

Lichaam, ziekte en zin

Het fenomenologisch dualisme voorbij

TESSA GABRIËLS, ERIC VAN DE LAAR, THEO WOBBS & JOEP TEIJINK

Inleiding

Spontaan zou je ze misschien niet zo snel met elkaar in verband brengen: geneeskunde en zingeving. Geneeskunde focust immers op het lichaam en de fysiologie, zingeving op de geest en het mentale welzijn. In de praktijk van een ziekenhuis komen ze elkaar echter voortdurend tegen. Een ernstige aandoening of chronische ziekte beïnvloedt je leven vaak op zodanige wijze dat het naast eventueel herstel vraagt om een leerproces, een hervinden van ‘je draai in het leven’ met deze ziekte. Al naargelang de ernst lukt dat goed en is het van voorbijgaande aard, maar soms blijft het een levenslange worsteling met beperkingen en vervreemding van jezelf, van de persoon die je was voordat de ziekte toesloeg. Hoe te leven is een vraag die zich aan ieder kan opdringen van tijd tot tijd. Hoe te leven met blijvende ziekte is een opgave die niet te ontlopen valt.

Ziektzijn en zingeving blijken zo gezien nauw verweven. Men lijkt zich dit in de geneeskunde steeds meer te realiseren, getuige de vele voorbeelden waarin deze verwevenheid expliciet erkend wordt, zoals in de positieve gezondheidsgedachte en in de leefstijl- en integratieve geneeskunde. Dit zijn al lang geen bewegingen meer in de marge van de geneeskunde uitgedragen door artsen met geitenwollensokken affiniteit. In tegendeel, inmiddels onderschrijft ook de Federatie Medisch Specialisten (FMS) deze ontwikkeling en beijvert zich er werk van te maken in onderzoek, opleiding en kliniek (FMS, 2017). Deze ontwikkeling betekent dat de verhoudingen tussen geneeskunde en zin en tussen lichaam en geest aan het verschuiven zijn, zowel voor degenen die met ziekte geconfronteerd worden als degenen die beroepsmatig ermee van doen hebben.

Dit is interessante materie voor filosofen die zich daarmee van oudsher bezighouden en er in de loop van de geschiedenis uitgesproken

standpunten over ontwikkeld hebben, standpunten die onze kijk hierop nu nog steeds vergaand bepalen. Hoewel we intuïtief beseffen dat het gangbaar geworden dualistische standpunt van Descartes met een strikte scheiding van lichaam en geest niet kan kloppen, zijn we gewend om zo te denken. Ook de taakverdeling tussen disciplines in de zorg wordt gekenmerkt door deze scheiding en illustreert zo de verlegenheid ermee. Verlegenheid was er al bij Descartes die de pijnappelklier aanwees als de verbinding die er toch ook moest zijn tussen de beide 'entiteiten'.

Tegenwoordig zijn het niet meer alleen filosofen die zich erover buigen. Nieuwe inzichten uit biomedisch onderzoek hoe lichaam en geest zich dan wel tot elkaar verhouden als ze niet strikt gescheiden zijn, hebben de vraag prominent op de agenda gezet. Ondanks de blijvende *explanatory gap* proberen neurowetenschappers de verbinding tussen 'mind' en 'brein' te doorgronden. Disciplines als de endocrinologie wijzen op het nauwe verband tussen hormoonspiegels, stemming en denken. Zelfs viscerale organen als het maagdarmsstelsel en het hart lijken betrokken bij ons bewustzijn. Dat ingrijpende levensgebeurtenissen en stress hun weerslag hebben op het lichaam en dat levensstijl, arbeids- en leefomstandigheden van invloed zijn, onderstreept alleen maar de noodzaak om lichaam, geest en omgeving beter in hun onderlinge verwevenheid te leren begrijpen. Het dualisme kan niet langer bepalend zijn in ons denken over ziekte, gezondheid en ons medisch handelen.

