

3-2005

HAPTONOMISCH **HC** CONTACT

Nr. 3 - 14^e jaargang - September 2003

Het risico van verschil

Heldere lichten

De haptonomische bevalling

Afscheid van de dood

ELECTRO MEDICO

HAPTONOMIE BEHANDELBANKEN

Ontwikkeld in samenwerking met de haptonoom. **Compleet** geleverd met speciaal matras. De uitvoeringen zijn:

Standaard uitvoering,
2-dlg verstelbaar 80 cm breed



Art.nr. 1960 € 995.00



ELECTRO  MEDICO

Electro Medico Nederland bv
Pr. Marijkestraat 4 - 8
2404 BC Alphen a/d Rijn
Tel. 0172 - 47 50 41
Fax 0172 - 49 17 28
E-mail: info@electromedico.nl

Namens de redactie Pagina 5

Wim Laumans

Colofon Pagina 5

Discussie: In levende lijven Pagina 6

Tonja van den Ende

Heldere lichten - a Celebration of talent Pagina 16

Wim Laumans

**Haptonomische zwangerschapsbegeleiding
als eerste ervaring met haptonomie** Pagina 17

Maroeska Dorrestijn

Oprichting VHZB Pagina 20

De haptonomische bevalling Pagina 21

Wim Laumans

Najaars bijeenkomst VHZB Pagina 22

Uit de oude doos: Pagina 23

Afscheid van de dood (1977)

Wat u ook van ons vindt Pagina 34

Mia van Luttervelt en Paulien Pinksterboer

“..IK BEN THERAPEUT ! ”

FysioLogic voor:

fysiotherapie
kinderfysiotherapie
manuele therapie
oefentherapie
acupunctuur
homeopathie
podologie
logopedie

De druk om te automatiseren neemt steeds meer toe: er worden steeds hogere eisen aan uw administratie gesteld !

Het gaat hierbij om de facturering aan zorgverzekeraars, patiënten-administratie, beroepsinhoudelijke en financiële administratie.

Deze bedrijfsmatige kant is voor velen een opgave. De zorg voor patiënten wordt als eerste beroepsmatig handelen gezien en de daaruit voortvloeiende administratie gebeurt meestal in de vrije tijd.

Wij (LogicData) weten al meer dan twintig jaar om welke administratieve taken het gaat en welke problemen daarbij om de hoek komen kijken. Al die jaren hebben wij samen met uw collega's aan de software van een geautomatiseerde administratie gesleuteld en dat heeft geleid tot het meest doordachte pakket wat er te krijgen is. Het is bekend onder de naam "FysioLogic".

Er wordt letterlijk elke werkdag aan FysioLogic gewerkt, zodat het pakket volledig up-to-date blijft.

Het programma is daardoor zó simpel en zó gebruiksvriendelijk geworden dat er geen handboek of cursus voor nodig is om er mee om te gaan.

R.Linkers de oprichter van Logic data.
Dit jaar bestaat het bedrijf inmiddels 25 jaar.



ALS U TOCH MOET AUTOMATISEREN...

HOUD HET DAN VOORAL SIMPEL

(en wees daarbij zuinig op uw vrije tijd!)

**U kunt vrijblijvend een demonstratie aanvragen.
Uiteraard kunt u ook bellen voor meer informatie.**

Aluminiumstraat 90
(Lansinghage)
2718 RA Zoetermeer
tel: 079 - 361 76 90
fax: 079 - 361 82 95
website: www.logicdata.nl
E-mail: info@logicdata.nl



LOGIC DATA

ADVIES- EN AUTOMATISERINGSBUREAU B.V.

Namens de redactie

Wim Laumans

COLOFON

Uitgave

Stichting Haptonomisch Contact
KvK Utrecht 30181509
ISSN 0929-7723

Voorzitter Stichting

Paulien Pinksterboer, tel. 0251-210707
psharpink@hotmail.com

Redactie

Wim Laumans, tel. 035 6561690
w.p.claumans@freeler.nl
Mia van Luttervelt, tel. 070 3500019
mvanlutt@fysionet.nl

Redactieadres

d'Aumeriestraat 49
2586 XM Den Haag
mvanlutt@fysionet.nl

Abonnementen administratie

Riet Barto
De Otter 29
7414 HZ Deventer
tel. 0570 643875
haptonomischcontact@hotmail.com

Geldzaken en advertenties

Inlichtingen & tarieven via:
Leni Guddé, tel. 0343 533091
lenigudde@hetnet.nl

Projectbegeleiding

Van der Veer,
Grafisch Intermediair, Blaricum

Prijs

Euro 27,50 per jrg. voor 4 nrs.

Inleverdatum kopij

24 oktober 2003

Losse nummers verkrijgbaar na overmaking van € 9 op bankrekeningnr. 62.92.88.194 t.n.v. Stichting Haptonomisch Contact te Driebergen-Rijsenburg. (Studenten)kortingen zijn onder bepaalde voorwaarden mogelijk na overleg met penningmeester Leni Guddé (zie bij advertenties).

© Alle rechten voorbehouden. Overname van artikelen alleen na schriftelijke toestemming. Bij plaatsing na toestemming van de redactie dient Haptonomisch Contact te allen tijde als bron vermeld te worden.

Opnieuw zijn wij blij u dit nieuwe nummer van Haptonomisch Contact te kunnen presenteren.

Allereerst omdat wij het artikel *In levende lijven – Het risico van verschil* van Tonja van den Ende mochten overnemen uit het Tijdschrift voor Humanistiek, 6e jaargang, oktober 2001. Tonja is in 1999 gepromoveerd op het werk van Luce Irigaray, een filosofe en psychotherapeute die zich bezighield met het lichaam als bezielde lichamelijkheid in de filosofie. De overeenkomsten tussen het werk van Irigaray en de haptonomie vind ik ronduit treffend, vandaar.

Op de tweede plaats biedt het mij de mogelijkheid mijn mederedactielid Mia van Luttervelt in het zonnetje te zetten. Zij is namelijk met 26 andere afgestudeerden uitgekozen voor een tentoonstelling Heldere Lichten en een fotoboek *A celebration of talent* door de jubilerende Erasmus Universiteit Rotterdam. Voor de haptonomie is zij belangrijk, omdat zij als eerste in Nederland is afgestudeerd op grondslagenonderzoek van de haptonomie met een doctoraalscriptie 'Bevestigend aanraken – een filosofisch onderzoek van de haptonomie' (1997). Het is haar verdienste dat zij het begrip 'ethische raakbaarheid' uit het werk van de franse filosoof Emmanuel Levinas introduceert in de haptonomie. Verder doet het mij genoegen Maroeska Dorrestijn als nieuwe redactiemedewerkster te kunnen voorstellen met het artikel '*Haptonomische zwangerschapsbegeleiding*' als eerste ervaring met haptonomie. Nog meer over haptonomische zwangerschap vindt u in de oprichting en de najaarsbijeenkomst van de vereniging haptonomische zwangerschapsbegeleiders. In '*De haptonomische bevalling*' praat ik met Frans Veldman over een film en onderzoek over dit onderwerp. Tenslotte vind u in de rubriek 'Uit de oude doos' mijn scriptie '*Afscheid van de dood*'.

Erratum:

Namens de organisatie van het Landelijke Haptonomie Congres ontvingen wij van Laurens de Kleine, directeur van de Academie voor Haptonomie, het volgende persbericht: In de tekst van de folder met betrekking tot het Landelijk Haptonomie Congres is helaas een storende fout geslopen. Het moge duidelijk zijn dat de enige grondlegger van de Haptonomie Frans Veldman is en dat de suggestie dat er meerdere grondleggers zijn incorrect is. De redactie sluit zich graag bij deze verklaring aan, daar wij als redactie het oorspronkelijke persbericht ongewijzigd hebben overgenomen.

Discussie: In levende lijven *Het risico van verschil*

Tonja van den Ende

*Dit artikel is met welwillende toestemming overgenomen uit het Tijdschrift voor Humanistiek
Nr 6, jaargang 2, oktober 2001*

Verschillen tussen mensen worden steeds belangrijker in hedendaagse westerse samenlevingen. De mensen die er wonen vertonen een grote onderlinge diversiteit. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan verschillen in levenbeschouwelijke en religieuze overtuigingen, in levensstijlen, in etniciteiten, in seksuele voorkeuren en samenlevingsvormen en in het belang dat mensen al dan niet hechten aan de eigen culturele achtergrond en aan manvrouwverschillen. Dergelijke verschillen, die mensen als belangrijke aspecten van hun identiteiten kunnen ervaren, hebben consequenties voor de manieren waarop zij hun levens vormgeven.

Maar er zijn ook vele verschillen die mensen als onrechtvaardig, als beperkend en als discriminerend beleven. Denk bijvoorbeeld aan verschillen in welvaart, in toegang tot de arbeidsmarkt en in gezondheid. Ook deze verschillen zijn van invloed op de wijze waarop mensen hun leven inrichten en worden meestal niet als belangrijk aspect van de eigen identiteit ervaren maar eerder als een beperking daarvan.

Het thema 'verschil' is daarom iets wat we niet zonder meer kunnen toejuichen en wat we kritisch onder de loep moeten nemen. Vandaar de vraag die ik opwerp in mijn boek: welke verschillen moeten er wel en welke mogen er niet toe doen ?

Om met elkaar tot een antwoord op deze vraag te kunnen komen, is het volgens mij nodig om stil te staan bij de relatie tussen identiteiten en verschillen: welke verschillen kunnen mensen als belangrijke aspecten van hun eigen identiteit beschouwen en welke verschillen ervaren zij eerder als een belemmering daarvan? En om de relatie tussen identiteit en verschil te kunnen verhelderen, zo is steeds de leidende intuïtie bij mijn onderzoek geweest, is het nodig om na te denken over de rol die lichamelijke daarin speelt.

