op de wijze waarop zorg moet worden verleend.

De rol van zorgprofessionals is vanaf de jaren '60 van de vorige eeuw verschoven van leidend naar begeleidend. Een liberaal ethisch kader werd de grondslag van de zorg, waarmee waarden als autonomie, gelijkheid en rechtvaardigheid leidend werden. Daarnaast hadden de intrede van privatisering en de invoering van de marktwerking in de zorg gevolgen voor de omgang met zorgbehoeftigen. In de dagelijkse praktijk blijken in toenemende mate problemen te ontstaan en daarmee rijst de vraag of het liberale ideaal wel zo ideaal is.

Dit leidt tot kritiek op ons liberale zorgstelsel. De hierin besloten liggende waarden als zelfbeschikking, zelfstandigheid en zelfredzaamheid (de eigen autonomie), gelijkheid en onafhankelijkheid worden door veel auteurs beschouwd als een irreële werkelijkheid. Lang niet iedereen is autonoom en van gelijkheid is geen sprake wanneer men zorg nodig heeft. Hierom wordt een andere benaderingswijze met een nieuw ethisch kader voorgesteld, waarin niet het autonome individu en zijn belangen voorrang vinden maar waarbij de intersubjectiviteit en de belangen van allen het uitgangspunt zijn. De relatie tussen de zorgverlener en zorgontvanger is dan de kern en waarden als medemenselijkheid en menslievendheid staan centraal. Van Heijst noemt deze nieuw voorgestelde (ethische) vorm van zorg *menslievende zorg*.

Ik heb ook gekeken naar het ethische kader waar de geestelijke verzorging vanuit gaat. Dit kader wordt niet expliciet geformuleerd, maar kan worden afgeleid uit de gedragsregels voor geestelijke verzorgers die zijn opgenomen in de door de VGVZ vastgestelde beroepscode (versie 2015). Dit kader bevindt zich in het narratieve spectrum en komt overeen met de menslievende zorg van Van Heijst.

## Hoofdstuk 6 Conclusies

- 6.1 Inleiding
- 6.2 Belichaamde presentie in de reguliere zorg
- 6.3 Belichaamde presentie in de geestelijke verzorging
- 6.4 Samenvattende conclusies

### 6.1 Inleiding

Nu de eerste vijf deelvragen zijn behandeld, kom ik toe aan de laatste deelvraag: “*Kan belichaamde zorg worden gekoppeld aan presentie tot belichaamde presentie*”? Hiermee kan ik ook de kernvraag verkennen en conclusies trekken. Deze verkenning omvat de betekenis en de waarde van belichaamde zorg voor de zorg in het algemeen en de geestelijke verzorging in het bijzonder, waarbij de belichaamde zorg wordt gecombineerd met presentie tot belichaamde presentie. Kernbegrip is de belichaamde zorg, waarbij aanraking de hoofdrol speelt.

Belichaamde zorg is in zijn mate en uitvoering afhankelijk van de soort zorgbetrekking. Dit zijn variabele factoren. Voor wat de mate aangaat, is belichaamde zorg tijdsafhankelijk. Voor wat de uitvoering betreft, is het afhankelijk van de soort behandeling. Belichaamde presentie kan dus, afhankelijk van het type zorgbetrekking, inhoudelijk variëren. In paragraaf 6.2. en 6.3 ga ik hier verder op in.

### 6.2 Belichaamde presentie in de reguliere zorg

De reguliere zorg betreft de gezondheidszorg in al haar facetten en werkvelden. Zij is gericht op het herstel of stabilisatie van medische of psychische aandoeningen en op verbetering van het maakbare lichaam en valt over het algemeen onder het normatieve zorgkader. Wel bestaan er tussen de verschillende werkvelden grote verschillen. Dit heeft te maken met het verschil in kortdurende en langdurige zorg. Voor de kortdurende zorg geldt dat de zorgcontacten meestal beperkt blijven tot dat wat nodig is voor de diagnosestelling en de behandeling. Aanraking in het kader van relationaliteit speelt hierbij nauwelijks een rol. Zij is afhankelijk van de omgangswijze van de betreffende zorgverlener(s).