In dit boek wordt een aantal nieuwe vormen van zorgaanbod beschreven. Vormen die aan dit geest-lichaamdualisme voorbij willen. Ze komen uit de praktijk van ons ziekenhuis. Wij zijn daarmee niet begonnen vanuit neurowetenschappelijke inzichten, maar namen een ander vertrekpunt: een collega met affiniteit met meditatie is aan de slag gegaan met patiënten die kampten met chronische pijnklachten. Zo hebben we in de praktijk het effect ervan kunnen waarnemen. We hebben kunnen zien dat het patiënten goed doet en dat het toevoegt aan de reguliere behandeling. Gaandeweg zijn de doelgroepen van patiënten uitgebreid en ontdekten we dat ook artsen vanuit hun vak nieuwe vormen van zorg en behandeling uitprobeerden en daar goede resultaten mee boekten, zoals de gesuperviseerde looptraining voor patiënten met etalagebenen, elders in dit boek beschreven. Inmiddels hebben we elkaar opgezocht en pionieren we samen. En heel geleidelijk is het repertoire uitgebreid. Daarmee werden we ook nieuwsgierig naar wat deze ontwikkeling en deze nieuwe vormen van zorg te betekenen hadden voor de kijk op ons vak over en weer. Immers zo vanzelfsprekend is het niet dat iemand die zich met

zinggeving en existentiële vragen bezighoudt voor zijn vak met een chirurg samen optrekt om behandelopties te verkennen waarin zowel fysieke verbetering beoogd wordt als het leren omgaan, het leren leven met ziekte.

Inmiddels is een promotieproject gestart om dit nader te bestuderen. Centraal hierin staat de combinatie van empirisch onderzoek naar effecten en betekenis voor patiënten van nieuwe vormen van zorgaanbod, en een theoretische fundering in de hoedanigheid van een filosofische duiding van de kernconcepten die hierin aan het veranderen zijn: lichaam, geest, zin en hun onderlinge verhoudingen in de context van zorg en ziekzijn.

Waarom is het nodig om die conceptuele veranderingen hierin te betrekken? Je zou kunnen zeggen: Als het werkt is het toch prima? Of: Het is nu eenmaal het metier van filosofen om conceptuele veranderingen te duiden. In beide antwoorden kunnen wij ons niet vinden. Wij zien een noodzaak om dit te doen, er is immers een verband tussen denken en handelen. En dan niet alleen het evidente verband tussen probleemoplossend denken en de praktische oplossingen die daaruit voortvloeien, maar ook fundamenteler: een verband tussen de begrippen waarmee je denkt en de contouren die je praktijk van handelen krijgt. Als iets aan de voorstelling van zaken mankeert, is dat niet zonder gevolgen voor het handelen. Ofwel, als je het lichaam als neutrale, betekenisloze materie opvat en geest als een niet-materiële, niet nader te definiëren entiteit waarin gemoedstoestanden en gedachten op mysterieuze wijze tot stand komen, dan lijken ze zo radicaal verschillend dat het onzinnig wordt om naar een samenhang te vragen of ze in hun samenhang te benaderen. Bovendien voedt en bestendigt een achterhaalde voorstelling van zaken weerstand en scepsis. De vernieuwing van zorg wordt daarmee onvoorstelbaar, alles blijft bij het oude, potentiële verbeteringen blijven uit.

Een ander argument voor een conceptuele verheldering van deze ontwikkeling is het belang van het vinden van een gemeenschappelijke taal. Op zijn minst over het stuk waar we nog geen taal voor hebben, het in elkaar overgaan van biologie en betekenis. Dit helpt de gedragswetenschappelijke en biomedische bevindingen en inzichten breder te ontsluiten, voorstelbaar en denkbaar te maken. En daarmee ook 'manipuleerbaar', dat wil zeggen bruikbaar op het hele praktische niveau van het vinden en uitproberen van een nieuw, integraal zorgaanbod. Naar analogie van de overtuiging van de Britse filosoof George Berkeley (1685-1753) *esse est percipi* ('zijn is waargenomen worden') kun je zeggen: waar we geen taal voor hebben, dat is er ook niet. Of minder drastisch: waar we

gebrekkige woorden voor hebben, dat verstaan we gebrekkig, het ontgaat ons grotendeels. Dan is er geen gezamenlijke ‘grond’ om samen te zoeken en blijft samenwerking slechts bij complementariteit, bij aanvullen, bij het op elkaar laten aansluiten van zaken die (eigenlijk) niet wezenlijk met elkaar van doen hebben. Dan blijf je in de oude werkelijkheid en blijf je deze ook bevestigen. Terwijl de uitdaging is om aan dit nieuwe fenomeen woorden te geven, het verder te verkennen en uit te bouwen tot een nieuw paradigma voor zorg en geneeskunde. Aangezien je daar medestanders voor nodig hebt – een paradigma kan immers niet zonder belanghebbenden die de plausibiliteit ervan inzien en er uit overtuiging mee gaan werken – lukt dat niet zonder taal die deze ‘nieuwe werkelijkheid’ aan het licht brengt en voorstelbaar maakt.