Lichamelijkeheid en verschil

Lichamelijkeheid is een thema dat maar door weinig westerse filosofen serieus is genomen. De meeste filosofen uit deze traditie beschouwen lichamelijkeheid en het lichaam als datgene wat intellectuele ontplooiing en rationaliteit belemmert. Zij theoretiseren over de mens, het subject, de burger, alsof het een lichaam en geslachtloos wezen betreft.

Maar niet alleen binnen de filosofie is lichamelijkeheid lange tijd onbelicht gebleven. Ook in de feministische theorievorming, die zich bij uitstek richt op verschillen tussen mensen, is het lichaam lange tijd verdacht geweest en is het dat voor velen nog steeds. En dat is ook niet zo verwonderlijk. Eeuwenlang zijn vrouwen gediscrimineerd op grond van hun lichamelijke anderszijn

dan mannen. Lichamen van vrouwen zijn misbruikt, tot lustobject gemaakt en aan vrouwen is op grond van hun lichamelijke met grote regelmaat psychische, fysieke en emotionele zwakte toegeschreven. De vrees voor aandacht voor het lichaam in het denken over man/vrouwverschillen is niet ongegrond. Hetzelfde gaat op voor het denken over etnische verschillen. Zo lang deze louter geduid worden in termen van lichamelijke verschillen, ligt racisme op de loer. Kortom, de relatie tussen lichaam en verschil kan altijd weer worden aangegrepen om discriminatie te funderen en rechtvaardigen: de identiteit van degene die gediscrimineerd wordt, wordt dan opgevat als volledig bepaald door een lichamenlijk kenmerk. Om dit te voorkomen, is uit veel theorievorming over verschillen het lichaam 'weggefilterd'. Deze wegfiltering van het lichaam uit het denken over verschillen is begrijpelijk, maar is in mijn ogen ook te betreuren. Want onze lichamen zijn ook bronnen van lust, plezier, contact, creativiteit en relaties met anderen én ze zijn locaties van verschillen.

Mensen verschillen lichamenlijk van elkaar op een manier die onophefbaar is. Zelfs een identieke tweeling verschilt van elkaar alleen al doordat ieders lichaam beiden op van elkaar verschillende plaatsen situeert. Dit lichamenlijk van elkaar verschillend zijn is onophefbaar in de zin dat niemand van ons samenvalt met welke ander dan ook. Er is daarom, alleen al op grond van ons belichaamd zijn, sprake van een radicale alteriteit of verschil tussen mij en de ander.

Onze belichaming brengt ook andere verschillen met zich mee. Hoewel hedendaagse technologische en medische ontwikkelingen een vergaande maakbaarheid van ons lichaam lijken te impliceren, kan ik niet alles zijn en niet alles doen wat ik zou willen. De begrenzing die mijn lichaam met zich meebrengt, betekent niet alleen dat ik nooit samenval met een ander, maar ook dat mijn keuzemogelijkheden beperkt zijn en mijn bestaan eindig is. Tegelijkertijd brengt mijn lichaam met zich mee dat ik voortdurend groei, verander, in ontwikkeling ben en vandaag niet langer dezelfde ben als een aantal jaren geleden. Het lichaam is niet statisch, maar veranderlijk. Om deze redenen is het lichaam één van de locaties van verschillen: van verschillen tussen mij en een ander, tussen dat wat ik kan doen en dat wat ik wil doen, tussen dat wat ik kan zijn en dat wat ik wil zijn en tussen wie ik nu ben en wie ik volgend jaar zal zijn, met andere woorden: van verschillen tussen individuen en van verschillen binnen één individu. Dit soort verschillen komt niet alleen tot uitdrukking in ons denken, maar wordt ook in, aan en met het lichaam beleefd en maakt deel uit van onze persoonlijke identiteit.

In mijn proefschrift heb ik onderzocht hoe de samenhang tussen persoonlijke identiteit, lichamenlijkheid en verschillen begrepen en verhelderd kan worden. Met deze verheldering heb ik een bijdrage willen leveren aan het denken over en praktiseren van het goede samenleven waarin ruimte en respect is voor verschillen die mensen als belangrijk onderdeel van hun identiteiten ervaren en waarin verschillen die mensen als beperking ervaren, ter discussie gesteld kunnen worden. Om tot deze verheldering te komen, doe ik een beroep op het werk van de Franse filosofe, linguïste en psychoanalytica Luce Irigaray.

Luce Irigarays project is dat van de seksuele differentie. Zij concentreert zich in haar oeuvre op de verschillen tussen mannen en vrouwen op zowel lichamenlijk, als cultureelmaatschappelijk, als

imaginair, als symbolisch niveau. Zij houdt zich niet tot nauwelijks bezig met andere verschillen, zoals bijvoorbeeld etnische verschillen. Daarom is haar werk meestal afgedaan als niet interessant voor en zelfs als discriminerend ten opzichte van het doordenken van andere verschillen. Maar hoe langer ik mij verdiepte in haar werk, hoe meer ik ervan overtuigd raakte dat het tegendeel het geval is. Luce Irigaray doordenkt als geen ander de verwevenheid tussen persoonlijke identiteiten, lichamelijkheid en manvrouwverschillen. En deze verwevenheid, zo laat ik in mijn boek zien, kan heel goed vruchtbaar gemaakt worden voor het begrijpen van en leven met ook andere verschillen. En dat is in mijn ogen het grote belang van haar oeuvre. Daarom heb ik mijn onderzoek op de volgende wijze opgebouwd. Eerst geef ik antwoorden op de vragen: hoe maakt lichamelijkheid volgens Luce Irigaray deel uit van persoonlijke identiteiten? Hoe is seksuele differentie volgens haar deels belichaamd? Hoe kunnen wij onze persoonlijke relaties volgens haar zodanig vormgeven dat zij recht doen aan seksuele differentie? Vervolgens laat ik zien hoe deze antwoorden uitgebreid kunnen worden naar andere dan manvrouwverschillen. Daarbij heb ik steeds het accent gelegd op het lichaam en op lichamelijkheid. In de eerste plaats omdat lichamelijkheid verschillen met zich meebrengt, zoals ik hiervoor al aangaf. In de tweede plaats omdat mogelijke invullingen van het goede samenleven volgens mij in de kern draaien om de vraag: wat betekent het voor mij en voor jou om goed te leven én hoe doen we dat samen? Het goede samenleven heeft, met andere woorden, betrekking op de manier waarop een persoon zich tot zichzelf en tot anderen verhoudt. En deze verhouding kan volgens mij niet goed gedacht, en zeker niet geleefd worden, als lichamelijkheid daar niet bij betrokken wordt. Daarom vind ik het een gemiste kans dat in veel filosofische en in veel feministische theorievorming het lichaam buitenspel wordt gezet.

In de hedendaagse theorievorming zijn in mijn ogen twee gebieden aan te wijzen waar het denken over verschillen het meest radicaal op de agenda is gezet: de Franse filosofie en de feministische theorievorming. Luce Irigarays oeuvre valt onder beide gebieden, maar alleen in de feministische theorievorming is er sprake van een receptie van en discussie over haar werk. Daarom ga ik, in mijn tweede hoofdstuk, in op deze discussie.

Zoals gezegd is theorievorming over het lichaam door feministes lange tijd als verdacht beschouwd. Dit kan gezien worden als een erfenis van de tweede feministische golf.

Vertegenwoordigers daarvan uiten vergaande en terechte kritiek op de symbolische tweedeling in de westerse cultuur die lichamelijke en emotionele kenmerken vooral aan vrouwen toeschrijft en rationale en geestelijke kenmerken aan mannen. Theorievorming over het lichaam beschouwen zij als een bevestiging van deze tweedeling, die opnieuw vrouwelijkheid onlosmakelijk zou verbinden met lichamelijkheid. Omdat Luce Irigaray zich zo duidelijk bezighoudt met lichamelijkheid, is haar werk op veel weerstand gestuit en is het vaak als stereotyperend van de hand geweest. Maar het is juist, zo laat ik in mijn boek zien, deze tweedeling tussen kortweg mannelijkheid en rationaliteit enerzijds en vrouwelijkheid en lichamelijkheid anderzijds die Luce Irigaray in haar oeuvre voortdurend aanvecht. Dit doet zij in mijn ogen het meest verstrekkend in haar lezing van de grotmetafoor van Plato (in Luce Irigaray 1974), die ik in mijn vijfde hoofdstuk behandel.

De grotmetafoor van Plato is voor Luce Irigaray één van de oerverhalen van de westerse cultuur, waarin een lage waardering van het lichaam en alles wat daarbij hoort tot uitdrukking komt. Sinds Plato zijn uit de westerse filosofie enkele uitzonderingen daargelaten thema's geweest die met lichamelijke samenhangen, zoals sterfelijkheid, ziekte, verval, emoties, irrationaliteit, seksualiteit en dergelijke. Daarmee heeft de filosofie zich, aldus Luce Irigaray, afgekeerd van alles wat het menselijke leven zo typeert. Zij noemt Plato's metafoor dan ook wel een grafrede, een filosofie die zich aan de kant van de dood schaaft. Een filosofie die zich daarentegen wil bekommeren om het goede samenleven, zal zich juist over deze thema's moeten buigen. Dat is wat Luce Irigaray tracht te doen in haar lezing van Plato's metafoor en van andere filosofische teksten. Zij legt het accent op thema's die in de metafoor worden uitgesloten. In de psychoanalyse wordt dit proces van uitsluiting wel 'afsplitsing' genoemd: dit concept betekent in de psychoanalyse dat delen van het zelf op anderen worden geprojecteerd. Volgens Freud komt deze vorm van projectie voort uit afweer of verdringing. Wat als pijnlijk wordt beschouwd aan het zelf wordt aan een ander toegeschreven. Na die toeschrijving worden de ontoelaatbare gevoelens waargenomen als veroorzaakt door de ander. Met andere woorden: het toeschrijven van laag gewaardeerde kenmerken aan anderen of groepen anderen kan begrepen worden als een projectie die voortkomt uit angst voor de manier waarop die kenmerken deel uitmaken van onszelf. De laag gewaardeerde aspecten worden aan 'anderen' toegeschreven wat een vorm van discriminatie is die haar uitdrukking kan vinden in concrete agressie.

