



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Modellen van ‘integratie’ in de psychologie en psychiatrie (II): het normatieve praktijkmodel.

Glas, G.

Citation

Glas, G. (2009). Modellen van ‘integratie’ in de psychologie en psychiatrie (II): het normatieve praktijkmodel. *Psyche En Geloof*, 20, 165-177. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/14674>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/14674>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Modellen van ‘integratie’ in de psychologie en psychiatrie (II) – het normatieve praktijk model

GERRIT GLAS

SAMENVATTING

Dit artikel is het tweede van een drieluik over de relatie geloof, wetenschap en professionaliteit. In het eerste artikel liet ik zien dat het belangrijkste euvel van de Amerikaanse integratieliteratuur wetenschapsfilosofisch van aard is. Te weinig wordt rekening gehouden met het verschil tussen alledaagse ervaring, professionele kennis, vakwetenschappelijke kennis en wijsgerig inzicht. Wanneer wel met dit verschil rekening wordt gehouden krijgt ‘integratie’ in elk van de vier domeinen van kennis een ander karakter.

In dit tweede artikel ga ik een stap verder door mij te richten op praktijken waarin kennis wordt gebruikt. Dat doe ik omdat in de beoefening van de psychiatrie en psychotherapie het ontwikkelen en benutten van kennis geen doel in zich is, maar is ingebed in praktijken die primair een handelingsdoel hebben. De focus op praktijken heeft gevolgen voor het integratievraagstuk. Dit vraagstuk krijgt een nieuwe dimensie door de concentratie op het normatieve karakter van praktijken. In dit artikel richt ik mij vooral op de professionele praktijk. Ik geef een analyse van de structuur van die praktijk teneinde een meer compleet beeld te krijgen van hoe religieus inzicht een rol speelt in de psychiatrie en psychotherapie. Aan de hand van het normatieve praktijk model laat ik zien hoe het thema ‘integratie’ verder kan worden uitgewerkt langs de dimensies structuur (niveau) en richting (ontsluiting; toesluiting). Het zal blijken dat de ik-zelf relatie een belangrijke rol speelt in het doordenken van de relatie tussen deze twee dimensies.

Sleutelwoorden: normatieve praktijk, professie, religie, wetenschap, integratie

INTRODUCTIE

Het normatieve praktijkmodel dat in dit artikel wordt uitgewerkt, vindt zijn oorsprong in een viertal overwegingen.

De eerste en meest voor de hand liggende overweging is dat psychiatrie en psychotherapie geen wetenschappen zijn, maar praktijken die worden gevoed door wetenschappelijk inzicht. Het klassie-

ke geloof – wetenschap vraagstuk gaat strikt genomen de professies slechts zijdelings aan. Het gaat in deze professies immers niet om de ontwikkeling en verdieping van kennis als doel op zich. Kennis en inzicht zijn ingebed in praktijken die ergens toe dienen. Bovendien is zoals we in het eerste artikel zagen het denken van de professional anders georganiseerd dan dat van de wetenschapper (zie ook Schön, 1983). Professionals zijn gericht op het individuele geval en niet op algemene, wetmatige verbanden. Ze maken vooral gebruik van patroonherkenning als cognitieve strategie. De kennis waar een professional gebruik van maakt, berust bovendien voor een belangrijk deel op ervaring en is gericht op praktische bruikbaarheid. Feitenkennis is belangrijk, maar nog belangrijker is het vermogen voor de betreffende situatie relevante kennis te mobiliseren. Om te begrijpen hoe religie betekenis heeft voor de professies moeten we dus niet in de eerste plaats kijken naar de relatie tussen religie en wetenschap, maar naar de interactie tussen kennis en praktijk. Hoe beïnvloedt de praktijk de manier waarop kennis is gestructureerd en wordt ingezet (en omgekeerd)?

Een tweede overweging betreft de ethiek van het professionele handelen. Het normatieve praktijkmodel werd geboren uit de behoefte aan herijking van de traditionele, nogal theologisch getoonzette medische ethiek van christelijke huize. De theologische insteek leverde wel belangrijke gezichtspunten op (principes, regels, plichten), alsmede een algemeen (antropologisch) kader. Maar de vraag hoe de principes, regels, en plichten moeten worden vertaald naar de praktijk, bleek moeilijker te beantwoorden. Midden jaren negentig gingen Henk Jochemsen, Jan Hoogland en schrijver dezes daarom op zoek naar een benadering waarin normativiteit als *inherent* wordt gezien aan allerlei praktijken. Zo'n benadering zou dan de theologische benadering moeten aanvullen. Een beetje zwart-wit: de theologische benadering leverde al exegetiserend een normenstelsel op dat 'van bovenaf' werd toegepast in allerlei situaties. In plaats daarvan zochten wij een visie die normativiteit op *intrinsieke* wijze verbindt met het professionele handelen. Het menselijk handelen wordt niet pas normatief door toepassing van buitenaf van normatieve gezichtspunten (principes, regels,

plichten); het handelen is *qualitate qua* normatief geladen (Jochemsen & Glas, 1997).

Een derde overweging betreft de herwaardering van de aristotelische deugdenethiek die kort daarvoor had plaatsgevonden. MacIntyre's *After Virtue* (1981) betekende een krachtige aanval op de individualistische, liberale ethiek en een eerherstel voor de opvatting, dat het goede 'inherent' is 'aan praktijken'. MacIntyre borduurt voort op Aristoteles die het punt waar het om gaat in zijn *Nicomacheïsche Ethiek* op een bedrieglijk simpele manier duidelijk maakt, en wel met het voorbeeld van de luitspeler. Als de luitspeler zijn werk goed doet en fraaie muziek ten gehore brengt, dan zijn er niet twee dingen: de handelingen waaruit het spelen bestaat en de esthetische kwaliteit die aldus wordt gerealiseerd. Het is met andere woorden niet zo dat er eerst een instrument wordt bespeeld en vervolgens ook nog een esthetische waarde wordt gerealiseerd. Want het spelen en de esthetische kwaliteit zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, zo zelfs dat als de luitspeler niet 'goed' speelt hij niet echt speelt, maar slechts klanken voortbrengt. Hetzelfde geldt nu ook voor de ethiek: het goede is niet een waarde die losstaat van de praktijk, maar wordt door deelname aan die betreffende praktijk gerealiseerd en wel zo intrinsiek dat er zonder het realiseren van die waarde geen sprake kan zijn van zo'n praktijk. Toegepast op de geneeskunde: als de waarde die in de geneeskundige relatie gerealiseerd wordt een morele waarde is, dan is die waarde inherent aan die praktijk; en zonder die waarde is er niet langer sprake van een geneeskundige relatie.

De vierde overweging bestaat uit de observatie dat er verwantschap bestaat tussen Aristoteles en MacIntyre enerzijds en inzichten uit de reformatische wijsbegeerte anderzijds. Niet alleen is in het reformatisch wijsgerige denken normativiteit net als bij Aristoteles altijd intrinsiek verbonden met het menselijk handelen. Dooyeweerd voegt aan die gedachte ook nog een belangrijke dimensie toe met zijn theorie van de ontsluiting. Praktijken bestaan – net als mensen – niet op zich, maar ze ontwikkelen zich. Ze hebben een bepaalde structuur en een bepaalde richting. Deze richting heeft ten diepste een religieus karakter, volgens Dooyeweerd. Is het proces van ontsluiting nader te typeren? Heeft het

structurele kenmerken? En hebben die structuurkenmerken een normatieve betekenis? Het is op die vragen dat we nu nader in zullen gaan.