Als onderlegger en achtergrondverkenning bij de andere bijdragen in dit boek beschrijven we in dit hoofdstuk hoe die praktische en conceptuele veranderingen ‘voorbij de geest-lichaamdualiteit’ zich over en weer aan het voltrekken zijn. We kijken daarvoor naar de inbreng van de neurowetenschappen en de filosofie. In de andere hoofdstukken is te zien hoe dit in de zorgpraktijk handen en voeten kan krijgen.

Voorbij de dualiteit met wetenschap en technologie

De paradigmashift die zich in de geneeskunde aan het voltrekken is, staat natuurlijk niet op zichzelf. Zij maakt deel uit van een veel groter en omvattender complex van veranderingen. Technologie speelt daarin een doorslaggevende rol, niet alleen als mogelijksvoorwaarde voor het verwerven van nieuwe kennis en van praktijktoepassingen die ook de geneeskunde steeds weer veranderen, maar ook als uitdaging voor filosofie en ethiek in de verheldering c.q. zoektocht naar hoe deze veranderingen te verstaan zijn en hoe op verantwoorde wijze ermee omgegaan kan worden. Techniekfilosofen buigen zich derhalve over soortgelijke vragen en zijn daarmee goede sparringpartners om inzichten aan op te doen. Zo ook in de verwoording van dit probleemcomplex, en in de exploratie van de taken die voor disciplines als ethiek en filosofie zijn weggelegd in deze omwenteling. Een groep van vooraanstaande techniekfilosofen in Nederland heeft hiervoor een gezamenlijk onderzoeksprogramma (ESDIT, 2021) ontwikkeld met een treffende probleembeschrijving. Zij spreken van *Socially Disruptive Technologies* ofwel technologische innovaties die het leven van

alledag, de samenleving en de cultuur radicaal aan het veranderen zijn. Te denken valt aan kunstmatige intelligentie, robotica, synthetische biologie, nanogeneeskunde, genetica (*Next-Generation Genomics*), neurotechnologie en *Geo-Engineering* (wereldwijd ingrijpen in natuurlijke systemen van de aarde ter beïnvloeding van het klimaat). De radicaliteit hiervan treft volgens hen ook onze voorstellings- en denkwereld, de manier waarop we naar de werkelijkheid kijken, de concepten en begrippen waarmee we nadenken en de waarden waarmee we haar evalueren. Wat de concepten en begrippen betreft, gaat het dan om wat men in de filosofie noemt de ontologie, om wat en hoe de dingen letterlijk 'zijn', hun fundamentele eigenschappen en de samenhang daartussen, het meest fundamentele niveau van onze kennis en onze voorstellingen. In de techniekfilosofie zijn dat vragen als 'Wat is natuur?', 'Wat is kunstmatig, artificieel?', en 'Wat is de verhouding tussen artificieel en natuurlijk?'. Als zaken heel grondig verschuiven als gevolg van nieuwe kennis of praktische technologische veranderingen, moeten dergelijke vragen opnieuw beantwoord worden. Gezien de overeenkomst en verwevenheid tussen technologie en geneeskunde, is dit een goede illustratie van hoe fundamenteel ook in de geneeskunde de veranderingen zijn die zich voltrekken. Ook de 'ontologie' waar het gaat over de elementaire eigenschappen van de mens is aan herziening toe: hoe verhouden zich lichaam en geest? Wat 'zijn' ze, bezien naar de nieuwste wetenschappelijke inzichten?

De neurobiologie is een belangrijke vindplaats voor dit soort inzichten. Door de ontwikkelingen in dit vakgebied, niet in de laatste plaats door nieuwe technologische observatie- en analysemogelijkheden, blijken oude voorstellingen niet meer te matchen met wat er in de fysiologie aan het licht gebracht wordt. Voor het lichaam-geestprobleem is de neuropsycholoog en filosoof Antonio Damasio een belangrijke pionier in dit domein. Hij heeft zich hier intensief mee bezig gehouden en is bekend bij een breder publiek door deze kennis en inzichten op toegankelijke wijze uit te leggen. Wij zullen hem hier als gids nemen om zicht te krijgen hoe vanuit de neurobiologie en filosofie 'voorbij het dualisme' gedacht kan worden.