Deze opvatting gebruikt Luce Irigaray in haar analyse van de grotmetafoor. Zij laat zien dat aan de Ander (de vreemdeling, de barbaar, de vrouw) eigenschappen worden toegeschreven die herinneren aan lichamelijke. De filosoof is door deze afsplitsing imaginair verschoond van de gevreesde kenmerken van het menselijke bestaan, zoals ziekte, vergankelijkheid, sterfelijkheid, begrenzing, beperking en emotionaliteit. Deze zijn dan ook tot op heden uit de meeste filosofische theorieën geweest.

Vervolgens past Luce Irigaray een psychoanalytische techniek toe op de grotmetafoor om de zogenaamde afgesplitste delen erin terug te brengen. Dit is de techniek van de wederzijdse overdracht. In de psychoanalytische praktijk betekent overdracht heel algemeen gesteld de onbewuste projectie van gevoelens en verlangens op de *analyticus/analytica*. Dit gebeurt veelal door deze te identificeren met een belangrijke persoon uit het eigen verleden (meestal de vader of de moeder). De *analytica/cus* dient als plaatsvervanger voor die persoon, wordt de imaginaire Ander. In de analyse kan de analysant met behulp van overdracht oude verdrongen angsten, verlangens, trauma's en dergelijke herhalen en ze doorwerken ('ducharbeiten' in Freud's terminologie). Verliefdheid op de *analyticus/ca* is hiervan een bekend voorbeeld. De 'tegenoverdracht' verwijst naar de, vaak onbewuste reactie van de *analyticus/analytica* op de overdracht van de analysant.

Luce Irigaray spreekt in dergelijke situaties liever niet van tegenoverdracht, maar van wederzijdse overdracht. Het gaat haar daarbij niet alleen om de reactie op de overdracht van de analysant (de overdracht), maar om het feit dat een *analyticus/ca* altijd een eigen imaginaire (dat wil zeggen, deels onbewuste fantasieën, angsten, verlangens, verbeeldingen, woede, agressie, projecties en

dergelijke) in het spel brengt. De analyticus is niet neutraal, zo benadrukt zij, maar is als mens aanwezig. Het imaginaire van de analytica/cus moet daarom volgens haar niet buiten de analyse gehouden worden, maar juist ingebracht worden omdat volgens haar pas dan sprake is van wederkerigheid.

En deze wederkerigheid is nodig om een dialoog op gang te brengen. Want als de analytica/cus slechts als een leeg projectiescherm dient – waarop de analysant oude beelden kan afspelen – dan wordt er volgens Luce Irigaray niets uitgewisseld en blijft de analyse steken in een monoloog van de analysant. In dat geval biedt de analyse geen ruimte voor een gemeenschappelijk proces en voor gezamenlijke creaties. Daarbij zal steeds gezocht moeten worden naar een balans tussen ‘nabijheid en distantie’. Daar zijn van tevoren geen eenduidige normen over op te stellen, omdat iedere relatie tussen twee personen, of dit nu een therapeutische relatie is of niet, weer uniek is. Luce Irigarays analyse van filosofische teksten kan, zo betoog ik, ook in termen van een wederzijdse overdracht begrepen worden. Dat wil zeggen dat zij als analytica, aan Plato en andere filosofen niet alleen hun imaginaire teruggeeft – als een projectiescherm, dat zelf onberoerd blijft. Zij brengt in haar lezing ook haar eigen imaginaire in om zo tot het scheppen van nieuwe verbeeldingen, fantasieën en betekenissen te komen.

Een machine om libido te produceren?

Om nu terug te keren naar de feministische kritiek op Luce Irigaray: het is net zo dat zij opnieuw een verband legt tussen alleen vrouwen en lichamelijkeheid. Waar zij daarentegen voor pleit, is de identiteiten van mensen opnieuw te doordenken vanuit dat wat hun alledaagse leven typeert.

Lichamelijkeheid is daar een belangrijk deel van, niet alleen van de levens van vrouwen, maar ook van de levens van mannen. Daarom bekritiseert zij niet alleen de westerse filosofische traditie die lichamelijkeheid veronachtzaamt, maar ook de psychoanalytische traditie.

De psychoanalyse is door één van haar eerste cliënten aangeduid als ‘praatkuur’ (Zie Van den Ende 1999:68). Deze aanduiding geeft zowel de sterke als de zwakke kant van de psychoanalyse als therapievorm aan. De sterke kant is dat praten over traumatische, veelal verdrongen situaties veel mensen kan helpen bij het verwerken ervan. Het is dan ook een breed ingeburgerde therapievorm. Wat Luce Irigaray daarnaast vooral trekt in de psychoanalytische praktijk, is dat deze ruimte biedt aan angsten, verlangens, fantasieën, dromen en dergelijke die elders nauwelijks ruimte krijgen. De zwakke kant ervan is echter dat de psychoanalyse een hoge mate van verbale begaafdheid veronderstelt én dat de nadruk zo ligt op dat wat in taal uitgedrukt kan worden.

Dit blijkt ook uit de setting van de klassieke psychoanalytische praktijk. Degene die in analyse is, de analysant, ligt op een sofa en de analyticus of analytica zit erachter. Er is geen oogcontact, er is geen lichamen contact (bijvoorbeeld het vasthouden van iemands hand, of een arm om een schouder van iemand die veel verdriet heeft), degene die in analyse is praat vrijwel uitsluitend en de analyticus spreekt zo min mogelijk.

Volgens Luce Irigaray is het in de eerste plaats weliswaar zo dat de analysant die naar het plafond staart vrijer kan associëren, maar deze associaties hebben volgens haar vooral betrekking op het verleden. Voor de productie van nieuwe betekenissen, in het hier en nu en in relatie tot de ander, is

deze setting niet geschikt. In de tweede plaats kunnen in deze encenering de lichamelijke symptomen nauwelijks tot uitdrukking komen. Liggend op de sofa kan bijvoorbeeld ook veel moeilijker uitdrukking gegeven worden aan woede. In de derde plaats roept het verzoek 'om te gaan liggen' bij een vrouw – en zeker bij een seksueel getraumatiseerde vrouw – heel andere associaties op dan bij een man.

Daarom zegt Luce Irigaray over deze nadruk op het gesproken woord:

'(...) we moeten de psychoanalytische praktijk en theorie ter discussie stellen als methodes die veronderstellen dat de zintuiglijkheid, het gevoelsleven, de seksualiteit, de relaties met ouders, en de individuele en collectieve geschiedenis zich kunnen vertalen in woorden. De psychoanalyse onderwerpt het lichaam aan vormen die er vreemd aan zijn, en die ook geen uitdrukking geven aan de kleuren, de geluiden, de sensibele dimensies ervan, en zij doet alsof zij zo genezing kan bieden.' (Irigaray 1987:175)

Om recht te doen aan de overvloed aan betekenissen die ieder in, aan en met het lichaam, zowel alleen als in relatie tot anderen, ervaart en die niet restloos in een verhaal kunnen worden vertaald, is volgens Luce Irigaray in een therapeutische relatie, maar ook in andere relaties het volgende nodig. De uitwisselingen tussen mensen zullen plaats moeten geven aan en opnieuw doordacht moeten worden met het oog op de lichamelijke van beiden. Daarom stelt zij, niet alleen in haar teksten over de psychoanalytische praktijk, maar ook in haar teksten over andere verhoudingen, een aantal gebaren of gestes voor die de betrokkenheid op de lichamelijke van ieder vergroten. Eén zo'n gebaar is de liefkozing. Deze kan bijvoorbeeld in een vriendschaps-of liefdesrelatie de vorm aannemen van een streling. Maar 'de liefkozing' staat ook voor het gebaar van het bieden van een luisterend oor, het aankijken van de ander, elkaar (be)roeren, de troostende arm om een schouder. Dergelijke gebaren zijn niet inwisselbaar met gesproken woorden.

Naast dergelijke gebaren doet Luce Irigaray ook voorstellen voor het anders vormgeven van de analyse. Zo doet zij de suggestie om analysanten te laten schilderen, omdat dromen zo'n belangrijk onderdeel uitmaken van de analyse. Schilderen biedt meer mogelijkheden om de vormen en kleuren van bijvoorbeeld dromen uit te drukken dan woorden. Ook moet ik op dit punt denken aan de wijze waarop raadsman en –vrouwen nogal eens gebruik maken van gedichten. Deze zijn weliswaar ook verbaal, maar bieden door de mogelijkheid tot associaties veel meer ruimte aan nieuwe betekenissen of verbeeldingen van zaken die wij zo moeilijk in rechtlijnige taal tot uitdrukking kunnen brengen. Zoals duidelijk mag zijn vormt lichamelijke volgens Luce Irigaray een cruciaal onderdeel van de analyse, want zonder lichamelijke kan iemand nooit ten volle verschijnen, of, zoals zij het formuleert, 'het ik is altijd schatplichtig (tributaire) aan de zintuiglijke waarnemingen'. Daarom bekritiseert zij de klassieke psychoanalyse die deze schatplichtigheid niet onderkent.

'(...) het systeem van representaties of betekenaars dat geacht wordt rekenschap te geven van de analytische ervaring is op een vreemde wijze arm aan verbeeldingen van het lichaam: van het bloed en de circulatie, van de lucht en de ademhaling, van de consumptie en het metabolisme van

het voedsel, etc. Welke opvatting, welke visie <op het lichaam>, welke wijze van luisteren heeft de psychoanalyticus? Een dood lichaam? Een puur mechanisch lichaam? Een machine om libido te produceren?' (Luce Irigaray 1985:270)

Een psychoanalyse kent een eigen ethische dynamiek, waarvoor de grondregel volgens Luce Irigaray dezelfde is als die voor andere relaties: de relatie tussen analysant en analytica/cus zou zodanig vorm moeten krijgen dat recht gedaan wordt aan de eigenheid van ieder. Dit betekent respect voor de lichamelijke van ieder en voor de verschillen tussen beiden. Maar er zijn grenzen aan de hoeveelheid lichamelijke die ingebracht kan worden. De grens ligt volgens Luce Irigaray daar waar er sprake is van, wat zij noemt 'nabijheid zonder distantie'. Dit gebeurt het meest duidelijk als er sprake is van een seksuele relatie tussen therapeut en cliënt. De therapeut gaat dan op in de fantasie of verbeelding van de cliënt. Deze nabijheid zonder distantie gaat tegen de ethiek van de analyse in, omdat deze een belangrijk verschil uitwist.. In de analyse hebben beide een verschillende positie. De therapeut wordt betaald voor het werk dat zij/hij doet en is verantwoordelijk voor de voortgang van de analyse op een manier dat de cliënt dat niet is, en heeft een veel machtiger positie. Dit is één van de verschillen tussen beiden die beslist niet uitgewist mogen worden, en door de therapeut bewaakt moeten worden.