Voor de langdurige zorg is dit anders. Hier is de zorgrelatie bepalend. Patiënten bevinden zich langdurig in een bepaalde zorgsetting en hebben voortdurend(e) zorg nodig. Denk bijvoorbeeld aan chronische patiënten en andere hulpbehoevenden in instellingen, zoals geestelijk gehandicapten, psychiatrische patiënten, mensen met een dementie, hulpbehoevende bejaarden en palliatief verzorgden. Vaak hebben deze patiënten vaste zorgbegeleiders met wie zij een relatie opbouwen. Er ontstaan vertrouwens- en vriendschappelijke relaties waarvan fysiek contact onderdeel kan uitmaken. In bepaalde gevallen, zoals bij eenzaamheid, kan aanraking zelfs belangrijk zijn.<sup>182</sup>

---

<sup>182</sup> Naar mijn mening is de aanraking een voorwaarde voor kwaliteit van leven en bestaan. Zie ook: <https://www.sg.uu.nl/artikelen/2020/04/huidhonger-en-eenzaamheid-coronatijd> [19-06-2020 20.02 uur].

Voor patiënten in de langdurige zorg kan belichaamde zorg een aanvulling zijn op het geboden zorgpakket. Dit kan, indien gewenst, worden opgenomen in (bestaande) protocollen, maar een limitatieve protocollering lijkt mij onwenselijk. Vastleggen welke specifieke handelingen wel en welke niet mogen, komt de uitvoering niet ten goede. Nadenken bij een aanrakingshandeling neemt de spontaniteit en daarmee het effect van de aanraking weg. Wat overblijft, is een aanraking zonder waarde. De wil tot aanraken komt spontaan voort uit de interactie binnen de relatie. Daarin ligt ook de kracht van dit type aanraking. Bijkomstig voordeel is dat in de wederzijdse zorgrelatie verbondenheid kan ontstaan en wij bevestiging krijgen als mens of subject. Aanraking betekent betrokkenheid bij de Ander, de aanraker is geraakt door diens appèl of verhaal en toont dit spontaan met een fysiek gebaar. Deze aanraking brengt mentale effecten voort en kan als helend worden ervaren.

De genezende werking van fysieke aanraking kent in de reguliere zorg vele toepassingen in bijvoorbeeld het fysiotherapeutisch werkveld. Het aanraken is hier gericht op het herstel van verminderde en aangetaste fysieke functies. Als opzichzelfstaande behandelingsmodus is zij volledig geprotocolleerd. Maar hoe verhoudt de aanraking zich tot de morele waarden die de basis van ons zorgstelsel vormen? Ik bedoel hiermee dat binnen het liberale ethische kader de aanraking met betrekking tot de fysieke en ook de psychische/psychologische (bijvoorbeeld de behandelingen binnen de GGZ) component passen binnen het genoemde het ethische kader. Voor de mentale transcendente werking van de aanraking ligt dit anders omdat het liberale ethische kader geen transcendente component bevat.

Een aanraking op zichzelf is geen inbreuk op de autonomie van de aangeraakte te vormen. Ook aanraken tegen de wil van de Ander hoeft geen inbreuk op de autonomie te vormen wanneer de aanraking door die Ander kan worden gecorrigeerd. Dit is alleen niet het geval als het onder dwang gebeurt. Een andere waarde die onder druk kan staan, is die van het niet mogen schaden van de Ander. Hierin ligt respect besloten voor de lichamelijke integriteit, die door aanraking in gedrang kan komen. Maar ook in deze context kan de aangeraakte, wanneer hij of zij niet van de aanraking gediend is, ingrijpen. De andere liberale morele waarden vallen buiten het bereik van de aanraking.

Kijken we naar het door Van Heijst voorgestelde zorgstelsel met het menslievend ethisch kader, dan is de aanraking geen onbekende. Zij past prima binnen het kader van de hier geldende morele waarden. De verantwoordelijkheid van de zorgverlener voor het welzijn van de patiënt betekent de patiënt niet te schaden en waar mogelijk te verbeteren maar belemmert hem of haar niet om tot aanraking van de patiënt over te gaan. Integendeel: wanneer het welzijn van de patiënt daarom vraagt, is aanraking zelfs noodzakelijk. Eenzelfde principe gaat op voor de erkenning van de uniciteit. Door aanraking wordt deze juist erkend. De aanraking is immers uitsluitend gericht op die persoon. Ook de waardigheid kent deze constructie. Met iemand aanraken geven we de Ander aan dat hij of zij dit waard is. Ook diens waardigheid wordt niet gekrenkt door aanraking, tenzij deze ongewenst is. Maar ook dan geldt weer het principe van het ingrijpen en corrigeren. Als laatste waarde noemt Van Heijst behoeftigheid, die zij integreert met waardigheid in die zin dat behoeftig zijn geen negatieve invloed op de waardigheid met zich meebrengt. Voorwaarde daarbij is dat we het liberale idee loslaten dat de mens een volledig autonoom en zelfredzaam individu zou zijn<sup>183</sup>.

---

<sup>183</sup> Van Heijst, Annelies. *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Uitgeverij Klement. Kampen, 7<sup>e</sup> druk 2014, p. 211-258.