Damasio is vooral geïnteresseerd in de vraag hoe bewustzijn, zelfbewustzijn vanuit de neurobiologie gedacht kan worden (Damasio, 1999, 2010). Om dat te kunnen te duiden heeft hij zich beziggehouden met de samenhang tussen denken en voelen, en de daaraan ten grondslag liggende fysiologie. Hij vertrekt in die zoektocht vanuit de aanname dat die samenhang er is. Die overtuiging had hij aanvankelijk niet. Ook hij is opgevoed met de overtuiging van een scheiding, een kloof tussen

denken en voelen, van separate hersencircuits voor deze functies die niet interageren. In de zorg voor patiënten met hersenbeschadigingen stuitte hij echter op bewijs dat dit onmogelijk het geval kan zijn. Patiënten bij wie gevoelsgebieden fors beschadigd zijn, blijken ondanks dat de gebieden voor cognitie ongeschonden zijn, toch behoorlijke problemen te krijgen met praktisch nadenken (Damasio, 1994, xxii). Niet zo zeer met logica en redeneren op theoretische wijze als wel met praktische, alledaagse beslissingen waarbij ook waarde-inschattingen een rol spelen. Nader onderzoek van deze patiëntenpopulatie bracht Damasio tot de conclusie dat er duidelijke verbanden zijn aan te wijzen, en wel vanaf de meest elementaire fysiologische processen die bijvoorbeeld voor de homeostase (fysiologische evenwichten) zorgen tot het niveau van het rationele denken en het zelfbewustzijn, het niveau dat vroeger als 'geest' bestempeld werd.

Gevoel en emoties spelen een sleutelrol bij deze verbindingen (Damasio, 1999, 53 e.v.). Waarbij gezegd moet worden dat gevoel en emoties een grote bandbreedte hebben bij Damasio. Niet alleen zeer uitgesproken gevoelens van angst of vreugde schaart hij eronder maar ook processen, 'gewaarwordingen' (die amper bewust waargenomen of gevoeld worden) die de evenwichtstoestanden in het lichaam 'monitoren', die signalen, 'informatie' ontvangen en doorgeven over verandering. Dit 'bewakingsproces' voltrekt zich grotendeels onbewust, maar niet helemaal; het is bewust te maken, het kan met wat oefening gevoeld worden, wat bijvoorbeeld in meditatie of *Somatic Experiencing* geoefend wordt.

Voortdurend 'communiceren' organen in het lichaam over en weer. Ook de hersenen zijn daarin betrokken. En dat niet alleen maar onbewust. Signalen van honger of slaap sturen heel bewust aan op actie. Deze communicatie of interactie verloopt langs twee wegen: via het zenuwstelsel met elektrische prikkels en via de bloedbaan met chemische. De chemische 'boodschappers' zijn veelal hormonen, waaronder ook de bekende stresshormonen cortisol en adrenaline die zeer duidelijk kunnen worden waargenomen en waarbij dat bewuste waarnemen ook functioneel is, aangezien ze moeten aanzetten tot handelen, actie voor lijfsbehoud: vechten, vluchten of 'bevriezen'.

Het waken voor lijfsbehoud en de overleving van het organisme is de meest basale en essentiële functie van deze verbindingen. Dat is de evolutionaire basis, het duidelijkst zichtbaar in de oudste gedeelten van de hersenen waarvan de functie grotendeels samenvalt met deze overlevingsfunctie. Deze overlevingsfunctie is zowel naar binnen gericht, op het eigen organisme of het 'interne milieu' zoals Damasio het noemt (o.a.

homeostase) als naar buiten, naar de leefomgeving waaruit ook bedreigingen kunnen komen en waar de middelen te vinden zijn om te (over)leven. Dit naar buiten gerichte deel van het overleven, verklaart dat ook hersengebieden voor 'hogere' functies zoals taal en cognitie in deze dynamiek ontwikkeld en betrokken zijn. Om aan de aandrang van dit overlevingsmechanisme tegemoet te komen en middelen als voedsel en beschutting te verkrijgen, zijn bewustzijn en cognitie immers van meerwaarde.