Persoonlijke identiteiten

Behalve vanwege haar aandacht voor het lichaam is Luce Irigarays werk ook vanwege haar aandacht voor identiteiten door veel feministes van de hand gewezen. In navolging van Simone de Beauvoir zijn zij van mening dat 'je niet als vrouw geboren wordt, maar tot vrouw wordt gemaakt'. Met andere woorden: de betekenissen die worden toegekend aan vrouwzijn, aan het vrouwenlichaam en aan vrouwelijkheid staan altijd onder invloed van de context waarin men zich bevindt, zoals de cultuur en het tijdperk waarin we leven. Daarom wijzen zij zoiets als een 'vrouwelijke identiteit' van de hand, die alle vrouwen, waar dan ook ter wereld, ongeacht de cultuur en de tijd waarin ze leven, met elkaar zouden delen. Omdat Luce Irigaray zich bezighoudt met identiteiten en seksuele differentie, wordt zij ervan verdacht wel een dergelijke, door alle vrouwen gedeelde identiteit aan te hangen, waardoor ze alle onderlinge verschillen tussen vrouwen, zoals in seksuele voorkeur, in klasse, in leeftijd, in etniciteit, enzovoorts, zou uitwissen. Maar ook dit verwijt, zo laat ik in mijn boek zien, berust op een misvatting. In mijn derde en vierde hoofdstuk werk ik uit hoe Luce Irigaray in discussie met psychoanalytische theorieën een identiteitsbegrip ontwikkelt dat veraf staat van zoiets als een door alle vrouwen gedeelde vrouwelijke identiteit en een door alle mannen gedeelde mannelijke identiteit, die alle onderlinge verschillen uitwist. Zij houdt zich namelijk niet bezig met zo'n groepsidentiteit, maar roept de vraag op wat het voor een concrete vrouw en een concrete man betekent om deze vrouw of deze man te zijn. En daar zijn heel veel uiteenlopende, persoonlijke antwoorden op mogelijk. Zij stelt met andere woorden in haar werk de vraag 'wie ben je?' aan de orde – en dit is de vraag naar een persoonlijke identiteit en naar de manier waarop verschillen persoonlijk geleefd worden. En deze vraag is in mijn ogen uitermate relevant voor het doordenken van vele verschillen.

In mijn derde hoofdstuk werk ik uit hoe de ontwikkeling van persoonlijke identiteiten langs een talige en een lichamelijke component verloopt. Dit houdt in dat een individu een gevoel of idee van 'ik' ontwikkelt, door zich het eigen levensverhaal en het eigen lichaam 'eigen' te maken, dat wil zeggen door deze twee als onlosmakelijk met zichzelf verbonden te beschouwen. De betekenis van mijn verhaal en van mijn lichaam is altijd bemiddeld door de cultuur en het tijdperk waarin ik mij bevind. Dat wil zeggen dat mijn verhaal altijd beïnvloed is door de verhalen die er in mijn cultuur en tijd verteld worden, door de verhalen die anderen over mij vertellen en door de verhalen die anderen over zichzelf vertellen. Daarom is het schrijven van een 'auto'biografie in strikte zin onmogelijk: ik schrijf mijn levensverhaal nooit alleen. Hetzelfde geldt voor mijn lichaam. De betekenis van mijn lichaam is altijd beïnvloed door de lichaams-beelden die in een cultuur en tijd, bijvoorbeeld in de media of de kunst, naar voren worden gebracht; door de betekenis die anderen aan mijn lichaam toekennen; en tot slot door de betekenis die ik aan de lichamen van anderen hecht. Er is daarom in vergaande mate sprake van invloed van de cultuur en het tijdperk waarin je leeft op de betekenissen die je in je identiteit verwerkt. Al deze betekenissen zie ik als draden die tussen een individu en de wereld om hem of haar heen gesponnen zijn. Deze draden zijn op een voor ieder individu unieke wijze met elkaar verknoopt. Sommige knopen verdwijnen in de loop van de tijd, van een aantal knopen zul je nooit weten dat ze er zijn en andere knopen worden pas later gelegd. De persoonlijke identiteit – het identiteitsbegrip waar ik mij in mijn interpretatie op richt – is de unieke samenstelling van knopen. Door deze unieke samenstelling verschilt ieder individu van een ander. Niemand vertelt mijn verhaal op de manier waarop ik dat doe en niemand kan de betekenis van mijn lichaam ervaren en beleven op de wijze waarop ik dat kan.

De dialogische overdracht

Hoe kan nu in het samenleven recht gedaan worden aan al die verschillende, unieke, persoonlijke identiteiten, aan al die verschillen in verhalen, in ervaren betekenissen en in geleefde lichamelijkeheid? Volgens Luce Irigaray kan dat alleen als daar in de eerste plaats de lichamelijkeheid van ieder bij betrokken wordt. Simpel gesteld: zonder lichamelijkeheid geen leven en al helemaal geen samenleven. Dit betekent dat we meer aandacht zouden moeten hebben voor de manieren waarop mensen zich lichamelijk presenteren. Want lang niet alles wat voor iemand van belang is, kan verwoord worden. We kennen allemaal ons onvermogen om bijvoorbeeld te vertellen waarom we van iemand houden, waarom onze relatie met ons kind uniek is, waarom je je vandaag zo gelukkig voelt. Maar ervaren, leven en fysiek uitdrukking geven aan al deze belangrijke elementen van ons leven gaan bijna als vanzelf. Ook communiceren we door ons lichaam, vaak onbewust en tegen onze wil in, heel veel betekenissen. We blozen als er veel mensen naar ons kijken en we moeten doen voorkomen alsof we ons op ons gemak voelen; we kunnen lichamelijk een heel duidelijk 'nee' tot uitdrukking brengen, terwijl we tegelijkertijd tijdens een vergadering zeggen: 'o, die taak neem ik er ook nog wel bij'; we krijgen allerlei lichamelijke klachten als we te vaak krampachtig dezelfde beweging moeten maken – iets wat bij computergebruik wordt opgelost door andere muizen, een betere bureaustoel en dergelijke, maar wat wellicht ook wel een signaal is dat het helemaal niet leuk is om voortdurend dezelfde dingen

te moeten doen. Ook dit soort zaken maakt deel uit van wie we zijn en hoe we met elkaar omgaan. Daarom moet in het denken over het goede samenleven 'de taal van het lichaam' serieus genomen worden.

In de tweede plaats houdt recht doen aan alle verschillen tussen ons in dat we steeds opnieuw met elkaar de dialoog aangaan. En in deze dialoog zouden wij idealiter zo veel mogelijk ruimte moeten creëren voor het verhaal van ieder en voor ieders imaginaire. Want de verschillen tussen ons en binnen ons gaan gepaard met veel plezier, fantasieën, verlangens, maar bijvoorbeeld ook met angsten, je bedreigd voelen, woede, agressie. Zoals het in de psychoanalytische praktijk volgens Luce Irigaray beter is om zowel deze emotionele als de meer rationele aspecten van beide deelnemers aan het gesprek in te brengen (de wederzijdse overdracht), zo is het dat volgens haar ook in onze dagelijkse omgang met elkaar. Daarom heb ik in mijn zesde en laatste hoofdstuk een ideaaltypische dialoogmodel ontwikkeld dat ik dialogische overdracht heb genoemd. Het inbrengen of articuleren van deze emotionele en rationele aspecten kan verbaal gebeuren, maar ook door middel van beelden, schilderijen, en ook in de lichamelijke presentatie. Want het imaginaire neemt, zoals we zagen, ook lichamelijke gestaltes aan in de vorm van houdingen, gebaren, handelingen en gedrag, die niet zonder meer in taal om te zetten zijn. Let wel: deze dialogische overdracht is ideaaltypisch, wat betekent dat het iets is waar we naar kunnen streven, wat we als ideaal voor ogen kunnen houden, maar wat we in de praktijk zelden tot nooit zullen bereiken. Veelal zullen we in het omgaan met verschillen blijven steken in 'afsplitsingen', in het toeschrijven van laag gewaardeerde andersheid aan anderen, in angst voor het anders zijn van de ander of voor te veel verschil, in het uitsluiten daarvan of juist in het claimen van te veel verschil. Deze kanten dragen wij allen in meerdere of mindere mate met ons mee. Dit zijn wat ik noem 'de zwarte kanten van het samenleven'. Maar in plaats van deze zwarte kanten te verdoezelen, kunnen we er volgens Luce Irigaray beter naar streven er in onze omgang met elkaar zo open mogelijk mee om te gaan. En dit is geen gemakkelijke opgave. Het is niet voor niets dat we vaak pas binnen de veilige setting van een therapie of psychoanalyse, of binnen een heel hechte relatie durven uitdrukking geven aan deze zwarte kanten van ons zelf.