NORMATIEVE PRAKTIJKEN

Kennen is altijd gesitueerd in een context, een praktijk, zo zeiden we. Die praktijk is, net als het kennen zelf, voortdurend in ontwikkeling. Ze heeft ook een bepaalde structuur. Kan die structuur nader worden getypeerd? Ik geef een korte beschrijving en toelichting van het model dat Jochemsen, Hoogland en deze auteur voor de geneeskunde ontwikkelden (zie Figuur 1).¹ Kernpunt in de door ons voorgestane opvatting is dat de medische praktijk – maar we kunnen hier ook invullen: de psychotherapeutische praktijk – bepaald wordt door de aard van de relatie tussen hulpvrager en professional en niet door een bepaalde methode of techniek of de kennis die aan die methode of techniek ten grondslag ligt. We stelden ons met andere woorden de vraag: wat maakt een arts tot arts? Wat is kwalificerend in diens doen en laten? Niet kennis, zo meenden we, hoewel kennis uitermate belangrijk is. Niet kunde, geen technische *knowhow*, hoewel die *knowhow* wel een voorwaarde is om arts te kunnen zijn. Wat kwalificerend is, is dat die kennis en kunde op een specifieke wijze en met een bepaald doel worden ingezet, namelijk op ethisch verantwoord wijze ten behoeve van het welzijn van de patiënt/hulpvrager.

Dat klinkt wellicht als een open deur, toch moeten we ons realiseren hoe fundamenteel het is om te stellen dat de aard van wat er gebeurt tussen een arts en een patiënt niet primair wordt gekwalificeerd door een bepaalde expertise, maar door de aard van de relatie tussen die twee. Even betekenisvol is het om van die relatie te zeggen dat ze een moreel goed vertegenwoordigt.

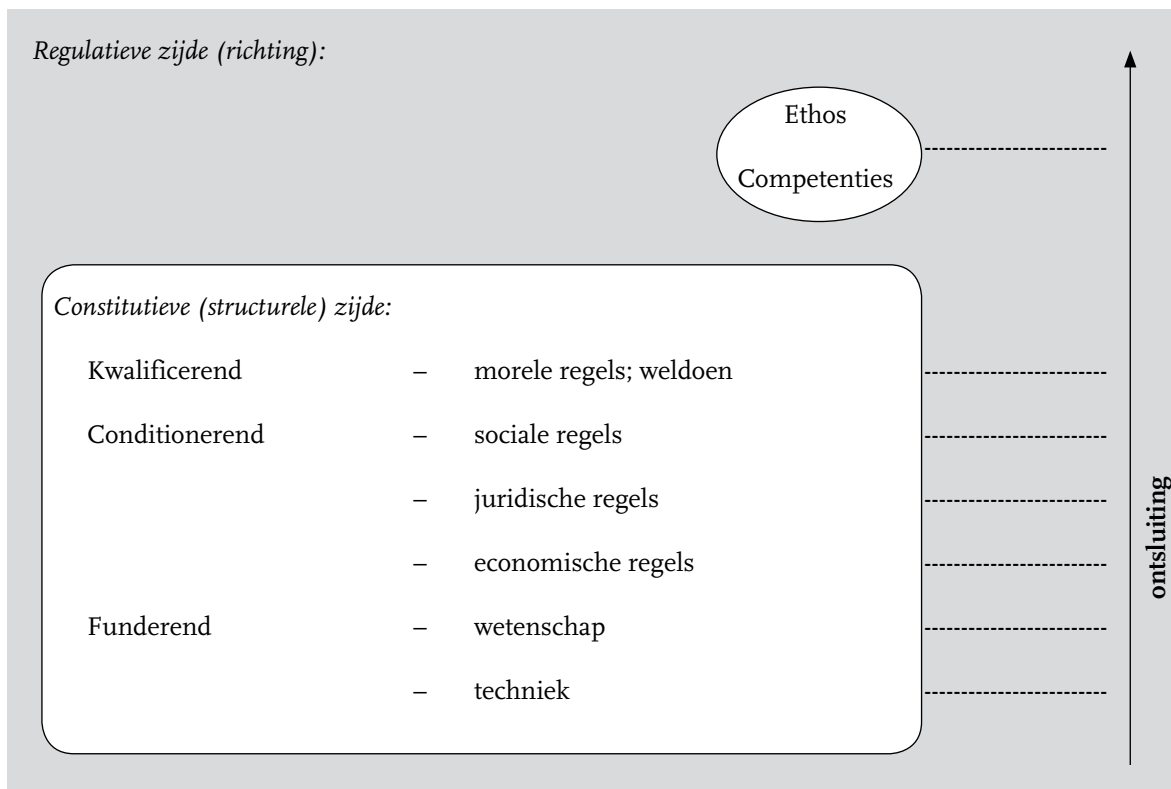
Wat is er moreel aan de relatie tussen hulpverlener en hulpvrager in de geneeskunde? Het is iets dat de meeste mensen wel aanvoelen, maar wat zoals zo vaak toch niet in een paar woorden te vatten is. Het gaat om een fundamentele intuïtie, namelijk dat er een verschil is tussen gewone levensbehoeften (zoals brood) en de vraag om hulp in het geval van ziekte. Ten opzichte van de ene behoefte is men (min of meer) vrij, ten opzichte van de andere niet. Men kan niet besluiten een

dagje niet ziek te zijn, wel om een dagje de behoefte aan brood op te schorten. In het ziek-zijn ligt met andere woorden een zeker appèl besloten, los van de vraag of de zieke klaagt of niet. Ten opzichte van dat appèl verhoudt de arts zich niet vrij en neutraal. In elk geval heeft de arts niet de mogelijkheid om te zeggen (zoals de bakker tegen de klant): gaat u maar naar de concurrent; of: vandaag verkoop ik u geen brood. Ziek-zijn doet een beroep op onze solidariteit: de ellende van de ander kan ons ook zelf overkomen. Die solidariteit krijgt bij de arts een specifieke kwaliteit: hij of zij is professional omdat hij of zij over de nodige kennis en kunde beschikt om bij uitstek iets aan de klacht te doen. Het verplichtende van het appèl dat in het ziek-zijn besloten ligt, houdt dus in dat men zich niet afzijdig kan houden, niet als gewone burger, maar al helemaal niet als arts.

Daar vloeit een tweede punt uit voort, namelijk dat het hulpaanbod onbaatzuchtig dient te zijn. De arts dient naar eer en geweten te handelen, niet uit eigenbelang en evenmin in het belang van iets of iemand anders dan de betrokkene zelf. Deze twee kenmerken van het morele appèl (dat het verplichtend is en dat het oproept tot onbaatzuchtigheid) worden al meer dan 2500 jaar door artsen herkend en liggen verankerd in de eed van Hippocrates.

We zouden het ook zo kunnen zeggen. Er is een groot verschil tussen economische en morele 'goederen'. Ten opzichte van een economisch goed verhouden we ons vrij. Dat moet ook, want de essentie van de economie is de ('vrije') ruil. In de geneeskunde is er van een dergelijke vrije verhouding ten opzichte van behoeften geen sprake. Integendeel, ziekte is per definitie geen vrije keus, zelfs niet in het geval van risicovol gedrag. De arts is gehouden het beste van zijn kennis en kunde te geven, ook al is het niet in zijn eigen voordeel en al heeft hij of zij het idee dat de patiënt zelf een actieve rol had kunnen spelen in het voorkomen van de aandoening.