In zijn boeken werkt Damasio gedetailleerd uit hoe hij zich deze samenhang voorstelt, en zelfs hoe zelfbewustzijn en denken vanuit dit perspectief te verklaren zijn. Dat is fascinerend maar ook ambitieus. Zodoende moeten er twee kanttekeningen bij gemaakt worden. Ten eerste geeft Damasio zelf al aan dat dit niet het laatste woord is over deze ingewikkelde samenhang en dat zijn uitwerking verstaan moet worden als een poging tot begrip, wat zeker geldt voor de gedetailleerde uitwerkingen van denken en zelfbewustzijn vanuit de fysiologie. Dat betreft echter niet de basale verbindingen tussen organen en hersenen langs de kanalen van het zenuwstelsel en de bloedbaan, en evenmin de cruciale rol van gevoel en emoties waarin die samenhang merkbaar is. Daarover bestaat de nodige consensus onder wetenschappers in dit veld en vanuit dit inzicht zijn ook diverse lichaamsgerichte therapieën ontwikkeld zoals sensomotorische psychotherapie en *Somatic Experiencing*. Met name bij patiënten met trauma's blijken dit soort benaderingen goed te werken (Van der Kolk, 2014).

Een tweede kanttekening betreft het misverstand dat dit soort nieuwe kennis over mentale processen vanuit de fysiologie de bestaande manieren om mentale processen te interpreteren overbodig zou maken, bijvoorbeeld de geesteswetenschappen en de psychologie. Niets is minder waar, ook al wordt door sommige neurowetenschappers wel gedacht dat de betekenisvraag overbodig wordt in het licht van de fysiologie ('Wij zijn ons brein'). Ter vergelijking: Als men de chemische samenstelling kent van de verf die een schilder gebruikt, is er nog niets gezegd over de aard van de emoties die zijn schilderij bij een kijker kan oproepen (Wobbes, 146). Uitvloeiend van deze manier van kijken naar 'lichaam en geest' is dus niet een nieuw soort eendimensionale kennis ofwel een epistemologisch monisme zoals filosofen zeggen. Anderzijds is daarmee echter evenmin gezegd dat de samenhang, de verbinding tussen het fysiologische en het mentale níet van invloed is op de inkleuring van het mentale en uiteindelijk dus ook op expliciete betekenissen die worden uitgewisseld via taal of gedrag. We weten dat veel gedrag mede bepaald is en begrijpelijk wordt vanuit oeroude overlevingsmechanismen. Nogmaals ter vergelijking: materialen

en expressiemiddelen hebben ook een eigen soort invloed op de kunst en haar uitingen. Dit gegeven van wederzijdse beïnvloeding van de lichamelijke toedracht en hetgeen iemand voelt, denkt en doet, is het motief achter de ontdekkingstocht van de lichaamsgerichte therapieën en de nieuwe integrale zorgvormen die we hier verkennen.

Voorbij de dualiteit in de medische filosofie

Het zal duidelijk zijn dat dit besef van de verwevenheid van fysiologische en mentale processen niet rechtstreeks uitmondt in goede integrale zorgbenaderingen. Ook daarnaartoe is een hele weg van uitproberen en denken af te leggen. Voorstellingen van hoe te integreren kunnen nogal verschillen en zijn mede bepaald door de discipline van waaruit men vertrekt. Wordt het met goede communicatieve vaardigheden van artsen en de inzet voor 'samen beslissen' voldoende opgepakt? En van de andere kant, vanuit de disciplines die zich traditioneel met de 'geest' bezighouden, is aandacht voor lichaamsbewustzijn voldoende? Er lijkt aan beide kanten iets bij te komen 'van de andere kant' en meer aandacht te krijgen omdat men vanuit de praktijk weet dat dit van toegevoegde waarde is voor de patiënt en voor betere zorg. Dit zijn toe te juichen ontwikkelingen, ze getuigen van het zoeken naar nieuwe, betere manieren om beide kanten, de biologische en de ethisch-existentiële te integreren. Maar nog allerminst is uitgekristalliseerd wat goede integratie is, hoe ver dit kan en moet gaan. Evenmin is duidelijk of we op deze praktische, tentatieve wijze het risico ontlopen dat de pogingen van beide kanten ingegeven blijven door 'oude gehechtheden', door denkbeelden die schatplichtig zijn aan de dualiteit en haar derhalve onbedoeld in stand houden. Overzien we al voldoende wat deze nieuwe gegevenheid betekent, en waar we ermee naartoe willen?