Toch denk ik met Luce Irigaray, dat, als we serieus ruimte willen bieden aan het anders-zijn van de ander en aan de verschillen tussen en binnen ons, wij deze zwarte kanten van het samenleven moeten trachten te onderkennen en ernaar moeten streven ze in onze verhoudingen te 'herbergen'. Want alleen door verschillen in al hun facetten te onderkennen en een plaats te geven in onze dialogen met elkaar, kunnen wij steeds weer opnieuw met elkaar de discussie aangaan over de vraag welke verschillen er wel toe moeten en welke er niet toe mogen doen. Op deze vraag is geen definitief antwoord mogelijk, omdat de betekenissen die mensen aan verschillen hechten, veranderen en omdat het antwoord persoonlijk is en niet in algemeen geldende termen geformuleerd kan worden. Daarom moet steeds opnieuw de dialoog worden aangegaan, waarin we met elkaar trachten plek te geven aan de verschillen die we belangrijk vinden. En als we dat doen volgens het model van de dialogische overdracht, dan is dat een zeer risicovolle onderneming, waarin we onszelf en de relatie met anderen voortdurend op het spel zetten. Want het articuleren van verschillen kan heel goed een onoverbrugbare afstand tussen ons scheppen, kan ons zelf heel

klein doen lijken. Maar alleen door dit risico te nemen, door onszelf en onze verhoudingen in de waagschaal te stellen, kunnen we samen het leven ten volle leven en zo een bijdrage leveren aan het goede samenleven.

(Deze tekst is gebaseerd op de lezing die Tonja van den Ende in december 1999 hield op de openbare verdediging van haar proefschrift 'In levende lijven - Identiteit, lichamelijke en verschil in het werk van Luce Irigaray' aan de Universiteit van Humanistiek).

Tonja van den Ende is filosofe en eindredacteur van het Tijdschrift voor Humanistiek.

Literatuur

- Ende, Tonja van den (1999), In levende lijven. Identiteit, lichamelijke en verschil in het werk van Luce Irigaray, Leende: Damon
- Luce Irigaray (1974) Speculum de l'autre femme, Paris: Minuit
- Luce Irigaray (1985) Parler n'est jamais neutre, Paris: Minuit
- Luce Irigaray (1987) Sexes et parentès, Paris: Minuit

Van Luce Irigaray is in het nederlands verschenen:

- Irigaray, Luce: Dit geslacht dat niet (één) is. Amsterdam: Hölderin 1981
- Irigaray, Luce: En de één beweegt niet zonder de ander. Amsterdam: Hölderin 3e druk 1985
- Irigaray, Luce: Ik, jij wij: Voor een cultuur van het onderscheid. Kampen: Kok Agora 1992

Heldere lichten *a Celebration of talent*

Wim Laumans

Ter gelegenheid van de 90-jarig bestaan van de Erasmus Universiteit te Rotterdam namen Burgemeester I.W.Opstelten en zijn echtgenote op 20 juni 2003 het fotoboek *A Celebration of Talent* in ontvangst. In het boek staan 27 portretten van getalenteerde afgestudeerden, waarin herinneringen aan hun Rotterdamse studietijd worden opgehaald. Met deze 27 portretten worden alle 40.000 talenten geëerd die de Nederlandse Economische Hogeschool, later Erasmus Universiteit Rotterdam heeft voortgebracht.

Samen vormen zij een afspiegeling van de vele culturen, leeftijdsfases en maatschappelijke posities van de alumni van de EUR.

Tegelijkertijd opende de heer Opstelten een kleine expositie van alle 27 portretten, in de vorm van '*Heldere lichten*'. De expositie zal duren tot 28 september 2003.

Het verheugt mij u te kunnen melden dat Mia van Luttermvelt, onze eindredacteur en secretaris van de stichting Haptonomisch Contact, is uitgekozen als één van de 27 getalenteerden en wel namens de faculteit Wijsbegeerte van de EUR. Zij is in 1997 als eerste in Nederland afgestudeerd op grondslagenonderzoek van de haptonomie met een doctoraalscriptie *Bevestigend aanraken – een filosofisch onderzoek van de haptonomie*¹ (*Affirmative touch – a philosophical research of haptonomy*). Daarnaast heeft zij sinds 1966 een eigen praktijk voor fysiotherapie, waarin zij sinds 1976 tevens haptonomisch werkzaam is. Ook was zij van 1974-1990 werkzaam als docente Fysiotherapie aan de Haagse Academie voor Lichamelijke Opvoeding, later Haagse Hogeschool in Den Haag tot de studierichting Fysiotherapie werd opgeheven.

'A broad perspective enhances free thinking – een wijde blik verruimt het denken', staat bij haar tweetalige portret als kenmerk voor haar studeren in Rotterdam.

De wijde blik is een kenmerk van haar persoonlijkheid en de studie van de haptonomie en later van de filosofie laten zien dat ze die blikverruiming ook noodzakelijk vond voor haar werk als fysiotherapeut. Door af te studeren op grondslagenonderzoek van de haptonomie heeft ze ook wezenlijk bijgedragen aan de ontwikkeling van de haptonomie in Nederland.

Met name ondersteun ik haar aanbeveling om bij de haptonomische (na)scholing van hulpverleners aandacht te schenken aan de specifieke notie '*ethische raakbaarheid*', als inherent aan persoonlijke verantwoordelijkheid, en in relatie tot het affectief '*raken en geraakt worden*' in de haptonomie.

De stichting Haptonomisch Contact hoopt nog lang van haar talenten te kunnen genieten.

¹ De doctoraalscriptie van ongeveer 90 pp. zal opnieuw worden geprint, prijs nog onbekend. Bestellingen kunnen worden geplaatst, onder opgave van naam, adres, telefoon, e-mailadres, bij Drs.Mia F.W.van Luttermvelt, d'Aumeriestraat 49, 2586 XM Den Haag, tel. 070-3500019, e-mail: mvanlutt@fysionet.nl

Haptonomische zwangerschapsbegeleiding als eerste ervaring met haptonomie

Maroeska Dorrestijn

Dit artikel is, in enigszins gewijzigde vorm, overgenomen uit de nieuwsbrief van augustus 2000 van Synergos (Synergaos 7e jaargang Nr. 2) met toestemming van de auteur.

Toen ik zwanger was stond ik voor de vraag welke soort zwangerschapsbegeleiding ik zou kiezen. Het is al weer even geleden, mijn zoontje is ruim twee jaar. Ik weet nog wel dat ik het aanbod ruim vond en dat een aantal varianten veel goeds beloofden. Wat mij uiteindelijk voor haptonomie over de streep trok was het idee dat mijn kind en ik voor de geboorte al contact met elkaar konden hebben. Het hele proces samen met mijn partner doormaken klonk ook heel aantrekkelijk.

Uit de zwangere doos heb ik het foldertje opgediept over de haptonomische zwangerschapsbegeleiding. Dit vertelt ons dat er een programma is van 6 bijeenkomsten, 5 voor en 1 na de bevalling. Elke begeleiding heeft een thema, ik zal ze in het kort noemen.

1. Kennismaking met de haptotherapeut, de voorgeschiedenis van de zwangerschap, de motivatie voor de haptonomische begeleiding en contact maken met je kind.
2. Leren vertrouwen op je eigen gevoel en waarneming, de partner leert hoe de vrouw in de basis kan worden gelegd, leren hoe je kind verplaatst en gewiegd kan worden.
3. Het bewegen met en van het kind, aanleren van ruimte maken in het bekken waardoor de baby meer ruimte krijgt. Hoe draag je als vrouw het kind in je lichaam en hoe kan je partner het kind dragen.
4. De bevalling, hoe ga je normaal gesproken met pijn om en hoe kan je dat anders opvangen. Welke ondersteuning kan de partner bieden.
5. Bevallingshoudingen uitproberen en de voor- en nadelen bespreken.
6. Kijken hoe het leven verloopt met de baby erbij en hoe de bevalling is verlopen. De band tussen moeder/vader en kind. Hoe kun je je kind vanuit de basis ondersteunen en welk effect heeft dat. Welke kwaliteiten heeft het kind, waarin kan het gestimuleerd of afgeremd worden. De conditie van de moeder en haar lichaamsgevoel.

In grote lijnen hebben wij dit programma afgewerkt. Daarbij was het heel fijn om te merken dat er altijd ruimte was voor vragen en aandacht voor onzekerheden of gevoeligheden.

De zwangerschapsbegeleiding was mijn eerste ervaring met haptonomie. Wat mij toen echt verbaasde was de warme ontspannen sfeer waarin alles verliep. Ik had een meer klinisch, cursusachtig iets, verwacht en deze onverwachte interactie en werkelijke belangstelling waren verrassend. Daarnaast was er het ongelooflijke gemak waarmee onze haptotherapeut met mijn lichaam omging en, in tweede instantie, mij met mijn lichaam leerde omgaan.

Het contact maken met mijn kleintje was fantastisch. Ik had hem natuurlijk al gevoeld maar ik wist niet precies waar ik hem kon vinden en hoe ik daar nou achter kon komen. Door te leren hoe ik hem door mijn buik heen kon voelen, hoe ik hem kon uitnodigen om tegen mijn hand aan te komen liggen en hoe ik hem kon wiegen, kreeg ik een enorm vertrouwen in mijn zwangere lijf en in het contact met mijn spruit.

Voor mijn partner was het lastiger om door mijn buik heen te leren voelen. Bovendien was hij bang om mij pijn te doen of om de kleine te pletten. Tijdens de begeleiding werd dat heel goed opgepakt. Ik werd afgeremd in mijn pogingen om mijn vriend te helpen, waardoor ik het in feite van hem overnam. Mijn vriend werd gestimuleerd om vertrouwd te raken met mijn buik en leerde om zelf gevoel te krijgen voor ons ventje.

Daarna was het dolle pret. De favoriete spelletjes van ons kind waren 'de estafetteloop' waarbij hij tussen mijn hand en de hand van mijn vriend aan de andere kant heen en weer sprintte, en 'dolfijntje', waarbij hij zichzelf werkelijk centimeters omhoog duwde zodat hij goed over zijn rugje gewreven kon worden. Wat verder in de zwangerschap werd het nog leuker. Onze zoon bleek een echte vrijkous en klopte uit eigen beweging aan als hij vond dat het tijd was voor aandacht. Ook wurmde hij zichzelf tussen mijn handen wanneer hij gewiegd wilde worden. Verder ontdekten wij een eigen willetje, soms had meneertje slaap of gewoon geen zin.