De hier verdedigde stelling luidt dus dat de geneeskunde als praktijk primair gekwalificeerd wordt door (de aard van) de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener (arts, verpleegkundige, psychotherapeut, et cetera); en niet door kennis, kunde, traditie, organisatie, of geld. Hoe belangrijk deze zaken



Figuur 1

stuk voor stuk ook zijn, ze zijn niet kwalificerend. In de structuur van de gezondheidszorg als praktijk is het de hulpverleningsrelatie die centraal staat en deze hulpverleningsrelatie is *moreel* gekwalificeerd. Omdat het hier gaat om een structuurkenmerk dat de praktijk als geheel typeert, spreken we van het *kwalificerende* moment in (de structuur van) de arts-patiënt. In plaats van structuur spreken we ook wel van 'constitutieve zijde'. Daarmee wordt bedoeld dat er kenmerken of factoren zijn die de geneeskunde als praktijk constitueren, dat wil zeggen 'vestigen', bepalen, maken tot wat die praktijk is. We zeggen dus: het morele aspect maakt de geneeskundige praktijk tot wat die is en wel op een kwalificerende wijze.

Andere structuurmomenten zijn niet kwalificerend, maar conditionerend of funderend. *Funderend* zijn medische kennis en kunde naar de stand van zaken in de wetenschap en techniek van dat moment. Deze fundering is voortdurend in ontwikkeling. *Conditionerende* factoren of regels

scheppen de condities waaronder geneeskundige zorg als praktijk mogelijk is. Conditionerend zijn onder meer sociale, juridische en economische regels.

Bij *sociale* regels kunnen we denken aan de communicatie in de arts-patiënt relatie, maar ook aan de communicatie in teams en in de geneeskunde als zorgpraktijk in het groot. We kunnen denken aan de sociale condities waaronder geneeskundige zorg wordt toegepast (individualisering; afnemende sociale cohesie) en aan de gevolgen daarvan voor bijvoorbeeld de mantelzorg. Zeer belangrijk als 'sociale' conditie is de institutionele inbedding van geneeskundige zorg. Instituten hebben de neiging hun eigen voortbestaan als hoogste goed te zien. Maar dat voortbestaan is hooguit conditie voor het realiseren van goede zorg. Ziekte heeft daarnaast een sociale impact door verlies van werk, status en contacten met anderen. Tegelijk heeft ook de betekenisgeving van ziekte sociale implicaties: toenemende kennis en kunde bereiken via de media

de bevolking. Mensen reageren op al die informatie met andere patronen van hulpzoekend gedrag. Beroepsorganisaties van professionals en patiënten gaan zich steeds meer zelf als maatschappelijke actor opstellen, denk bijvoorbeeld aan het overheidsbesluit tot korting van de vergoeding van langer durende psychotherapie, die tot massaal protest van de betrokken beroepsgroepen leidde (met uiteindelijk het beoogde resultaat).

De *juridische* regelgeving heeft grote invloed op de wijze waarop professionele praktijken worden vormgegeven. Het bekendst is uiteraard de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) waarin het toestemmingsvereiste en het recht op informatie zijn vastgelegd. Voor de psychiatrie is de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) van belang. Interne rechtspraak en jurisprudentie hebben grote betekenis voor de wijze waarop praktijken vorm krijgen. Het feit dat het juridische aspect onder de conditionerende regels valt is in dit verband vooral van belang. Het brengt tot uitdrukking dat het juridische aspect de relatie tussen arts en patiënt wel helpt mogelijk maken, maar dat dit aspect genoemde relatie niet kwalificeert. De arts-patiënt relatie is geen (juridisch getoonzette) contractuele relatie, maar een relatie die primair op een in ethische zin verdiepte notie van vertrouwen is gebaseerd.

De *economische* inbedding van de geneeskundige zorgpraktijk behoeft in een tijd van marktwerking en geregelde concurrentie eigenlijk nauwelijks toelichting. Deze inbedding is van enorme betekenis vandaag. Tegelijk heeft het economische aspect sterk de neiging de discussie over de toekomst van de gezondheidszorg te domineren. Daarmee wil ik niet zeggen dat de economische realiteit altijd achter de behoefte aan zorg aan moet hobbelen. Het normatieve praktijkmodel biedt ook ruimte om te zeggen dat een ontwrichting aan de economische zijde iets onthult van een ontwrichting op andere structuurniveaus. Zo zou de economische crisis rond de gezondheidszorg ons bijvoorbeeld duidelijk kunnen maken dat onze verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg te hoog zijn en dat we voorzichtig moeten zijn om die verwachtingen een hoog morele lading te geven. Misschien is het wel gewoon angst en vermijding van wat we liever niet onder ogen zien (onze sterfelijkheid, de

realiteit van ongemak en handicap) die maakt dat we onze eisen ten aanzien van de gezondheidszorg opschroeven en onze ogen daarbij sluiten voor de economische realiteit.

Zoals Figuur 1 laat zien is er ook nog een *regulatieve zijde* van de zorgpraktijk die als het ware verticaal op de horizontale niveaus staat. De term 'regulatief' wordt hier losjes gebruikt.² Ze doelt op een aantal zaken tegelijk:

- praktijken ontwikkelen zich in de tijd in een bepaalde *richting*; er is een richting van groei en bloei en er is een richting van verval;
- op een bepaald moment in de tijd heeft een praktijk een bepaalde *gerichtheid*, bepaalde aspecten komen tot ontwikkeling, andere niet;
- die richting of gerichtheid kan het best aangeduid worden als een *dynamiek* die het geheel van die praktijk doortrekt;
- die dynamiek lijkt iets abstracts, maar is het niet; ze komt tot uitdrukking in *bezieling* (of het omgekeerde: cynisme); in de *grondhouding* van de hulpverlener; het *ethos* van de professie; bepaalde *competenties* die zich niet zo makkelijk onder de noemer van de kunde laten scharen;
- ten slotte duidt het regulatieve ook op de mogelijkheid van spanning in de 'motieven' die aan een bepaalde praktijk ten grondslag liggen.

Het onderscheid tussen regulatief en constitutief bouwt voort op een onderscheid dat in de reformatorische wijsbegeerte wordt gemaakt tussen richting (regulatief) en structuur (constitutief), en wel in het kader van de theorie van de ontsluiting. De term ontsluiting duidt op het proces van toenemende differentiatie en integratie van allerlei samenlevingsverbanden zoals gezin, vakbond en overheid en sferen zoals economie, recht, techniek en wetenschap onder de invloed van een bepaald grondmotief (zie vorig artikel).³ *Richting* slaat daarbij op de globale oriëntatie (normatief of antinormatief). De richting komt tot uitdrukking in grondmotieven (Dooyeweerts voorkeurstern) en in het ethos van een samenleving of groep mensen. In de gezondheidszorg gaat het naast het ethos van de professie om bepaalde competenties van de hulpverlener en om diens mens- of wereldbeeld. Bij competenties denk ik bijvoorbeeld aan een openheid en ontvankelijkheid voor de ander die nog een

laag dieper gaat dan ‘goed luisteren’ of ‘het vermogen te communiceren’.⁴ *Structuur* heeft betrekking op de verschillende aspecten of wijzen van functioneren van een bepaalde praktijk, de constitutieve regels waaraan dat functioneren beantwoordt. Deze aspecten of constitutieve regels definiëren – in hun samenhang – een praktijk als dit type praktijk.

Richting en structuur gaan altijd samen. Een praktijk ontwikkelt zich altijd ergens naar toe, er is een richtinggevend ideaal. Maar dat ideaal wordt alleen bereikt als de verhouding tussen de verschillende structuuraspecten in orde is. Omgekeerd kan een ‘onjuist’ ideaal (bijvoorbeeld de visie die gezondheid primair als economisch product en dus als verhandelbaar goed beschouwt) tot spanningen in de structuur van de professionele praktijk leiden. Het is heel goed mogelijk de discussie over marktwerking op deze wijze te analyseren, namelijk als een omkering van perspectief, die eruit bestaat dat conditionerende en kwalificerende gezichtspunten door elkaar worden gehaald.