De implicaties van toe-eigening vanuit de vertrouwde 'dualistische denkbeelden' laten zich goed verhelderen met hoe het in de medische filosofie gegaan is. Tevens zijn daar inzichten en pleidooien te vinden hoe die nauwere betrokkenheid van lichaam en geest anders en beter voorgesteld kan worden en hoe we het ongewild in stand houden van de dualiteit voorbij kunnen komen.

In de medische filosofie en het denken over het lichaam heeft de zogenaamde fenomenologie een dominante plek verworven. Fenomenologie is een filosofische benadering die de focus legt in haar denkwijze

bij de ervaring. Zij kijkt hoe de werkelijkheid aan de mens verschijnt. Het verschijnen of de verschijnselen zijn met andere woorden het voorwerp van kennis. Vandaar ook de naam fenomenologie, die stamt van het Griekse woord *phainomenon* wat 'het zichtbare' of 'de verschijning' betekent. Fenomenologie kan gezien worden als een soort tegenbeweging en correctie van de oude, irreëel gebleken ambitie van de filosofie, om de dingen 'in zichzelf' te kennen, het *Ding an sich* als voorwerp van echte kennis. Sinds de Duitse filosoof Immanuel Kant (1724-1804) weten we dat kennis altijd meebepaald wordt door de waarnemer en dat we aan die verbondenheid tussen waarnemer en object niet kunnen ontsnappen.

Wat het lichaam betreft, maken fenomenologen een verschil tussen het ervaren, beleefde lichaam en het biologische lichaam waarbij de nadruk ligt op het door het individu zelf ervaren lichaam. De Franse filosoof Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) bijvoorbeeld, een van de grondleggers van deze fenomenologische manier van denken over het lichaam, spreekt van 'het door het subject geleefde lichaam' (*le corps sujet, le corps vécu, le corps propre*) (Wobbes, 72). Onder Duitse fenomenologen is het onderscheid *Körper - Leib* gangbaar, waarbij *Körper* het biologische lichaam representeert en *Leib* het geleefde, ervaren lichaam. Vergelijk ook het onderscheid in het Nederlands tussen lichaam en lijf dat overigens niet geheel de Duitse begrippen dekt. Het biologisch lichaam is niet te verwarren met het *Ding an sich* waarover geen kennis mogelijk is (kennis los van welke waarnemer dan ook). Waar zou de geneeskunde dan immers over gaan? Ook de geneeskunde heeft een waarnemersperspectief, dat van de natuurwetenschappen, de biologie, dat zoekt naar patronen en verbanden, c.q. wetmatigheden in de materiële werkelijkheid. Kritiek en correctie uit de hoek van de fenomenologie betreffen niet de onmogelijkheid van kennis maar de eenzijdigheid, het terzijde schuiven van het perspectief van de persoon, het ervaringsperspectief van de patiënt. In de medische praktijk is het 'leven met ziekte', het 'ziek-zijn' niet de eerste prioriteit als men denkt aan ziektebegrip, inzicht en behandelmogelijkheden. Alleen 'biologisch' naar het lichaam en naar ziekte kijken is te beperkt, stelt de fenomenologie. Patiënten zelf kennen hun ziekte immers vooral van binnenuit als ziek-zijn, en dus meestal als lijden. Dat gegeven blijft vanuit de biologie bezien volledig buiten beeld, de biologie betreedt niet het domein van het lijden, van zin, zinloosheid en betekenis. Voor patiënten is dat echter de primaire horizon, de werkelijkheid.

Zoals vaak met tegenbewegingen verschuift het accent in de fenomenologie nu echter naar de andere kant: zinnige filosofische kennis over

het lichaam is alleen de kennis die opgedaan wordt aan de ervaring, aan de verhalen van mensen. Het biologische lichaam, het lichaam als object verdwijnt daarmee uit het zicht in de fenomenologie. In de zorg zien we dat de fenomenologische bekommernis ter harte genomen is en steeds belangrijker wordt, getuige het toenemende aantal kwaliteitsonderzoeken naar de ervaring van de patiënt, en de verankering van het samen beslissen in de wet die de behandelrelatie tussen arts en patiënt reguleert (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO). Zelfs in medische richtlijnen, bijvoorbeeld die voor nierdialyse, zien we dat de *Patient Reported Outcome Measures* (PROMS), als graadmeter voor de kwaliteit van leven van de patiënt, bij de inrichting van de dialyse zwaarder moeten wegen dan de medische parameters. Dat is wettelijk voor artsen. Wordt de beleving nu primair de maat van goede zorg? Is het biologische als zodanig dan van minder betekenis en ondergeschikt in die afweging?