Een ander effect van de begeleiding was, dat mensen in mijn naaste omgeving vaak vonden dat ik op zo'n leuke manier zwanger was. Naar mijn idee stonden ze daardoor meer open voor een kennismaking met de kleine dan normaal het geval zou zijn geweest. Op de momenten dat spruit en ik dat wilden konden vrienden en familie gezellig meedelen in het contact.

Toch waren er ook een paar lastige momenten tijdens de begeleiding. Een daarvan was het leren om ruimte maken in mijn bekken. Het idee erachter is enerzijds voor je kind ruimte maken en anderzijds een houding voor jezelf vinden waarin je comfortabel draagt. Nou is loslaten niet echt mijn grootste talent. Bovendien was er al in het begin van de zwangerschap een zenuw in mijn rug bekneld geraakt waardoor ik vooral tijdens het staan en lopen veel pijn had. Naarmate ik zwaarder werd ging ik steeds meer in mijn lichaam vastzetten. Daardoor lukte het helemaal niet zo best met dat ruimte maken, laat staan met het comfortabel dragen.

Onze haptotherapeut had er dan ook een hele kluit aan om mij door mijn angst en verkramping heen te krijgen. Ik wilde er tijdens het oefenen maar niet aan dat ik, juist door het gewoon te laten gaan, en juist niet te proberen het getril van mijn benen te beheersen of te stoppen, er uiteindelijk

wel in kon slagen om meer ruimte te maken en met minder pijn rond te lopen. Mijn vriend speelde hierbij ook een belangrijke rol. Hij leerde hoe hij mij in de basis kon leggen (uit het boekje: een houding waar de rug en het baringskanaal zijn afgevlakt) en daarnaast, hoe hij mij staand kon helpen om meer in mijn basis te komen.

De sessie over omgaan met pijn had een behoorlijke impact. Nu moet ik wel verklappen dat ik een vertekend beeld had van hoe de pijn tijdens de bevalling zou zijn. Ik dacht namelijk zoiets als erge hoofdpijn, maar dan erger, en op een andere plaats. Lach gerust hoor, ik ben hier al lang en hartelijk om uitgelachen. Maar goed, ik was toch wel erg verbaasd toen onze begeleider vroeg of hij mij pijn mocht doen, en met welk doel. Ik vond het goed en leerde over mijzelf dat ik de neiging heb om bij pijn een deel van mijzelf als het ware uit te schakelen. Dat kan heel effectief zijn, bijvoorbeeld als je bij erge hoofdpijn toch nog iets moet doen, maar heus, voor een bevalling is het géén goed idee. Ik leerde dat het er om ging, niet van de pijn af te gaan maar er juist naar toe. Mijn vriend leerde hoe hij mij in een aantal houdingen kon ondersteunen en hoe hij mij houvast kon bieden om er naar toe te voelen. Daardoor ging de pijn een relatief kleinere plaats innemen en ervoer ik het minder hevig. Wat ook helpt is het je realiseren dat die pijn ergens goed voor is, namelijk het loslaten van je kind.

Het oefenen van de verschillende bevallingshoudingen was nuttig. Vooral ook erg realistisch omdat ik op dat moment al op een skippybal leek. Onze verloskundige had, ondanks mijn vragen, weinig aandacht voor alternatieven, zo onder het mom van '99% komt toch in bed terecht'. Door lijfelijk te ervaren welke voor- en nadelen elke houding had en wat voor mijn partner fysiek ook nog goed te doen viel, was ik in staat een goede keuze te maken.

De bevalling verliep totaal anders dan we gehoopt hadden. Door complicaties werd het een ziekenhuisbevalling onder volledige narcose, een overdonderende ervaring. Maar goed, uiteindelijk is het daardoor voor mij en de baby wel goed afgelopen en dat is heel wat ongemak waard.

De laatste begeleiding was zes weken na de bevalling. Het was prettig om nog een keer ons verhaal te doen dat hielp om nog wat meer perspectief in onze ervaring te brengen. Wat ook bijzonder was om te merken was hoezeer onze haptotherapeut, eigenlijk een buitenstaander, in ons proces was meegegaan en vreselijk nieuwsgierig was naar ons kind en hoe graag wij op onze beurt ons knutselwerkje wilden laten zien.

Verder zijn we nog aan de slag gegaan met de verschillende houdingen waarmee wij de baby zouden kunnen ondersteunen vanuit de basis. Dit alles onder luid protest van zoon Quinn, die vond dat hij als huilbaby alleen maar gewiegd hoefde te worden.

Daarna werd onze zoon nog even op de bank gelegd waar hij even met zichzelf mocht worstelen. Tot mijn stomme verbazing kon hij meer met zijn lijfje dan ik had gedacht. Dat was een heel belangrijke les voor mij. Een die ik nog steeds meeneem in de opvoeding.

De begeleiding is absoluut een waardevolle ervaring geweest, die ik zeker niet had willen missen.

Maroeska Dorrestijn

Nawoord:

Dit verhaal is 3 jaar geleden geschreven. Inmiddels is mijn oudste zoon vijf en heb ik er een tweede bij. Ook dit maal weer haptonomische zwangerschapsbegeleiding, bij een andere therapeut overigens. Hoewel de basis van de begeleiding hetzelfde blijft werd het een totaal andere ervaring. In het kort:

- Ik kon merken dat, doordat ik nu een aantal jaren met haptonomie bezig ben, dingen toch anders binnenkomen en ik er ook anders mee omga.
- Gelukkig konden we de klachten (die ik tijdens de eerste zwangerschap ook al had) goed aanpakken. Het was belangrijk om te kunnen blijven functioneren in een staat waarin mijn belastbaarheid verder afnam terwijl de belasting alleen maar toenam.
- De eerste bevalling bleek emotioneel zijn sporen nagelaten te hebben. Het was dan ook goed om te merken dat mijn huidige partner en ik de gevoelens van onmacht en angst een plek konden geven die ons vervolgens in staat stelde om daar bewust en actief mee om te gaan tijdens de laatste bevalling.

Kortom, mijn conclusie van 3 jaar geleden staat nog steeds, als een huis !!!

Wij zijn blij met de oprichting op 27 mei 2003 van de



Vereniging Haptonomische Zwangerschapbegeleiders

Met elkaar willen we de Haptonomische Zwangerschapsbegeleiding verder bekendheid geven. We richten ons hierbij op ouderparen, verloskundigen en anderen die bij de zwangerschap betrokken zijn.

Verder is de vereniging een ondersteunend orgaan voor Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders, o.a. middels collegiaal overleg en nascholing.

Voor praktijkadressen kunt u terecht op onze website www.vhzb.nl
Voor reacties en vragen kunt u een e-mail sturen aan bestuur@vhzb.nl
Brieven kunt u sturen aan het secretariaat: Sporkenhoutlaan 22, 2803 VK Gouda

De haptonomische bevalling Wim Laumans in gesprek met Frans Veldman in Oms, Frankrijk

Wim Laumans

Eind april waren mijn vrouw Anneke en ik te gast bij Frans Veldman, voor overleg over een eventueel te geven Nederlandstalig colloquium in Oms, Frankrijk. Helaas is dat uiteindelijk niet doorgedaan, zie daarvoor HC 2003-2.

Tijdens ons bezoek toonde hij ons ook een recente film van een haptonomische bevalling, gemaakt door de Duitse gynaecoloog-hapto-obstetricus: Dr. Medhi DJALALI, lid van het wetenschappelijk college van het Internationaal Centrum tot Onderzoek en Ontwikkeling der Haptonomie (C.I.R.D.H.) en officieel vertegenwoordiger van de haptonomie (= van dit Centrum) in Duitsland, die tevens een publicatie het licht deed zien: 'Analyse 250 haptonomisch begeleider Geburten' bevattende een uitgebreid wetenschappelijk vergelijkend onderzoek in Duitsland waaruit het grote belang van de haptonomische verloskunde op een overtuigende manier wordt aangetoond (gepresenteerd op het Internationale Congres d'Haptonomie, november 2000).

De door Frans getoonde film bevat enkele opmerkelijke en waardevolle fenomenologische gegevens:

1. de uitgesproken serene gelaatsuitdrukking van de vrouw
2. de rustige sfeer en kalmte tijdens de bevalling: er werd nergens haast gemaakt, er werd niet ingegrepen, geen paniek in de zin van: 'het kind moet er nu uit! U moet flink meehelpen door adequaat te persen!'
3. er was geen enkel moment sprake van ademtechniek van de moeder welke het kind tijdens zijn geboorte 'begeleidde': het kind baarde zichzelf
4. Opmerkelijk was dat direct na de geboorte het geslacht van het kind niet bekend was en dat daar niet in eerste instantie naar werd gekeken. Alle aandacht ging in eerste instantie naar het intieme affectieve contact moeder-vader-kind

Kortom een geboorte die imponeerde vanwege de zeer specifieke begeleiding door de vader en de gynaecoloog, van zowel de moeder als het kind, die aantoont dat een kind aldus begeleid, zichzelf actief baart. Een bevalling zonder het minste gebruik van geweld en techniek.

De haptonomische begeleiding heeft **niets** van doen met de manier hoe een vrouw met haar eigen lichaam omgaat, integendeel!, maar, daarentegen alles met de beleving en gevoeligheid van haar

basisbesef – haar ‘fond endothyme’- zoals Frans dit noemt.

Er zijn andere rapporten over haptonomische bevallingen en de grote waarde van de hapto-obstetrie.

Zo, onder andere, een artikel van de gynaecoloog-hapto-obstetricus Patrik STORA in het wetenschappelijk tijdschrift van het Centrum te OMS (C.I.R.D.H.) over de hapto-obstetrie tijdens dystocia (moeilijke bevalling/verkeerde ligging).

Deze verloskundige, ten tijde in urgentiedienst, werd successievelijk, door vroedvrouwen, bij 6 klinische presentaties geroepen van deze moeilijke gevallen, die normaliter door een keizersnede worden opgelost, waarvoor dan ook alles reeds was voorbereid.