Aanraking sluit aan bij deze behoefte. Aangeraakt worden betekent beminnelijk zijn. Het geeft aan dat de aangeraakte persoon ertoe doet. Al noemt Van Heijst dit zelf niet: mij lijkt aanraking en de transcendente werking prima te passen binnen haar concept van de menslievende zorg.

### 6.3 Belichaamde presentie in de geestelijke verzorging

De geestelijke verzorging richt zich vaak niet op het lichamelijke, maar houdt zich vooral bezig met het geestelijk en existentiële welzijn. De geestelijke verzorger richt zich tot het subject als belevend mens en naar diens zingeving en levensbeschouwing. Zijn of haar professie gaat over ethische kwesties en levensvragen. Hiervoor heeft de geestelijke verzorger kennis van twee terreinen: levensbeschouwing en ethiek. Daarnaast beschikt hij of zij over hermeneutische vaardigheden om te kunnen informeren over samenhangen en achterliggende betekenissen<sup>184</sup>. Op levensbeschouwelijk vlak kan de geestelijke verzorger neutraal optreden, maar kan hij of zij dit ook doen vanuit de eigen levensbeschouwing van de cliënt. Binnen de Geestelijke Verzorging bestaan verschillende levensbeschouwelijke richtingen, zodat iedereen - als daar behoefte aan is - een geestelijk verzorger van de eigen levensovertuiging kan raadplegen.

Fysiek contact is in de geestelijke verzorging een ondergeschoven kindje. Zo is er weinig over te vinden in de literatuur en bestaat er geen eenduidigheid over<sup>185</sup>. Dit kan voortkomen uit vier invalshoeken: de geestelijke verzorger zelf, vanwege het karakter of de eigen overtuiging (1), dit is de *individuele* factor. Vanuit de organisatie of instelling waar de geestelijke verzorger werkzaam is, die lichamen contact niet toelaat of stimuleert, bijvoorbeeld om ongewenste intimiteiten tegen te willen gaan (2), dit is de *organisatorische* factor. Vanuit de institutie, omdat het niet binnen de geloofsleer past of wordt geassocieerd met seksualiteit waar een taboe op rust (3), dit is de *institutionele* factor. Of vanuit de maatschappij, omdat de samenleving bijvoorbeeld verontwaardigd is over misbruikschandalen (4), dit is de *politiek-sociaal-maatschappelijke* factor. Voor wat de institutionele factor betreft, speelt nog een ander fundamenteel probleem binnen het christendom: de onderwaardering van het lichaam. Ook dit kan de gebrekkige aandacht voor het lichaam in de geestelijke verzorging verklaren<sup>186</sup>.

Geestelijke verzorging is grotendeels synoniem voor (het aangaan van) relaties, omdat geestelijk verzorgers vaak te maken hebben met langdurige cliënt-contacten. Het opbouwen van een relatie is hier een opzichzelfstaand doel, maar tegelijk het middel om dieper in te gaan op zingevingsvragen en eventuele existentiële problematiek van de cliënt en op diens fysieke en mentale problemen of beperkingen. Hier zijn vertrouwen en verbondenheid fundamentele begrippen, en juist aanraking kan daarbij een grote rol betekenen. Voor wat betreft de

---

<sup>184</sup> Walton, M. *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging. Geheel herziene editie*, redactie Jaap Doolaard. Uitgeverij Kok. Kampen 2006, p. 323-327.

<sup>185</sup> Twee van de uitzonderingen zijn bijvoorbeeld de thesis van Postma: Postma, Gosse A. *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Gea Nama Uitgevers, Winsum Frl., tweede druk 2017 en het artikel van Schoenmakers, Marieke en Leget, Carlo. *Aanraking in de geestelijke verzorging*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 17, nummer 74, p. 11-19, zie noot 185.

<sup>186</sup> Schoenmakers, Marieke en Leget, Carlo. *Aanraking in de geestelijke verzorging*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 17, nummer 74, p. 11-19.

werking van die aanraking en haar betekenis voor de genoemde begrippen, staat niets geestelijke verzorgers in de weg om cliënten<sup>187</sup> aan te raken.

Een aanzet hiertoe wordt gegeven door Schoenmakers en Leget. Zij noemen de positieve lichamelijke en psychische effecten van aanraking en de hechting (verbondenheid) die aanraking met zich meebrengt. Deze effecten kunnen ook van waarde zijn voor de geestelijke verzorging, zeker als er wordt gewerkt vanuit de presentiebenadering van Baart waarin veel aandacht is voor het relationele karakter van de geestelijke verzorging. Maar het ontbreekt aan een visie op - en aan richtlijnen voor - deze belichaamde presentie. Lichaamsgerichte therapieën, zoals de Gestalttherapie en de haptonomie, kunnen dienen als begrippenkader om te komen tot een sensitievere lichamelijke dimensie voor het pastorale contact en voor het hanteren van aanraking binnen deze context<sup>188</sup>.