Evenals Theo Wobbes, medeauteur van dit hoofdstuk, wijst ook de filosoof Jenny Slatman op een tekortkoming in deze fenomenologische benadering (Wobbes, 2020; Slatman, 2008). De tekortkoming is namelijk dat ze het lichaam in haar biologische hoedanigheid geen plaats meer biedt. De erkenning van verwevenheid van lichaam en geest betekent niet dat het lichaam helemaal opgaat in wat bewust te maken is, dat het in zijn geheel tot ervaring te herleiden is of in de ervaring onder te brengen valt. De mogelijkheid van bewustwording laat onverlet dat er activiteit in het lichaam is die zich grotendeels of zelfs geheel aan het bewustzijn onttrekt. De oude gedachte van de dualiteit kwam niet uit de lucht vallen en had hierin haar grond. Dit besef mag niet verloren gaan in de erkenning van verwevenheid van lichaam en bewustzijn. Het lichaam heeft eigen structuren en eigen activiteiten/dynamieken die aanleiding geven tot een eigen soort kennis en een eigen soort invloed. Slatman spreekt van een dubbele ontologie in dit verband, een dubbele zijnswijze van het beleefde lichaam enerzijds en het biologische lichaam als object of ding anderzijds (Wobbes, 74). Deze dubbelheid valt niet op te heffen en dient dus erkend te worden. Wobbes heeft het over bi-aspectiviteit, twee verschillende kanten van dezelfde zaak, net als de twee gezichten van een januskop.

Met het niet thematiseren van die onherleidbare dubbelheid van beleefd en biologisch lichaam door de fenomenologie is nog een ander kritiekpunt gegeven. In afwezigheid van het biologische en het dingmatige aspect toont zich een te smalle perceptie van wat bewustzijn, waarnemen en ervaren behelst. Door deze reducties in de fenomenologische

blik, lijkt bewustzijn verengd tot de gewaarwordingen van binnenuit, tot lichaamssensaties, en tot de louter individuele perceptie van de buitenwereld. De verwevenheid met de buitenwereld in de waarneming wordt niet verdisconteerd. Men neemt echter niet waar vanuit een vacuüm, de buitenwereld is altijd al binnen (o.a. socialisatie) en beïnvloedt het waarnemen van het individu, maakt er deel van uit. In de fenomenologie lijkt het waarnemende individu echter geïsoleerd van de buitenwereld. De invloed van en interactie met de context ontbreken in het ervaringsproces, stellen zowel Slatman als Wobbes. Een voorbeeld kan dit verduidelijken: de amputatie van een been beperkt zich niet tot de gewaarwording van het verlies door degene die het aangaat. Er is ook altijd de blik van derden die dit kunnen zien. Met die blik komt de buitenwereld binnen met haar oordelen en waarderingen, met haar betekenisverlening. Slatman pleit daarom voor een uitbreiding van de fenomenologie met een sociologische component – een ‘sociofenomenologie’ – waarmee de blik van buiten, en daarmee tevens het lichaam als ding – de object kant – dat immers deel uitmaakt van dat buiten, serieus genomen kan worden (Wobbes, 2020, 75; Slatman, 2014).

Wobbes zoekt om die reden aansluiting bij de Duitse wijsgerig-antropoloog Helmuth Plessner (1892-1985) (Wobbes, 2020, 76 e.v. en 80 e.v.). In zijn filosofische opvattingen over de mens ruimt deze expliciet plaats in voor die relatie met de buitenwereld en voor het biologische lichaam dat hij zelfs als *Körperding* aanmerkt. Hij onderscheidt *Körper*, *Leib* en *Mitwelt*, zijnde het biologische en het beleefde lichaam en de context van de persoon die met de bi-aspectiviteit van haar lichaam deel uitmaakt van een sociale omgeving waar zij deel van is en die haar als het ware draagt. Die *Mitwelt* lijkt een beetje vreemde eend in de bijt als je over het biologische lichaam en de verhouding van lichaam en bewustzijn nadenkt, maar bij Plessner blijkt dit nu juist het meest typische voor die verhouding bij de mens. Het heeft twee betekenissen. Ten eerste: het bewustzijn is ruimer dan het individu. Het individuele bewustzijn is altijd ingebed en daarom in wisselwerking met en onder invloed van een bredere betekeniscontext van naasten, samenleving en cultuur. Ten tweede: de menselijke blik is niet alleen naar binnen en van binnen naar buiten gericht, maar de mens kan zichzelf ook van buitenaf bezien, vanuit de blik van anderen, van betekenissen, waarden en normeringen waarvan hij of zij niet zelf de bedenker is. Plessner gaat zelfs zover dat hij zegt: ‘Ik ben, maar bezit mijzelf niet’, waarmee hij bedoelt dat de relatie tot het eigen lichaam wordt gemedieerd door de samenleving. Wij houden rekening