De 6 zwangeren waren niet haptonomisch begeleid. Desondanks paste Dr. STORA de, op de hapto-obstetrie-opleiding, door Frans geïnstrueerde, haptonomische interventies toe, met als gevolg dat in alle gevallen binnen een korte tijd een normale bevalling mogelijk werd, zonder keizersnede! Een alleszins interessant en boeiend verhaal, door Frans nader toegelicht in een daarop aansluitend artikel.

Het was één van de zeer waardevolle ontdekkingen die wij tijdens ons bezoek aan Frans mochten beleven.

Met dank aan Frans Veldman voor zijn waardevolle opmerkingen en toevoegingen aan de tekst.

NAJAARSBIJENKOMST VHQB OP DONDERDAG 2 OKTOBER VAN 10.00 – 15.00 UUR.

Op 27 mei jl. is de Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders (VHQB) opgericht. Met elkaar willen we de Haptonomische Zwangerschapsbegeleiding verder bekendheid geven. We richten ons hierbij op ouderparen, verloskundigen en anderen die bij de Zwangerschap betrokken kunnen zijn. Verder is de vereniging een ondersteunend orgaan voor Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders, o.a. middels collegiaal overleg en nascholing. Voor praktijkadressen kunt u terecht op onze website: www.vhqb.nl

Op donderdag 2 oktober 2003 organiseren wij een eerste inhoudelijke dag met o.a. een bijdrage van:

- *Roos Ferdinandus, Haptonomisch Zwangerschapsbegeleider en docent aan de Academie voor Haptonomie.*
- *Monique Duran, Haptonomisch Zwangerschapsbegeleider en verloskundige.*

**Niet-leden zijn ook van harte welkom, zij kunnen zich aanmelden per e-mail: bestuur@vhqb.nl of per post: Sporkenhoutlaan 22, 2803 VK Gouda.
Deelname incl. koffie/thee/lunch € 65,00 (Leden € 15,00)**

Uit de oude doos: Afscheid van de dood

Wim Laumans

'Afscheid van de dood' is een scriptie opleiding haptokinesie alfa 1977 van Wim Laumans, hoofdredacteur van dit tijdschrift. Wim is werkzaam als vrijevestigde haptotherapeut en zwangerschapsbegeleider. Hij is nog door de grondlegger Frans Veldman zelf opgeleid als haptotherapeut (1983) en zwangerschapsbegeleider (1978).

Het woord stervensbegeleiding, het begeleiden van het sterven, wordt veel gebruikt zonder dat men duidelijk maakt of zonder dat het duidelijk wordt wat men er onder verstaat. Wij zullen dan ook eerst na moeten gaan wat men onder begeleiding dient te verstaan, hoe men sterven dient te omschrijven en wat men onder stervensbegeleiding verstaat. Daar de inhoudelijkheid van het begrip begeleiden en de verwerkings-mogelijkheid van de patiënt en van de familie primair bepaald zullen worden door de wijze waarop de patiënt en de familie benaderd worden in de gezondheidszorg, wil ik beginnen met het verschil in de benadering in de actieve en passieve gezondheidszorg duidelijk te maken en binnen dit kader het belang en de plaats van de haptonomische benadering en begeleiding voor de actieve gezondheidszorg aan te geven

In dit – als scriptie binnen de opleiding haptonomie – gebracht essay, verwoord ik, naast de persoonlijke overtuiging en ervaring, de grote waarde die de haptonomie voor de menswaardige benadering binnen de hulpverlening biedt. Hierin breng ik mede tot uitdrukking mijn waardering voor het aanbod aan waarden en verworvenheden, dat ik in mijn persoonlijke contacten met staf en docenten der Academie voor Haptonomie en Kinesionomie ontving en/of aan hun colleges ontleende.

Het verschil tussen de passieve en de actieve gezondheidszorg en de plaats van de haptonomie in de actieve gezondheidszorg

In de passieve gezondheidszorg is de patiënt passief, hij ondergaat of dient de behandeling te ondergaan die de deskundige voor hem bepaalt. Hij is ondeskundig en dus ondergeschikt aan de arts of therapeut en heeft zich te schikken in wat zij vinden dat goed voor hem is. De patiënt is object van behandeling, het individu is niet ziek maar heeft een ziekte.

De patiënt wordt gereduceerd tot een geval en de enige inbreng van de arts is zijn professionele deskundigheid. Kortom in de passieve gezondheidszorg kunnen we spreken van een depersonaliserende (= ontpersoonlijkende, onmondig makende) benadering van de patiënt.

In de actieve gezondheidszorg is de patiënt mede-actief, hij neemt actief deel aan zijn genezingsproces en participeert, bewust kiezend en beslissend, in zijn behandeling. De patiënt is als object van behandeling gelijktijdig subject. Met andere woorden: de patiënt wordt als persoon benaderd en van de therapeut wordt derhalve méér verwacht dan alleen professionele deskundigheid. Vergelijken we nu het contact dat de zieke heeft met de deskundige in de passieve en actieve gezondheidszorg, dan kunnen we dit aan de hand van een aantal tegenstellingen duidelijk maken.

Onpersoonlijk-persoonlijk contact

In de passieve gezondheidszorg is het contact onpersoonlijk, in de actieve gezondheidszorg persoonlijk. Het distantie-begrip heeft dan ook in de passieve gezondheidszorg een geheel andere inhoud dan in de actieve gezondheidszorg en het hanteren van dit begrip wekt dan ook vaak verwarring op.

In de passieve gezondheidszorg wordt de andere mens op een afstand gehouden, men wil het persoonlijke contact niet, er is geen sprake van betrokkenheid van de hulpverlener met de hulpvrager. Sterker nog, deze betrokkenheid wordt veroordeeld. Zou ik werkelijk betrokken zijn met mijn patiënten dan zou ik dit werk niet kunnen doen. Hier wordt dus betrokkenheid verward met identificatie. De hulpvrager voelt zich overgeleverd aan de hulpverlener. Ze doen maar met me. De betrokkenheid met de patiënt is onecht, gespeeld. Het is een aangemeten beroepsattitude. Wij krijgen hier te maken met het bemoedigend woordje, het professionele schouderklopje, dat door de patiënt dan ook als hinderlijk ervaren wordt. Het is volledig vrijblijvend, een vriendelijkheid van de kant van de therapeut. Het valt mij op dat deze quasi-begeleiding altijd gekenmerkt wordt door een verkleinwoord: een klopje, gesprekje, woordje.

In de actieve gezondheidszorg is er sprake van een persoonlijk contact. De professionele deskundigheid maakt deel uit van de authentieke persoon van de therapeut, die zijn hele wezen inbrengt en de patiënt zich zelf laat zijn in eigenwaarde dat is in zijn wezen(lijkheid). Dit contact appelleert aan de persoonlijke verantwoordelijkheid der participanten. Er is geen distantie in de zin zoals deze wordt gebruikt in de passieve gezondheidszorg. Wel existeert het maximaal naderen met behoud van distantie, zoals door Rümke omschreven voor het affectieve contact: men is in wederkerige open affectieve communicatie en binnen het therapeutische contact op basis van echtheid aanspreekbaar op verantwoordelijkheid.

De affectiviteit representeert deze open en echte communicatie tussen de ontmoetende personen en verschaft deze duidelijkheid. De therapeut is bereikbaar voor de patiënt en het contact is transparant.

Effectiviteit op voorgrond

In de passieve gezondheidszorg wordt de hulpvrager alle verantwoordelijkheid ontnomen. Niet de affectiviteit maar de effectiviteit staat op de voorgrond en bepaalt het handelen.* Hij is volledig afhankelijk van de hulpverlener. Deze bepaalt wat goed is voor de hulpvrager, óf er iets voorgeschreven wordt en wát er voorgeschreven wordt.

Alle hulp komt van buitenaf en onderhoudt daarmee een niet-kunnen. Zij creëert een afhankelijk-zijn of – worden van een hulpverlenende zorg, dus een onzelfstandigheid en onderworpenheid. Dit heeft weer tot gevolg dat de patiënt de hulp gaat claimen als iets waar hij niet buiten kan.

Beschouwen wij de patiënt als persoon, dat is als mondig en aldus in staat tot zelfverantwoordelijkheid, dan zal de patiënt kunnen en moeten mede-beslissen over de behandeling, de therapie. Hij zal dit mede-beslissen niet slechts willen, doch ook als een recht beschouwen. Om mee te kunnen beslissen is het noodzakelijk, de patiënt al die informatie te verstrekken, die nodig is om de verantwoordelijkheid over zijn keuze mee te dragen. Dan is de patiënt onafhankelijk, in persoonlijke zelfstandigheid en mag men spreken van een begeleiden. Begeleiden is dan: het scheppen van mogelijkheden voor de mens om te komen tot zelf-hulp.

Verantwoordelijkheid aanspreekbaar

Uit al deze verschilpunten zult u de haptonomische definitie van persoon kunnen herkennen. De persoon als een bewust handelend, vrij (onafhankelijk) en met rede begaafd wezen, dat zich voor zijn keuze verantwoordelijk weet en op deze verantwoordelijkheid aanspreekbaar is, de consequenties van zijn handelen aanvaardend. Even zo goed als wij het contact dat de zieke heeft met de deskundige in de passieve en actieve gezondheidszorg aan de hand van tegenstellingen duidelijk kunnen maken, kunnen wij het contact dat de deskundige heeft met de familie doorlichten. Het is niet moeilijk zich in te denken, dat in een objectiverende benaderingswijze waar de patiënt als persoon ontkend wordt, de familie helemaal wordt ontkend. De familie wordt dan ook als het even kan genegeerd en als de familie niet meer te negeren is, als lastig ervaren en gemeden. In de actieve gezondheidszorg is de persoon niet los te denken van zijn familie en wordt hij gezien binnen het kader van de affectieve relatiestructuren van zijn persoonlijke leefwereld. In de passieve gezondheidszorg worden aan de familie de verantwoordelijkheden ontnomen, in de actieve gezondheidszorg verantwoordelijkheden aan hen gegeven. Feitelijk gebeurt er niets anders dan dat de verantwoordelijkheid wordt gelegd waar hij hoort en de begeleiding resulteert in een helpen-kunnen bij een niet-kunnen.