Dan rest ons nog de vraag of fysiek contact schuurt met het ethisch kader. Ook dat lijkt mij niet het geval te zijn. Dit kader komt overeen met het menslievende kader dat Van Heijst voorstelt als alternatief voor het liberale kader. Als zorgkaders kunnen zij beide worden geplaatst in het narratieve zorgkader.

#### **6.4 Samenvattende conclusies**

Tijdens mijn onderzoek naar de waarde en betekenis van aanraking in de zorg - de belichaamde zorg- kwam uit literatuuronderzoek naar voren dat aanraking onder meer leidt tot fysiologische en mentale reacties, die een positieve werking hebben op de ontwikkeling en welzijn van het subject. Daarnaast kent aanraking een helende werking, zowel op het fysieke als op het mentale en transcendente of existentiële vlak. Hierin ligt de waarde van de aanraking en vindt zij haar betekenis voor de zorg.

Ook kwam naar voren dat aanraking afhankelijk is van het type zorgbetrekking. Binnen de kortdurende zorg heeft aanraking nagenoeg geen functie. Dit wil overigens niet zeggen dat de aanraking binnen deze zorgbetrekking, in meer of mindere mate, geen helende werking kan hebben. Binnen de langdurige zorg ontstaan echter relaties tussen zorgverlener en zorgontvanger en is aanraking een natuurlijk gebaar van de één naar de Ander die de relatie kan versterken. Dit laatste geldt tevens voor de geestelijke verzorging, waar aanraking ook tot een verdieping van de relatie kan leiden waardoor vragen op zin- en levensbeschouwelijk terrein mogelijk makkelijker kunnen worden gesteld en beantwoord. Op deze manier zouden de diepere lagen van de existentie van het leven voor zowel de geestelijke verzorger als de zorgvrager ervaren en beleefd en geleefd kunnen worden

---

<sup>187</sup> De term cliënt heeft in de geestelijke verzorging een andere intonatie dan in de reguliere gezondheidszorg. Waar daar de hulpbehoevende letterlijk wordt beschouwd als een autonome cliënt, kan de geestelijke verzorger deze persoon zien als een hulpbehoevend mens.

<sup>188</sup> Schoenmakers, Marieke & Leget, Carlo. *Aanraking in de geestelijke verzorging*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 17, nummer 74, p. 11-19.

In deze scriptie is de belichaamde zorg gekoppeld aan presentie en is de vraag gesteld of deze vorm van zorg - belichaamde presentie - een toegevoegde waarde kan hebben voor de reguliere zorg en de geestelijke verzorging. Ook is onderzocht of deze vorm van zorg in het ethisch zorgkader past dat op liberale waarden is gebaseerd, of in de ethiek die de basis vormt voor de geestelijke zorg, welk kader overeenkomt met dat van de menslievende zorg (ethiek) van Van Heijst. Op al deze vragen is het antwoord positief, maar er zijn wel enige kanttekeningen. De eerste gaat over de persoon van de zorgverlener: is deze geneigd de Ander aan te raken? De tweede gaat over de zorgontvanger: stelt deze aanraking op prijs of bestaat hiertegen een afkeer en is hij of zij voldoende in staat om zijn of haar grenzen aan te geven<sup>189</sup>? De derde kanttekening betreft de normering: een limitatief uitsluitende normering kan leiden tot een te beperkende uitvoering. En in de uitvoering speelt de intuïtie van de zorgverlener de leidende rol bij het wel of niet aanraken.

Wanneer ik een terugkoppeling maak naar het vorige hoofdstuk, kan de vraag worden gesteld of er ethische bezwaren tegen aanraking bestaan. Het antwoord hangt af van drie factoren: intentie, instemming en effect. De intentie betreft die van de hulpverlener: is deze zuiver of onzuiver? De instemming moet komen van de hulpvrager: stemt deze wel of niet in met de aanraking? Het effect gaat over de boogde werking: is het effect van de aanraking positief of negatief? Worden deze vragen positief beantwoord, dat bestaat er naar mijn mening geen moreel beletsel tegen aanraking in de belichaamde presentie.