Samengevat: voor het functioneren van de gezondheidszorg als normatieve praktijk is het van belang dat deze zich richt op een globaal overkoepelend ideaal (bijvoorbeeld: welzijn aan de zieke als uitdrukking van het centrale liefdegebod) en tegelijk zich genormeerd weet door een nauw op elkaar afgestemd en gedifferentieerd samenstel van constitutieve aspecten. Naast een kwalificerend en een funderend aspect zijn er allerlei conditionerende aspecten.

TWEE VOORBEELDEN

Ik geef nu twee voorbeelden van hoe dit model gebruikt kan worden in discussies. Het eerste voorbeeld kennen we inmiddels: de ingenieursopvatting van professionaliteit (zie eerste artikel). Volgens deze opvatting is de professional een technicus, die technische middelen inzet voor een bepaald praktisch doel. Dat doel is iets van de patiënt. Deze wil van bepaalde klachten af. Met de vraag of dat gerechtvaardigd is, houdt de technicus zich niet bezig. Dat laat hij of zij aan anderen over.⁵ We zouden hier kunnen denken aan technische specialismen zoals urologie of gedragstherapie. Het normatieve praktijk model maakt duidelijk dat ook professies met een hoog technisch profiel (zoals de urologie of gedragstherapie) een visie kunnen heb-

ben op de relatie tussen arts en patiënt, respectievelijk psychotherapeut en cliënt, die recht doet aan de morele betekenis van die relatie. In discussies – op de werkvloer, maar soms ook in beschouwelijke literatuur over de geneeskunde – is het vaak een kwestie van of – of. Het technische profiel van een discipline wordt al gauw gelijkgesteld met een afstandelijke en technocratische beroepsopvatting waarbij de zieke achter de ziekte verdwijnt. Dan hoort men uitspraken als: ‘Urologen zijn toch allemaal loodgieters!’; of: ‘gedragstherapeuten zijn de ingenieurs van de ziel’. Omgekeerd leidt kritiek op een technocratische en instrumentele benadering van de urologie of psychotherapie al gauw tot een vaag ‘hermeneutisch’ of ‘postmodern’ concept van het beroep⁶, zonder structuuranalyse van het technische aspect, laat staan de juridische, sociale en economische inbedding van het professionele handelen. Het door ons ontwikkelde model biedt een uitweg uit dit dilemma omdat het kennis en techniek als funderend opvat en niet als kwalificerend. Men is niet arts omdat men opereert. Het is omgekeerd: men is arts en daarom opereert men (idem voor de gedragstherapeut). Het opereren vindt met andere woorden plaats in het kader van een moreel gekwalificeerde relatie. Men kan zeer technisch te werk gaan en toch deze verticale regulatieve oriëntatie niet uit het oog verliezen.⁷

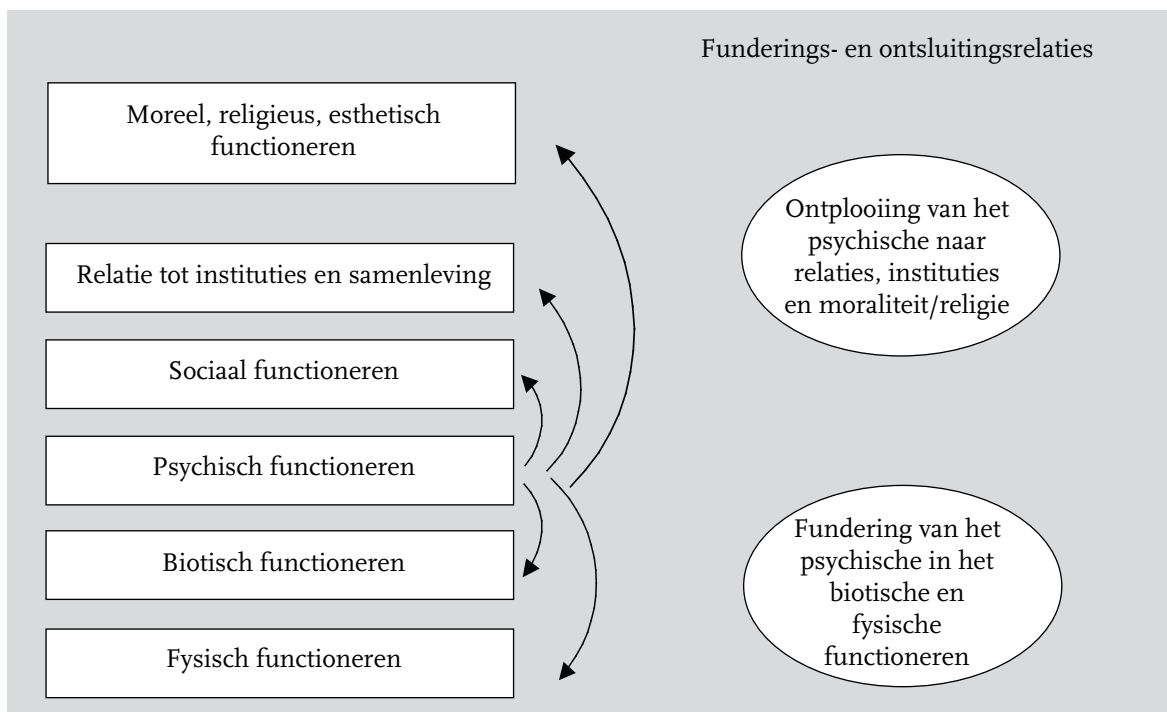
Nog een voorbeeld. Het normatieve praktijkmodel werpt ook licht op de spanning tussen ‘goede zorg’ en recht. Psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen bevinden zich vaak in een situatie waarin ze het liefst met zachte drang de patiënt tot ‘verstandige’ keuzes willen brengen. Die benadering strijdt echter nogal eens met het beginsel van zelfbeschikking zoals dat is vastgelegd in de WGBO. Het zwakke paternalisme van de psychiatrie staat met andere woorden niet zelden op gespannen voet met het recht op zelfbeschikking. In de principebenadering van Beauchamp & Childress staat dit bekend als de spanning tussen ‘welzijn’ en ‘autonomie’. De principes staan bij deze laatste auteurs gewoon naast elkaar. Een afweging van het relatieve belang van de principes vindt vooral op pragmatische gronden plaats, bijvoorbeeld aan de hand van de gevolgen van de keuze voor het ene of het andere principe. Het normatieve praktijkmodel gaat hier een stap verder omdat het de principes re-

lateert aan een analyse van de structuur van de arts-patiënt (verpleegkundige-patiënt) verhouding. Het wettelijk verankerde zelfbeschikkingsrecht is dan een juridisch beginsel. Dit juridische beginsel is wel constitutief, maar 'slechts' in conditionerende zin. Het weldoen is een morele notie die iets zegt over wat de arts-patiënt (verpleegkundige-patiënt) relatie kwalificeert.⁸ Het normatieve praktijkmodel suggereert dat de arts-patiënt verhouding niet primair een juridische relatie is, maar een morele relatie die uitdrukking geeft aan het vertrouwen dat de patiënt in de arts (verpleegkundige) stelt. Natuurlijk heeft de arts-patiënt (verpleegkundige-patiënt) relatie ook een juridische zijde en natuurlijk mag en kan de psychiater (verpleegkundige) dat vertrouwen niet beschamen door gewoon zijn eigen wil door te drukken. Dat neemt niet weg dat het juridische aspect conditionerend is en niet kwalificerend. In het uiterste geval, bij falen van de arts-patiënt (verpleegkundige-patiënt) relatie, fungeert het recht als het vangnet dat de patiënt een (juridische) positie geeft in de relatie met de arts (of verpleegkundige of instelling voor gezondheidszorg).⁹

Dit artikel wordt besloten met het schetsen van twee richtingen waarin het normatieve praktijkmodel kan worden uitgewerkt voor de psychotherapie en de psychiatrie. In het ene voorbeeld valt het accent op herstel aan de structuurzijde en in het andere op herstel aan de richtingzijde. Die twee zijden staan nooit los van elkaar. Dat ligt besloten in de idee van 'ontsluiting', zoals we zagen. We kunnen het ene ontsluitingsproces echter wel langs twee dimensies bestuderen: horizontaal (structuur) of verticaal (richting). Om zicht te krijgen op de verticale dimensie las ik een paragraaf in over de ik-zelf verhouding. Vanuit het idee dat mensen zich altijd tot zichzelf en hun problemen verhouden, valt het makkelijker de intrinsieke samenhang van richting en structuur te zien.