met de blik van een ander, in dezelfde zin als Slatman dat bedoelt met het begrip sociofenomenologie. Het biologische lichaam heeft een sociale functie. Dat kan uiteindelijk ook tot gevolg hebben dat, meegaand met de 'tijdgeest', gaandeweg opvattingen over het lichaam kunnen veranderen (Wobbes 2019, 90). Maar ook, zoals wij in dit hoofdstuk proberen duidelijk te maken, opvattingen over ziekzijn.

Dit zijn belangrijke aanvullingen op de erkenning van het belang van lichaamsbewustzijn en ziektebeleving in de ziekenhuispraktijk. Een voor de hand liggende is dat kennis van het biologische lichaam te herleiden noch te vervangen is door ervaringskennis van de patiënt, hoe wezenlijk die laatste ook is. Een andere is dat het lichaam als biologisch ding, als object, wanneer het ziek is of door trauma verminkt raakt, zich op heel eigen, negatieve, praktisch disfunctionele wijze manifesteert: een geamputeerd been of chronische ziektes als nier- of hartfalen veranderen je leven onomkeerbaar. Je verliest bewegingsvrijheid en vitaliteit die niet meer terugkomen. Ook gewenning, acceptatie en een andere lichaamsbeleving, heffen dit fysieke verlies niet op. Het biologische lichaam en de kennis daarover, evenals het lichaam als object laten zich niet negeren, ze worden niet irrelevant in het belevingsperspectief. In het zoeken naar zin en betekenis in zorg en geneeskunde dienen ze derhalve een serieuze plek te hebben. Hetzelfde geldt voor de context als iemands levenssfeer. Die is altijd al aanwezig in het belevingsperspectief, hetzij als netwerk en steun, hetzij als oorzaak van ziekte (bijvoorbeeld een obesogene omgeving of armoede), hetzij als constructieve inspiratie (gezonde leefstijl als middel), hetzij als ideologie en dwang (gezonde leefstijl als hoogste goed). Context of *Mitwelt* is er met andere woorden in verschillende hoedanigheden, variërend van mensen en middelen tot ideeën, van positief tot negatief. Dus ook hiervoor geldt dat deze een plek moet hebben in het zoeken naar zin en betekenis in het leven met ziekte, en het zoeken naar zinvolle zorg en behandeling.

Referenties

- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens. Body, Emotion and the Making of Consciousness*, Harcourt Brace & Company, New York [2000, Vintage Books, London].

- Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind. Constructing Conscious Brain*, Pantheon Books, New York [2012, Vintage Books, London].
- Damasio, A. (1994). *Descartes' Error*, G.P. Putnam's Sons, New York [2006, Vintage Books, London].
- Federatie Medisch Specialisten (2017). *Visiedocument Medisch Specialist 2025*.
Te raadplegen op: <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>
<https://Esdit.nl>, update 02-07-2021.
- Kolk, B. van der (2014). *The Body Keeps the Score. Mind, Brain and Body in the Transition of Trauma*, Penguin Books, London and New York.
- Slatman, J. (2008). *Vreemd lichaam. Over medisch ingrijpen en persoonlijke identiteit*, Ambo, Amsterdam.
- Slatman, J. (2014). Multiple Dimensions of Embodiment in Medical Practice. *Medical Health Care and Philosophy*, 17: 549-557.
- Wobbes, Th. (2019). *Mens of geen mens? Een filosofie van de posthuman*. Academisch proefschrift, Universiteit Twente, Enschede.
- Wobbes, Th. (2020). *Het lichaam als centrum en voorwerp*, Eburon, Utrecht.