Tot slot blijft de kernvraag over. Wanneer we terugkijken naar alle voorgaande conclusies, kan hier nu een antwoord op worden geformuleerd. Deze luidt:

*Presentie en aanraking zijn te combineren tot 'belichaamde presentie', waarbij aanraking als meerwaarde zin en betekenis kan geven aan het leven, mits aan een aantal ethische voorwaarden wordt voldaan. De meerwaarde betreft de helende mentale werking en de toename van het welzijnsgevoel (de overstijgende of transcendente ervaring). Voorwaarden zijn: de aanraking moet gewenst zijn door beide deelnemers (1), de aanraking mag niet seksueel getint zijn noch in die richting wijzen (2), enig doel van de aanraking moet zijn het bevorderen dan wel behouden van het welzijn van de aangeraakte (3) en de intentie van de aanraker dient zuiver te zijn en alleen gericht op het belang van de aangeraakte (4).*

---

<sup>189</sup> De zorgontvanger vraagt binnen de geestelijke verzorging om zin- en betekenisgeving en kan ernstige existentiële problematiek hebben. De vraag is dan naar mijn mening gerechtvaardigd of zij of hij wel grenzen kan aangeven.

## Hoofdstuk 7 Kanttekeningen en aanbevelingen

- 7.1 Kanttekeningen
- 7.2 Slotbeschouwing
- 7.3 Aanbevelingen

### 7.1 Kanttekeningen

De eerste kanttekening die ik wil maken, gaat over mijn onderzoek. Dit is geheel gebaseerd op literatuuronderzoek. Empirisch onderzoek heb ik achterwege moeten laten omdat hier veel meer tijd voor nodig was. Voor een meer diepgaande analyse van de concepten presentie en belichaamde zorg en de beleving en ervaring hierover zouden in de praktijk van de geestelijke verzorging interviews afgenomen kunnen worden. Deze manier van onderzoeken vraagt echter tijd, vertrouwen en ethische verantwoordelijkheid binnen een zorgrelatie. Deze waren binnen het kader van deze scriptie niet beschikbaar.

Tweede kanttekening betreft een constatering van pastores in het veld. In reflectieverslagen waarschuwen zij voor het gevaar dat aanraking als denigrerend, bagatelliserend, betuttelend en respectloos kan worden ervaren. Hier is de intuïtie richtinggevend. Het aanvoelen of aanraking gewenst is, kan niet in regelgeving worden voorzien maar dient door de individuele geestelijk verzorger te worden ingeschat. Een aanraking op het verkeerde moment of bij een persoon die niet op aanraking is gesteld, kan averechts werken en de relatie verstoren. Hetzelfde geldt voor fysiek contact dat als te vergaand wordt ervaren. Het integreren, of een aanzet hiertoe van het zintuigelijke en belichaamde zorg binnen de opleiding of het werkveld van de Geestelijke Verzorging lijkt dan ook complex omdat intuïtie en de ontwikkeling hiervan zich lastig lijkt te vatten in een onderwijsprogramma.

Als derde kanttekening wijs ik op de mogelijke gevolgen die de negatieve kant van aanraking kan meebrengen. In een tijd waarin ongewenste intimiteiten en seksueel misbruik geregeld onderwerp van gesprek zijn, krijgt aanraking al snel een negatieve intonatie. Als gevolg hiervan kan een omgeving ontstaan waarbij het uitgangspunt is dat fysiek contact zo veel mogelijk beperkt moet blijven, zoals we hebben gezien in het onderwijs tussen leerkracht en leerling<sup>190</sup>.

### 7.2 Slotbeschouwing

Centraal in deze scriptie staat de belichaamde zorg. Hierbij heb ik de vraag gesteld of deze vorm van zorg past binnen de methodiek van de presentie zoals die wordt toegepast door de geestelijke verzorging en of de gecombineerde vorm, belichaamde presentie, ook geschikt is voor de reguliere zorg. De conclusie luidt dat dit bij beide vormen van zorgverlening mogelijk is, maar dat in de reguliere zorg de soort zorgbetrekking bepalend is. Vooral de langdurige (existentiële) zorg komt in aanmerking, omdat daar zorgrelaties ontstaan. Kenmerk van belichaamde zorg is dat zij plaatsheeft binnen een zorgrelatie<sup>191</sup>. Fysieke aanraking vormt dan een onderdeel van die zorgrelatie. Aanraking kan deze relatie bevorderen omdat onder meer het gevoel van verbondenheid en het existentiële 'zijn' wordt vergroot of bevestigd.

---

<sup>190</sup> <https://www.schoolenveiligheid.nl/po-vo/kennisbank/fysiek-ingrijpen-naar-leerlingen/> [01-07-2020 21.05 uur]

<sup>191</sup> In deze thesis staat een zorgbetrekking voor zorgcontact dat kortdurend is en een zorgrelatie voor langdurig contact.