HERSTEL AAN DE STRUCTUURZIJDE

Ik heb in een eerdere publicatie (zie ook in dit themanr. – *red.*) al eens beschreven hoe ik Dooyeweerts theorie over ontsluiting toepas op de 'ontsluiting' van de affectiviteit in psychotherapie (Glas, 1993).¹⁰ Ik nam toen als voorbeeld experiëntiële en psychodynamische vormen van psychotherapie die



Figuur 2

zich met name richten op de gevoelskant van de mens. Op 'christelijke' wijze psychotherapie doen, zei ik daar, betekent niet dat er wordt gebeden of dat er religieuze interpretaties van gevoelens worden gegeven, maar in de eerste plaats dat de cliënt door de bemoeienis van de psychotherapeut weer 'heel' ('integer'; integer is Latijn voor 'heel') wordt qua affectiviteit. Die heelijkheid bestaat erin – door een structuurbril bekeken – dat de verankering in 'lagere' en de inpassing in 'hogere' zijnswijzen 'in orde' is. Bij 'verankering in lagere zijnswijzen' kunnen we bijvoorbeeld denken aan bepaalde hersenprocessen die 'ten grondslag' liggen aan de regulatie van het gevoelsleven. Die hersenprocessen moeten goed functioneren, wil het gevoelsleven tot ontplooiing kunnen komen.¹¹

Bij 'inpassing in hogere zijnswijzen' kunnen we denken aan de inbedding van emoties in relaties. Een harmonieus gevoelsleven wordt bedreigd door mishandeling en misbruik. Dit is allemaal zeer simpel geformuleerd, het huidige onderzoek naar hechtingsprocessen laat zien hoe fijnzinnig neurobiologie, affectiviteit en relationaliteit met elkaar verknoopt zijn. Het belang van het model is dat het de relatie tussen de niveaus beschrijft in termen van voorwaardelijkheid en ontplooiing: een gezond brein is een *voorwaarde* voor normaal gevoelsmatig functioneren; en 'gezonde' relaties geven het gevoelsleven *ruimte om zich te ontplooiën* (zie Figuur 2).

Dat geldt voor de opvoeding, voor partner-relaties, en voor relaties tussen vrienden. Maar ook in de relatie tussen het individu en de instituties en de samenleving waarin deze leeft (denk bijvoorbeeld aan de invloed van sociale wetgeving en arbeidsomstandigheden op het zelfgevoel van de cliënt).

Deze benadering is, als we ten minste afzien van filosofische finesses, sterk verwant met bepaalde vormen van systeemfilosofie.¹² Ook daar vindt men nadruk op het geheel, op gelaagdheid, en op relaties van voorwaardelijkheid (van 'lagere' niveaus) en van ontplooiing/ontsluiting (naar 'hogere' systeemniveaus).

Het belang van deze benadering is dat:

- (a) het duidelijk maakt dat funderingsrelaties niet moeten worden verwisseld met het eigene van het functioneren op een bepaald niveau;

emoties zijn niet 'eigenlijk' hersenprocessen; hersenprocessen funderen emoties, maar er is meer aan emoties op te merken dan dat ze hersenprocessen 'zijn', ook wetenschappelijk;

- (b) het laat zien hoe het emotionele leven zich opent naar 'hogere' vormen van functioneren; emoties zijn meer dan louter zelfexpressie, ze verfijnen en differentiëren doordat ze afgestemd raken op anderen, op wat er in de samenleving leeft en door esthetiek en gevoel voor morele verhoudingen en religieuze betekenissen.

Figuur 3 laat zien hoe dit uitwerkt voor het verschijnsel hoop als emotie. Hoop is een affectieve gestemdheid die zich in allerlei bestaanssferen uit. De term kan ook in een zwakkere betekenis worden gebruikt en dan zoveel betekenen als positieve verwachting en vertrouwen in de toekomst. Hier gaat het om hoop als een gevoel of gestemdheid. Deze hoop, als affectieve gestemdheid, is een zich verwachtingsvol uitstrekken naar wat er nog niet is, in de verwachting dat wat er niet is ons iets positiefs brengt. Wat eerst een gevoel is wordt, in de 'ontplooiende' richting, een meer concrete verwachting; het krijgt een cognitieve dimensie (hier niet als aparte laag getekend). Vervolgens blijft die verwachting niet besloten in mijn binnenwereld; ze wordt met anderen gedeeld, expliciet of impliciet. Het psychische opent zich naar het sociale. Vervolgens opent het psychische zich ook naar het niveau van de samenleving en naar instituties in de samenleving en tot slot naar de sfeer van zinging, moraliteit en esthetiek.

Heeft de samenleving invloed op ons psychisch functioneren en met name op ons vermogen om te hopen? De vraag stellen is haar beantwoorden. Zo blijkt uit onderzoek naar sociaal isolement dat steeds meer mensen wel sociale contacten hebben, maar toch eenzaam zijn (Hortulanus et al., 2003). De individualisering, prestatiedrang, en het afkalven van gedeelde morele en religieuze waarden en betekenissen werpen de burger op zichzelf terug, hetgeen kan leiden tot gevoelens van wanhoop. Er zijn geen collectief gedeelde positieve verwachtingen. Bij daarvoor gevoelige mensen kan dit leiden tot depressieve gevoelens. Die gevoeligheid kan in de funderende biotische laag gelegen zijn. Bij ern-

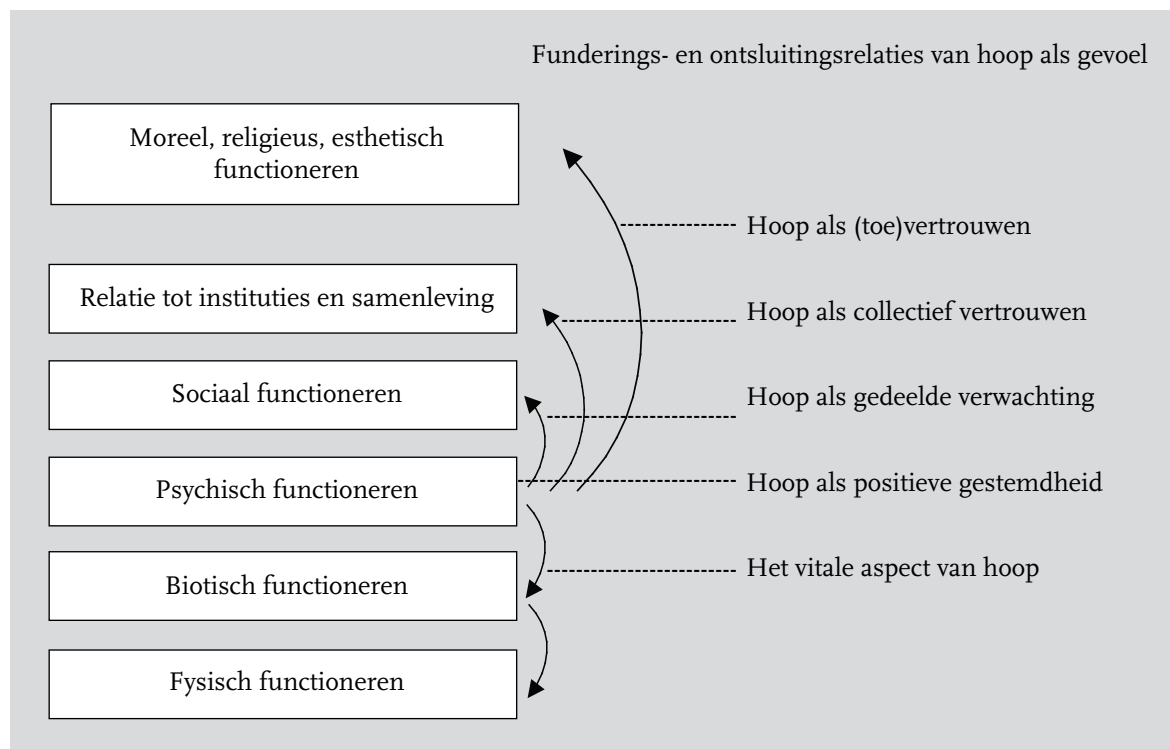
stige depressies zien we de depressieve wanhoop overgaan in apathie en ontbreken van vitaliteit. Het model legt aldus verbanden tussen processen op het niveau van het individuele psychische leven en processen in de samenleving en cultuur enerzijds en neurochemische en neuro-endocriene ontregelingen in het brein anderzijds.

Voor de psychotherapie betekent dit dat de behandelaar zich richt op herstel van de funderende bestaansniveaus (brein, somatische conditie) om vervolgens aan de slag te gaan met cognities, relaties en/of het overall levensperspectief van de betrokkene, afhankelijk van wat in de gegeven situatie het meest aangewezen is.

DE IK-ZELF RELATIE ALS VERBINDENDE SCHAKEL

De verbindende schakel tussen richting en structuur is het makkelijkst zichtbaar te maken aan de hand van de ik-zelfrelatie (zie ook Glas, 2006). Een depressie is niet de output van een kapot apparaat, maar een geheel van verschijnselen en klachten dat

zelf ook weer beïnvloed wordt door hoe de betrokkene en diens omgeving de klachten en verschijnselen interpreteren. De patiënt verhoudt zich tot zichzelf en wordt in dit zich-tot-zichzelf-verhouden bepaald door zijn karakter (zijn 'zelf') en door relaties met anderen. Maar dat niet alleen: ook de stoornis zelf kan zich uiten in de wijze waarop de betrokkene zich tot zichzelf verhoudt. Demoralisatie in het kader van depressie is een goed voorbeeld. Demoralisatie is niet alleen een directe manifestatie van depressie zoals gebrek aan eetlust en moeheid, maar ook een manier van zich verhouden tot de verschijnselen. We zouden kunnen spreken van eerste en tweede orde verschijnselen – verschijnselen die een direct manifestatie zijn van de aandoening (eerste orde) en verschijnselen die een manier van reageren zijn op deze verschijnselen (tweede orde). De depressieve patiënt gelooft niet in herstel, hij is ervan overtuigd dat alles eigenlijk al verloren is. Ik ga ervan uit dat de demoralisatie zowel een verschijnsel van de eerste als van de



Figuur 3

tweede orde is. Het is een directe manifestatie van depressie en tegelijk een wijze van zich verhouden tot de verschijnselen van depressie.¹³

Dit zich-tot-zichzelf verhouden wordt door allerlei zaken bepaald: zelfgevoel, karaktereigenschappen, relaties met anderen, compenserende factoren zoals werk, gezond verstand en steun uit de omgeving, moraal, en ook levensovertuiging.

De brug naar de richtingzijde bestaat erin, dat in het zich-tot-zichzelf verhouden – en daarmee ook in het zich-tot-de-wereld verhouden – zich een bepaalde richting aftekent. De demoralisatie kan zo sterk zijn dat ze een dynamiek wordt die het hele bestaan verlamt. Ze kan ook de relaties met anderen verlammen, zoals partners en kinderen van depressieve patiënten maar al te vaak vertellen. De demoralisatie wordt dan een verlammen, pseudo-autonome macht met een destructieve betekenis. We zouden hier kunnen spreken van een verschijnsel van de derde orde (die existentieel is).

In mijn boek over angst heb ik voorbeelden van deze dynamiek beschreven op het terrein van de angst (Glas, 2001). Ik probeerde aan te tonen dat we een taal voor deze existentiële dimensie nodig hebben. Vakwetenschappelijke verklaringen schieten tekort als het gaat om het duiden van deze existentiële dimensie. Hetzelfde geldt voor sommige gevallen van demoralisatie in het geval van depressie: deze kan zover gaan dat vakwetenschappelijke verklaringen niet toereikend zijn. Dat betekent niet dat het vakwetenschappelijke perspectief in die gevallen dan maar moet wijken. Bijna altijd is de situatie gemengd: er zijn plausibele verklaringen te vinden waarom iemand zo vast blijft zitten in de dynamiek van de angst of de demoralisatie, maar al die verklaringen bij elkaar opgeteld verklaren toch niet de intensiteit van de angst, de zelfhaat, en/of het volstrekte besef van verworpenheid. Dat is de reden om naast de verschijnselen (eerste orde) en de reacties of interpretaties op de verschijnselen (tweede orde) nog een derde dimensie te onderscheiden, een dimensie die ik aanduid met de term dynamiek of richting. Die dynamiek is niet iets aparts, ze is volledig verweven met het reageren op het ziek-zijn, maar in sommige gevallen lijkt er geen ruimte meer te zijn om deze manier tot reageren bij zichzelf waar te nemen, laat

staan te beoordelen en veranderen. In die gevallen wordt de angst of demoralisatie een macht die de betrokkene in de greep heeft.

Samengevat kunnen we zeggen dat in de manier waarop patiënten zich tot hun klachten verhouden zich iets aftekent van 'richting' of dynamiek, van een zich-verhouden-tot dat uitdrukking geeft aan een meer omvattend en/of uiteindelijk perspectief. Dit perspectief kan in het gesprek met de hulpverlener verder geëxpliciteerd worden. Het hulpverleningsproces bestaat onder andere uit het bij elkaar brengen van de perspectieven van de hulpverlener en de cliënt/patiënt. Ik verwijs naar wat hierover in het eerste artikel gezegd is.

HERSTEL AAN DE RICHTINGZIJDE

Het bovenstaande maakt duidelijk waar het professionele handelen het richtingsaspect raakt. De professional gaat niet alleen op de klachten, maar ook op de manier waarop de betrokkene daarmee omgaat. In die manier van omgaan wordt een bepaalde dynamiek zichtbaar. We zijn nu in staat nog een element toe te voegen, namelijk dat die dynamiek vaak gekenmerkt wordt door ambivalentie of zelfs door tegengestelde tendensen. De depressieve patiënt zoekt hulp, maar is tegelijk gedemoraliseerd en verwacht niets van de hulpverlener. De angstige patiënt kan zich niet voorstellen dat ze haar vermijdingsgedrag ooit opgeeft, toch zoekt ze hulp. De kunst van goed hulpverlenerschap bestaat uit het kundig hanteren van deze ambivalenties. Ik denk aan herhaalde uitleg, goede timing, kennismaking met patiënten die dezelfde weg met succes afgelegd hebben, en aan het exploreren waar de angst of demoralisatie precies vandaan komt. Niet zelden komen bij dit exploreren ook allerlei levensbeschouwelijke thema's naar boven.