Daarnaast kunnen er (be)leefde ervaringen worden opgedaan waarmee meer openheid bij de patiënt of cliënt ontstaat. Voor de geestelijke verzorging betekent dit, dat er naast het 'geestelijke' ook op andere manier ruimte voor zingeving en levensbeschouwing kan ontstaan.

Dan blijft de vraag over of belichaamde zorg in de vorm van belichaamde presentie een plek kan krijgen in de reguliere zorg en de geestelijke verzorging. Kijken we naar de reguliere zorg, dan zien wij kritiek uit het werkveld en de academische wereld op de invulling en uitvoering van ons zorgstelsel. We zouden moeten bekijken of verandering of vervanging van dit stelsel mogelijk is, omdat dit kan leiden tot een betere zorgverlening. Of dit daadwerkelijk gebeurt, is afhankelijk van een aantal factoren waarop zowel de zorg(mede)werkers als academici weinig tot geen grip hebben, omdat hun invloed hierop beperkt is. Deze factoren zijn van politieke, bestuurlijke en sociaal-maatschappelijke aard. De zorg wordt grotendeels bepaald door wet- en regelgeving (de politieke factor), protocollering (de bestuurlijke factor) en de 'wil van het volk' (de sociaal-maatschappelijke factor).

Maar ook de coronacrisis zal gevolgen hebben voor de uitvoering van de zorg. Deze crisis heeft geleid tot een toename van de digitale zorg. Consulten, sommige behandelingen en nazorg vinden plaats door middel van videocontact in plaats van fysiek contact. Voordelen zijn de tijd- en kostenbesparing bij zorgverlener en patiënt. Verwacht mag worden dat dit door beleidsmakers en zorgverzekeraars wordt omarmd en, indien technisch mogelijk, geïmplementeerd. Nadeel is het verbreken van het directe, sociale contact. Ook belichaamde zorg is dan niet meer mogelijk. Of digitale behandeling en begeleiding voor een langere termijn, dus in de zorgrelatie, mogelijk en/of gewenst is, is op dit moment onduidelijk.

Voor de geestelijke verzorging geldt dat deze zorg over het algemeen een langer durend karakter kent, waarbij het opbouwen en ontstaan van relaties gewoon is. Niet voor niets heeft Baart zijn presentietheorie ontwikkeld na uitvoerig onderzoek binnen de geestelijke verzorging (in casu het pastoraat). Belichaamde zorg kan in deze vorm van zorgverlening heel goed een natuurlijke weg en toepassing vinden. Een bemoedigend schouderklopje of een troostende omarming kan van meerwaarde zijn voor de patiënt of cliënt, maar ook voor de geestelijke verzorger zelf. Zo ontstaat wederkerigheid in de relatie die tot verdieping en kwaliteit van zorg en leven kan leiden.

Mogelijk probleem voor de geestelijke verzorging is de negatieve kant van aanraking. Als gevolg van wereldwijd seksueel misbruik door geestelijk verzorgers binnen kerkelijke instellingen, is men wellicht angstig geworden voor fysiek contact met als gevolg dat dit zoveel mogelijk wordt vermeden. Dit lijkt mij te kort door de bocht. Wanneer een geestelijk verzorger intuïtief aanvoelt dat een aanraking gewenst is, is het niet mogen aanraking geen oplossing en leidt dit niet tot een dieper gaande relatie op het gebied van zingeving en levensbeschouwing. Het niet mogen 'aanraken' zou het bijstaan bij existentiële vraagstukken in de zorgrelatie zelfs kunnen beperken.



### 7.3 Aanbevelingen

Gezien alle kritiek op de reguliere zorg, zou men kunnen onderzoeken op welke manier we het huidige zorgstelsel anders kunnen inrichten zodat we meer aandacht creëren voor de patiënt als mens. Dit wil zeggen: met meer aandacht voor diens behoeften, verlangens en de transcendente component hiervan. Hierbij ben ik mij bewust van de subjectiviteit van de onderzoeksonderwerpen en de specifieke context en relaties.

Zowel voor de langdurige reguliere zorg als voor de geestelijke verzorging zouden we proefondervindelijk kunnen bepalen of belichaamde presentie kan worden geïmplementeerd en zo ja, op welke wijze en onder welke voorwaarden dit zou moeten gebeuren.

Omdat naar mijn mening de tegenstrijdigheid tussen - en eenzijdigheid van - het *lichamelijke* en de benaming *Geestelijke Verzorging* met de inhoud en conclusies van deze scriptie zijn aangetoond, verdient de voorgestelde naamswijziging van Postma voor de beroepsgroep en opleiding *Geestelijke Verzorging in de existentiële zorg*<sup>192</sup> meer aandacht.