DE PROFESSIONAL IN DE HULPVERLENINGSRELATIE

Al met al wordt het beeld nu tamelijk complex. De patiënt valt niet met zijn klacht samen, maar verhoudt er zich toe. De professional verhoudt zich tot de klacht c.q. de verschijnselen, maar tegelijk ook tot de manier waarop de betrokkene met die klachten en verschijnselen omgaat. Een professional kan bijvoorbeeld optimistisch zijn ten aanzien van de klachten, maar pessimistisch over hoe de

betrokkene met de klachten omgaat, bijvoorbeeld omdat deze zulke hardnekkige, catastrofale ideeën heeft over de klachten. Die ideeën kunnen zo sterk zijn dat de patiënt geheel in de ban raakt van de angst (of de demoralisatie, de zinloosheid, de schaamte, de haat, de verbittering).

De arts of psychotherapeut kan professionele redenen hebben om deze ban te doorbreken: ervaringen met andere patiënten bij wie dat is gelukt, een bepaalde visie op wat er aan de hand is, geloof dat de gewone professionele middelen zullen werken of op zijn minst een kans verdienen. Tot zover is alles nog betrekkelijk overzichtelijk.

Ingewikkelder wordt het als we ons realiseren dat de arts of psychotherapeut ook een professional is die op professionele wijze de professionele rol hanteert; en tegelijk een mens die iets vindt van die professionele rol en de mogelijkheden ervan. Zo kunnen er spanningen ontstaan tussen de visie op professionaliteit zoals die hier is verdedigd (professioneel handelen primair moreel bepaald door beginsel van weldoen) en een door economische, juridische of sociale omstandigheden opgedrongen model van professionaliteit dat daarvan sterk afwijkt (de professional als louter functionaris in een organisatie; of als leverancier van DBC's). Dit is bepaald geen theorie, denk bijvoorbeeld aan het rapport 'Beroepszeer' van het wetenschappelijk bureau van het CDA en aan de leegloop van het door de overheid gefinancierde deel van de Amerikaanse psychiatrie toen de zgn. 'managed care' van kracht werd. Er kan echter ook een oneigenlijke spanning ontstaan omdat de professional niet genoeg heeft aan de (legitieme) professionele rol en meer voor de patiënt wil zijn dan die rol toestaat. Ook dit is zoals bekend geen uitzondering en kan in de praktijk leiden tot ongelukken.

Kan de professional met de patiënt de mogelijkheden en beperkingen van de beroepsrol bespreken? In het algemeen denk ik wel. Maar er ligt hier wel een duidelijke grens, namelijk waar de professional de patiënt zou kunnen gaan belasten met persoonlijke sores. Als de professional emotioneel zwaar tilt aan de kloof tussen wat hij 'als mens' en wat hij 'als professional' met de patiënt kan, is het dunkt me in het algemeen ongewenst hierover openheid van zaken te geven. In het algemeen vinden we deze regel normaal als het gaat om seksu-

ele verlangens, het sluiten van vriendschap of het overnemen van de ouderlijke rol. Ik meen dat het ook geldt voor het religieus 'meer voor iemand willen betekenen' dan de beroepsrol toestaat. Psychiaters en psychotherapeuten zijn geen pastores. De psychiater of psychotherapeut die hier blijvend iets voelt knagen kan beter een ander vak kiezen.

Toch. Er zweemt ook in de legitiem gehanteerde professionele relatie iets door van hoe de professional 'als persoon' zich tot zijn professionele optreden verhoudt. Eigenlijk is dat zelfs voortdurend aan de orde. Meestal impliciet, maar in de kennismakingsfase kan het ook expliciet aan de orde komen. Ik heb de indruk dat patiënten, alvorens met een psychiater of psychotherapeut in zee te gaan, deze juist vaak op dit aspect beoordelen. Het heeft geen zin zich tegen deze 'zweem' te verzetten, maar er liggen hier dus wel grenzen als er eenmaal een behandelrelatie is aangegaan.

In dit zich verhouden tot de eigen rol schuilt niet zelden en ongezoekt ook een religieus element. De psychotherapeut of psychiater die niet terugdeinst voor de ellende van de patiënt en een accepterende houding aanneemt, kan de betrokkene helpen de spoken uit het verleden te verjagen en vrede te sluiten met het eigen bestaan. Psychotherapie is in dit opzicht wel vergeleken met de biecht. Psychotherapie heeft ook met verzoening te maken, een verzoening waarvan de voorafschaduw vaak te zien is in de houding die de psychotherapeut ten opzichte van de cliënt inneemt.

Kortom: in de wijze waarop de professional omgaat met de 'ellende' in het leven van de cliënt wordt ook iets zichtbaar van de eigen houding van de professional en die eigen houding is het resultaat van het hanteren van de beroepsrol in de ik-zelf relatie van de professional als persoon. Explicitering van die ik-zelf relatie is geen onderwerp van discussie als de psychotherapie eenmaal bezig is. Maar voorafgaande aan de therapie kan de cliënt vragen wat hij of zij wil.

CONCLUSIE

Het professionele handelen van de psychotherapeut of psychiater is gericht op herstel van de zieke. Herstel betekent integriteit en die integriteit kan zowel in termen van structuur als in termen van richting worden verwoord. Ik heb een

model geschetst van de geneeskunde als normatieve praktijk. Dit model maakte het mogelijk de verschillende aspecten van het professionele handelen in hun samenhang te beschrijven. Om dit model handen en voeten te geven, hebben we een schets gegeven van hoe herstel van een bepaald aspect van het menselijk functioneren zich laat denken in termen van fundering en ontsluiting. Het richting- en het structuuraspect bleken op een natuurlijke wijze met elkaar verbonden te kunnen worden door uit te gaan van het feit dat mensen zich hoe dan ook tot zichzelf verhouden. Dit zich-tot-zichzelf-verhouden geldt ook voor de professional in het hanteren van de professionele rol.

NOTEN

- ¹ Inmiddels is dit normatieve praktijkmodel ook toegepast in de verplegingswetenschap en in de wereld van onderwijs en opvoeding.
- ² Filosofen denken hier aan Immanuel Kant die aan de zgn. transcendentale ideeën een regulatieve functie toekende. Bij Kant heeft regulatief de betekenis van 'oriënterend op iets aan gene zijde van het kenbare'. In ons betoog heeft het regulatieve aspect eveneens betrekking op oriëntatie op een meer omvattende realiteit en betekenis. Maar anders dan bij Kant slaat het regulatieve bij ons op praktijken en niet primair op kennis. Bovendien gaan we in ons betoog niet uit van de onkenbaarheid van de werkelijkheid zoals die 'op zich' bestaat. Het gaat dus om een hooguit analogisch gebruik van de term.
- ³ In feite is de theorie van de ontsluiting een toepassing op het terrein van de entiteiten ('dingen') van een theorie die Dooyeweerd ontwikkelde op het terrein van de modaliteiten (zijnswijzen; wijzen van functioneren). De zin van een bepaalde zijnswijze (modaliteit) verdiept zich wanneer deze zijnswijze gaat vooruitgrijpen op hoger geordende zijnswijzen. Van gesloten gaat de betreffende zijnswijze of functie zo geleidelijk open. In een gesloten rechtssysteem is het recht bepaald door het 'oog om oog en tand om tand'. In een naar het morele geopende rechtssfeer is de zin van het recht geopend naar rechtvaardigheid. Het recht gaat uitdrukking geven aan morele norm van zorg voor de zwakke.
- ⁴ Het voorbeeld – openheid die nog wat anders is dan goed luisteren – laat overigens ook zien dat het een in het ander overgaat: openheid voor de 'hele' persoon vooronderstelt het vermogen te luisteren en goede luisteraars hebben een beeld van de hele persoon. Hetzelfde geldt van bijvoorbeeld toewijding; deze kan een karaktertrek van de hulpverlener zijn (structuur), maar evengoed een kenmerk dat het hele optreden van de hulpverlener doortrekt. Een van de aantrekkelijke kanten van het competentie begrip is dat het zowel deze structuurkant omvat als een aspect van richting. 'Overgangen': het verschijnsel angst kan zowel naar zijn structuurkant (concrete verlatingsangst) als naar de richtingkant (verlating als bestaansthema) worden bestudeerd. De beschreven verschijnselen vertonen kenmerken van beide.
- ⁵ Ik overdrijf hier natuurlijk en weet zelf ook wel dat de praktijk gemengder is en het zelden zo is dat artsen menen dat wat zij doen helemaal niets met ethiek te maken heeft. Ik gebruik de overdrijving om duidelijk te maken hoe het normatieve praktijkmodel in discussies ingezet kan worden.
- ⁶ Met 'vaag hermeneutisch of postmodern concept van het beroep' doel ik op opvattingen die zeggen dat het de arts of psychotherapeut toch eigenlijk vooral om de reconstructie van het verhaal of de constructie van de ziekte te doen is (los van wat er feitelijk in het lichaam aan de hand is).
- ⁷ Nog verder gaat de opvatting dat men als arts opereert om te opereren. Deze opvatting maakt de techniek een doel in zich, ze geeft de techniek een regulatieve status (beheersen om te beheersen). Het is echter precies omgekeerd. Het opereren is niet iets op zich, maar het vehikel om een bepaalde morele waarde te realiseren.
- ⁸ Nog iets preciezer is het om te zeggen dat het wel doen een overkoepelende regulatieve notie is die zicht geeft op de morele kwaliteit van de arts-patiënt verhouding.
- ⁹ Een ingewikkelder punt is de vraag of het zelfbeschikkingsrecht misschien ook meer is dan alleen een juridisch recht; of het niet ook uitdrukking is van een visie op de mens en of die visie niet op een of andere manier mee moet spelen in de discussie over de plaats van het zelfbeschikkingsrecht in de gezondheidszorg. Ik kan de discussie hierover niet tot op de bodem voeren. Zoveel is duidelijk dat het normatieve praktijkmodel ons in staat stelt deze dimensie van de discussie over autonomie en zelfbeschikking aan de orde te stellen. Het model doet wat het moet doen: duidelijkheid scheppen waar een discussie thuis hoort. Maar men mag van het model geen oplossingen verwachten. De discussie over zelfbeschikking als antropologisch ideaal zal gevoerd moeten worden op het vlak waarop de discussie gevoerd moet worden: in de filosofie van de geneeskunde, in de filosofie in het algemeen, in de interdisciplinaire ruimte tussen filosofie, geneeskunde, theologie en psychologie, en in bijdragen vanuit de samenleving.
- ¹⁰ De herneming van deze discussie biedt ook gelegenheid iets recht te zetten: in het genoemde artikel (Glas, 1993) maakte ik gebruik van Dooyeweerds antropologische model dat is opgebouwd uit vier deelstructuren (fysisch, biotisch, psychisch en handelings-). Maar de terminologie die ik gebruikte voor de relatie tussen die deelstructuren ontleende ik aan Dooyeweerds theorie van de modaliteiten (of: zijnswijzen): anticipatie (vooruitgrijpen op een hogere modaliteit of zijnswijze) en retrocipatie (terugrijpen op een lagere modaliteit

of zijnswijze). Dooyeweerd gebruikt de termen anticipatie en retrocipatie echter zelf niet in de context van entiteiten of deelstructuren. Is dit belangrijk? Voor de weergave van Dooyeweerds inzichten wel. Voor het overige is er tot de dag van vandaag in reformatorisch wijsgerige kring discussie over de vraag of de antropologie de hele analyse in termen van deelstructuren wel nodig heeft en of ze niet kan volstaan met een idee van de (hele) mens die functioneert in allerlei aspecten (zijnswijzen). Vanwege deze lopende discussie ga ik in de hoofdttekst uit van een sterk versimpelde en naar mijn eigen hand gezette versie van de Dooyeweerdiaanse antropologie. In die versie ligt meer nadruk op het feit dat de mens zich tot zichzelf verhoudt.

¹¹ Voor een uiteenzetting over hoe het functioneren van de hersenen vanuit de structuurleer van Dooyeweerd gezien kan worden zie Glas (1996; 2002).

¹² Een belangrijk thema voor de systeemfilosofie is hoe men het systeem zelf, dat wat de zaak 'bij elkaar houdt' (de 'glue', het 'cement'), benoemt. Dat wat de zaak bij elkaar houdt moet niet zelf op een bepaald systeemniveau te beschrijven zijn, want anders valt de hele onderneming in duigen en wordt de systeemfilosofie alsnog reductionistisch. In dat geval wordt alles immers uiteindelijk toch weer herleid tot één bepaald systeemniveau. Dit probleem doet zich bijvoorbeeld voor bij Kauffman (1993) die het principe van 'zelforganisatie' ten grondslag ziet liggen aan het systeem. Omdat zelforganisatie vooral in wiskundige termen wordt beschreven staan we voor de vraag of er bij Kauffman geen sprake is van reductie van alle bestaande tot een wiskundige kern. Bij Maturana en Varela (1980) doet zich hetzelfde voor, als zij het principe van 'autopoiesis' (een Griekse term voor '[zich]zelf maken') aanwijzen als dat wat het systeem tot systeem maakt. Vanuit het bovenstaande kan men begrijpen waarom Dooyeweerd altijd heeft geweigerd het 'zijn van het zijnde' te definiëren en niet verder ging dan te zeggen dat alles bestaat 'als zin', dat wil zeggen als verwijzend naar een uitdrukking van de relatie met de Schepper.

¹³ Als we dit goed tot ons laten doordringen gaat het ziektebegrip schuiven. Is de tweede orde demoralisatie meer dan een reactie op de stoornis en behoort ze zelf tot de stoornis? Als dat het geval is, dan is de depressie meer dan alleen een toestand waarin de patiënt verkeert; dan hoort bij de depressie ook een bepaalde wijze van zich-tot-zichzelf-verhouden.

LITERATUUR

- Glas, G. (1993). Psychotherapie in het spanningsveld tussen professionaliteit en normativiteit. *Psyche en Geloof*, 4, 2-18.
- Glas, G. (1996). De mens. Schets van een antropologie vanuit reformatorisch wijsgerig perspectief. In: R. van Woudenberg, *Kennis en werkelijkheid*. Buijten & Schipperheijn/Kok: Amsterdam/Kampen, pp. 86-142.
- Glas, G. (2001). *Angst – beleving, structuur, macht*. Amsterdam: Boom.
- Glas, G. (2002). Churchland, Kandel, and Dooyeweerd on the reducibility of mind states. *Philosophia Reformata*, 67, 148-172.
- Glas, G. (2006). Persons and their lives. Reformational Philosophy on Man, Ethics, and Beyond. *Philosophia Reformata*, 71, 31-57.
- Hortulanus, R., A. Machielse & L. Meeuwesen (2003). *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. 's Gravenhage: Elsevier Overheid.
- Jochimsen, H. & G. Glas (1997). *Verantwoord medisch handelen. Proeve van een christelijke medische ethiek*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn.
- Kauffman, S.A. (1993). *Origins of order. Self-organization and selection in evolution*. New York: Oxford University Press.
- MacIntyre, A. (1981). *After virtue. A study in moral theory*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Maturana, H.R. & F.J. Varela (1980). *Autopoiesis and cognition: the realization of the living*. Dordrecht: Reidel.
- Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Basic Books.