Binnen de opleiding *Geestelijke Verzorging* zou aan het begrip 'presentie' ook ruimte en verdieping kunnen worden gegeven aan de hand van andere filosofische theorieën en concepten over presentie en belichaamde zorg zoals bijvoorbeeld de theorie van Postma: "*Tast als leven*" en "*Wederzijdse zorg als ethische betrekking*". Een discussie over de genoemde onderwerpen zou in ieder geval een begin kunnen zijn. Evenals het introduceren van andere wetenschappelijke (filosofische) literatuur over het lichaam/geest dilemma en de 'Andere' in relatie tot de geestelijke verzorging.

---

<sup>192</sup> Gosse A. Postma *Existentiële zorg. Existentiële zorg tussen Habitus en Ethische gevoeligheid. Een vergelijkende oriëntatie op (Zorg) ethiek in de verstrengeling van lichaam en geest bij Jackie Leach Scully en Emmanuel Levinas en de betekenis voor de geestelijke verzorging.* 2017 Winsum, FrI. GeaNama Uitgevers, p. 101-102.

## Literatuurlijst

Augustinus, A. (2017). *Belijdenissen*. Uitgeverij Damon, Eindhoven, 2<sup>e</sup> druk. Inleiding p. 11-29.

Baak van, J., Bertels, J., Van Heusden, B. en Wildevuur, C. (2007). *Het lichaam/geest-probleem. Lichaam en geest vanuit Verschillende hoeken benaderd*. Uitgeverij Damon, Budel, 2<sup>e</sup> druk.

Baart, A. (2011). *Een theorie van presentie*. Boom Uitgevers, Den Haag, 3<sup>e</sup> druk.

Baart, A. (2011). *Aandacht. Etudes in presentie*. Boom Uitgevers, Den Haag, 2<sup>e</sup> druk. Hoofdstuk 2.

Bal, B. H. (1953). *Plato. Bloemlezing uit zijn werken in nieuwe vertaling*. Haarlem. Hoofdstukken I, II en III.

Beauchamp, T. L. en Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics. Fifth edition*. Published by the Oxford University Press, Inc. Hoofdstuk 1.

Braakhuis, M., Körver, S. en Walton, M. (september 2019). '*Professionele nabijheid*'. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 22, nr. 95 p. 14-21.

Bolt, L. L. E., Verweij, M. F. en Delden van, J. J. M. (2010). *Ethiek in de praktijk*. Uitgeverij Van Gorcum, Assen, 7<sup>e</sup> druk. Hoofdstuk 1.

Bowlby, J. *Attachment and loss, Volume I, Attachment*. Uitgeverij Routledge London, (1993). Hoofdstuk 1 en 4.

Clark, A. en Chalmers, D. (Jan. 1998). '*The Extended Mind*' in *Analysis*, Vol. 58, No. 1, uitgave van Oxford University Press, p. 7-19.

Damasio, A. R. (2003). '*Ik voel dus ik ben.*' *Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Tweede druk, Amsterdam.

Damasio, A. R. (2000). *The feeling of what happens, body, emotions and the making of consciousness*, London. Oxford University Press. Hoofdstuk 1.

Donkers, G. (2016). In het artikel: '*Presentietheorie, een kritische beschouwing. Op zoek naar een constructieve verhouding tussen presentie en zelfregulering*', p. 2-22.

Doolaard, J. (2006). *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*. Kampen, Uitgeverij Kok.

Dijkstra, J. (2007). *Gespreksvoering bij geestelijke verzorging. Een methodische ondersteuning om betekenisvolle gesprekken te voeren*. Uitgeverij Boom/Nelissen. Hoofdstuk 4.

Dubbeldam, A. & Mooren, J. H. (1991). *Afstand en nabijheid. Een oneindige dans van verwijdering en toenadering*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 15, nr. 67, p. 12-20.

Field, T. (2014). *Touch. Second Edition*. The Mit Press. Cambridge Massachusetts. Massachusetts Institute of Technology. Hoofdstuk 1.

Geurts, K. L. (2002). 'Conscious as 'Feeling in the Body' A West African Theory of Embodiment, Emotion and Making of Mind, in Howes (ed), *Empire of the Senses*. Hoofdstuk 9 in *Empire of the senses The sensual culture reader*. David Howes (2005). Uitgeverij Berg, Oxford.

Goleman, D. (1997). *Emotionele intelligentie. Emoties als sleutel tot succes*. Uitgeverij Contact, Amsterdam/Antwerpen, 10<sup>e</sup> druk. Hoofdstuk 2.

Van Gool, A. B. (1986). *Hellas en Rome met hun voorgeschiedenis*. Uitgeverij Impress, Utrecht, 5<sup>e</sup> druk. Hoofdstuk 3, aldaar 13.

Van Heijst, A. (1993). *Leesbaar lichaam. Verhalen van lijden bij Blaman en Dorrestein*. Uitgeverij Kok Agora, Kampen. Hoofdstuk 1.

Van Heijst, A. (2008). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Uitgeverij Kok Agora.  
Keij, J. (2012) *Levinas in de praktijk. Een handleiding voor het best mogelijke helpen, privé en in de zorg*. Uitgeverij Klement.

De Lange, F. (2011). *In andermans handen. Over flow en grenzen in de zorg*. Uitgeverij Meinema, Zoetermeer.

Levinas, E. (2018). *Totaliteit en Oneindigheid*. Boom Uitgevers, Amsterdam, 2<sup>e</sup> oplage Deel I A.

Merleau-Ponty, M. (2010). *Fenomenologie van de waarneming*. Publishers Taylor & Francis Ltd , Routledge Part One. The Body as an object and mechanistic physiology.

Merleau-Ponty, M. (2013). *Fenomenologie van de waarneming*. Vertaling en *Ten Geleide*

Douwe Tiemersma en Rens Vlasblom. Uitgeverij Boom, Amsterdam. Deel 1. Het lichaam III.

Moberg, K. U. (2007). *De oxytocine Factor. Benut het hormoon van onthaasting, genezing en verbondenheid*. Uitgeverij Thoeris, Amsterdam. Hoofdstuk 6.

De Nenne, A. (2017). *Inzicht in overdracht en tegenoverdracht. Bewustwording van jezelf in relatie tot anderen*. Boom Uitgevers. Hoofdstuk 6.

Postma, G. A. (2017). *Tast als leven. Wederzijdse zorg als ethische betrekking*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers.

Postma, G. A. (2014). *Haptonomiek, thema's uit de haptonomiek en gestalt*. Winsum Frl. Gea Nama Uitgevers.

Shapiro, L. (2019). *Embodied cognition*, second edition, publisher Routledge, New York. Hoofdstuk 3.

Schoenmakers, M. en Leget, C. (2019) *Aanraking in de geestelijke verzorging*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, jaargang 17, nummer 74, p. 11-19.

Slaets, J. (2017). 5<sup>e</sup> Els Borst Lezing. *Kwaliteit van zorg. Wie mag het zeggen?* Centrum voor Ethiek en Gezondheid, p. 5-24.

Spinoza, B. (2017). *Ethica*. Vertaalt, toegelicht en samengevat door Maarten van Buuren. Uitgeverij Ambos/Anthos, Amsterdam. Ten Geleide.

Stern, D. N. (2010). *Forms of Vitality, Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy and Development*. Oxford University Press, New York. Hoofdstuk 1 en 2.

Storig, H. J. (2010). *Geschiedenis van de filosofie*. Uitgeverij Unieboek, Het Spectrum BV, Houten-Antwerpen. Deel Twee. De Drie Grote Stelsels Van De Overgangstijd I Descartes.

Talma, D. (2010). *Het lichaam als verhaal. Haptonomie in het dagelijks leven*. Uitgeverij Ambo/Anthos, Amsterdam. Hoofdstuk I.

Thelen, E. en Smith, L. (1994). 'A dynamical systems approach to the development of cognition and action'. Hoofdstukken 5 en 6.

Varela, J. F. Thompson, E. en Rosch, E. (2016). *The Embodied Mind, Cognitive Science and Human Experience*. Revised Edition The MIT Press, London. Hoofdstukken 8 en 9.

Verbeek, T. (2000). *René Descartes*. Gepubliceerd in: Tien westerse filosofen. Keestra, M. Amsterdam p. 67-85.

Vereniging van Geestelijk Verzorgers. (2016). Uitgave van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers. *Beroepsstandaard geestelijk verzorger 2015*, p. 7-12.

Vosman, F. J. H. (2005). *Vriendschap als model voor professionele zorg*. Gepubliceerd in *Perspectieven op vriendschap*. Uitgever SWP, Amsterdam, p. 62-73.

Walton, M. (2006). *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging. Geheel herziene editie*, redactie Jaap Doolaard. Uitgeverij Kok, Kampen.

Verweij, R. & van Bakel, H. J. A. (2007). *Hongeren naar huidcontact. Aanraking bevordert neuro-endocriene ontwikkeling van baby's*. *Medisch Contact* (2007), 62, p. 31-32.

Yalom, I. D. (2008). *Tegen de zon in kijken. Doodsangst en hoe die te overwinnen!*. Uitgeverij Balans, Amsterdam. Hoofdstuk 5.