In de passieve gezondheidszorg wordt de familie veroordeeld tot toekijken en afwachten en de mogelijkheid tot helpen-kunnen geblokkeerd. In de actieve gezondheidszorg wordt de familie tot mede-stander.

Ik realiseer me, dat de kenmerken van de actieve gezondheidszorg zoals in het voorafgaande werden geschetst geheel beantwoorden aan de haptonomie.

Dit is niet verwonderlijk, daar ik de haptonomische benadering zou willen omschrijven als de optimale vorm van actieve gezondheidszorg. Daarmee laat ik dus de ruimte voor al die ontwikkelingen in de gezondheidszorg, die op weg zijn naar een actieve gezondheidszorg. Het zijn in feite allemaal stappen in een ontwikkeling die de weg vrij maakt voor de haptonomie, of beter: waarheen de haptonomie de weg vrij maakt, verwijst. Om de plaats van de haptonomie in de actieve gezondheidszorg duidelijk af te bakenen leek het mij belangrijk zo duidelijk mogelijk de graduele verschillen aan te geven.

Zichzelf helpen

Was in de passieve gezondheidszorg de therapeut actief en de patiënt passief, in de actieve gezondheidszorg neemt de patiënt actief deel aan zijn genezingsproces, in de haptonomie zien we steeds meer een verschuiving naar de activiteit van de patiënt toe. In de actieve gezondheidszorg zouden we kunnen spreken van een helpen, op basis van de haptonomie, van een helpen-kunnen, van een geholpen worden naar een zich-zelf helpen. In de passieve gezondheidszorg wordt de patiënt gereduceerd tot een ding, in de actieve gezondheidszorg komt het besef dat men met een mens te maken heeft en binnen de haptonomische context wordt die mens expliciet beschouwd als persoon.

U kunt deze verschillen zeer duidelijk herkennen in de fysiotherapeutische praktijk:

In de sfeer van de passieve gezondheidszorg wordt iets gedaan aan het lichaam en het lichamelijke, er wordt gewerkt aan de handicap. In de sfeer van de actieve gezondheidszorg krijgt men oog voor de betekenis die de handicap heeft voor het dagelijks leven van de patiënt: hoe functioneert de patiënt met zijn handicap. In de objectiverende fysiotherapeutische praxis kent men het lichaam, echter het begrip 'lichaamsbeleving' niet of nauwelijks. Niet eens verwonderlijk, want

een ding heeft geen belevingswereld.

In de actieve gezondheidszorg wordt de belevende, (ge)-voelende mens reeds meer en meer gezien tegen de achtergrond van zijn lichaamsbeleving. De haptonomie beschouwt de mens echter in zijn geheel-zijn, als bezielde-lichamelijkheid en richt zich in de hulpverlening principieel naar de lichamelijke-beleving (=Zelfbeleving), omvattende de mens met zijn gehele scala van gevoelens en gemoedsbewegingen, die zijn wezen bepalen. De vraag is dan: hoe fungeert de patiënt met zijn handicap? Blokkeert de handicap hem bij alles wat hij doet en in al zijn ontmoetingen? Is hij in staat zijn handicap te overstijgen of is hij zich zijn handicap constant bewust?

Rolgedrag therapeut

In de passieve gezondheidszorg en ook in de actieve gezondheidszorg kan men van de kant van de therapeut nog spreken van een rolgedrag. Een rol waarachter de therapeut zijn wezen verschuilen kan, waardoor hij als persoon niet bereikbaar en niet kwetsbaar is.

In de actieve gezondheidszorg is de therapeut veelal reeds herkenbaar als persoon en als zodanig ten dele bereikbaar (= aanspreekbaar), echter, als regel, nog verhuuld achter een professionele autoriteit.

Er is nog slechts een beperkte betrokkenheid mogelijk. Er wordt een bepaalde terughoudendheid, reserve, distantie in acht genomen, waardoor het contact nog geheel wordt bepaald tot de ik-jij beleving. Wij zouden het kunnen karakteriseren als: 'uithuilen met een tafel ertussen'. (de patiënt die uithuilt zal zich dan ook achteraf excuseren voor het feit dat hij zich heeft laten gaan). De hulpverlener wordt als veraf ervaren en de hulpvrager c.q. hulpbehoevende voelt zich alleen.

In de haptonomie maakt de deskundigheid van de therapeut deel uit van zijn wezen. Hij stelt zich dus kwetsbaar op: in onverborgen authentieke identiteit: dit ben ik en hier ben ik (er voor jou). De eigen-aard van de therapeut, zijn wezenlijkheid is onmiddellijk herkenbaar.

De hulpvrager voelt zich in deze benadering geraakt, dat is wederkerig bewogen, in zijn geheel-zijn, als de mens die is (en mag zijn). Aldus als persoon gezien, wordt hij bereikt in zijn bezielde lichamelijke, zijn wezen.

Het lichaam en het lichamelijke worden hierbij overstegen. Let wel: dit is heel iets anders dan het negeren van het lichaam en het lichamelijke.

Op basis van de haptonomie wordt de hulpvrager als persoon geraakt dat is bevestigd, hierdoor komt het contact in de wij-beleving en is iedere behandeling een ontmoeting.

Doodgaan en sterven

Het verschil tussen sterven en doodgaan.

Het begrip stervensmogelijkheid, stervenskans en stervenskeuze

Doodgaan is een biologische realiteit, alle levende wezens: planten, dieren en mensen gaan dood.

Doodgaan is 'passief', we kunnen er niets aan toe- of afdoen, het is het logische en onvermijdelijke einde van het leven.

Doodgaan is gekoppeld aan ons lichamelijk bestaan en derhalve zijn we allemaal voorbestemd om dood te gaan.

Het geboortekanaal is de poort naar het leven en tegelijkertijd de poort naar de dood.

Sterven is een specifiek menselijke realiteit, alleen een mens kan sterven. Sterven is actief, het duidt op de persoonlijke stellingname met betrekking op het naderend einde.

Het begrip stervensmogelijkheid

De stervensmogelijkheid wordt bepaald door de omstandigheden die tot de dood leiden. Door deze omstandigheden wordt het sterven tot een mogelijkheid of tot een onmogelijkheid. Ik denk hierbij aan verkeersslachtoffers, mensen die worden doodgereden en zoals het dan heet: letterlijk van ons weggerukt worden of aan dezulken die misschien nog een tijd leven, maar niet meer tot bewustzijn komen.

We kunnen dan ook stellen dat het compos-mentis-zijn een voorwaarde is om te kunnen sterven

Het begrip stervenskans

Heeft de mens in principe de mogelijkheid om te sterven, dan wordt de kans om deze mogelijkheid te gebruiken in het 'patiënt'-zijn in hoge mate bepaald door de 'deskundige hulpverlening'. Men dient zich hierbij te realiseren, dat niet iedere stervende ook 'patiënt' is, dat is lijdende aan een ten dode doemende ziekte waarvoor hij deskundige hulp behoeft.

Vooraf de, soms noodzakelijke, 'deskundige hulpverlening' biedt deze mogelijkheid of onthoudt haar.

Doelgerichte, dat is werkelijke 'deskundige' (= kundig desbetreffend) hulpverlening is dan niets anders dan: de mens, in zijn waardigheid als persoon de mogelijkheid bieden tot sterven.

We zullen nu nagaan aan welke voorwaarden deze hulpverlening moet voldoen, wil de mens de kans krijgen om te sterven.

Bepalende factoren

Bezien wij nu de factoren die de stervenskans bepalen:

• het kennen van de waarheid

Het is een onvervreemdbaar recht van de mens en derhalve van de patiënt als persoon aangesproken te worden, hetgeen impliceert dat hij recht heeft op het kennen van de waarheid met betrekking tot hem zelf en het recht heeft deze waarheid tijdig te vernemen.

Niemand heeft het recht de waarheid voor de patiënt te verzwijgen. Zo ooit, dan geldt dit met name ten opzichte van eigen ziekte en levenskans, c.q. levenseinde.

Niemand kan beoordelen of de patiënt deze waarheid 'aan zal kunnen', zal kunnen verwerken en verdragen: integreren in zijn bestaan. Geleidelijk aan zal de patiënt echter de onontkoombaarheid, de onafwendbaarheid, van de naderende dood duidelijk worden en kan de waarheid daarvan als 'waar', evident en onontkoombaar, beleefd worden en dus verwerkt worden. De verwerking zal afleesbaar zijn aan een geleidelijke onthechting, aan een zich vrij maken tot gaan (aanvaarding = tot gaan bereid zijn).

• Bij het bespreken van de waarheid hoort het bepalen van de 'therapie'.

(therapie: 1 het hulpverlening aan, respectievelijk behandelen en/of verzorgen van de hulpbehoevende, soms hulpvragende of zieke medemens. 2 het verstrekken van doelgerichte en doelmatige geneeskundige hulp ter genezing van een ziekte).

Dit houdt in, dat de patiënt een keuzemogelijkheid krijgt. Hij dient voldoende voorlichting te krijgen om van een stellingname te kunnen komen tot en standpuntbepaling. Om inderdaad te kunnen komen tot meebeslissen en medeverantwoordelijkheid, vanuit een vertrouwen, uit hoop en geloof, in de zinvolheid van de therapie.

Wat is zinvolle therapie?

In veel gevallen kan men niet spreken van therapie in de tweede betekenis: genezing blijkt niet (meer) mogelijk. Denkt u hier aan bijvoorbeeld ca-patiënten.

Zinvolle 'therapie' houdt dan in:

- het op doelgerichte zinvolle wijze bestrijden van de lichamelijke klachten.
- het verstrekken van doelmatige op de eigenheid van de persoon gerichte zorg en hulp.

Ik denk hierbij zowel aan klachten als pijn, benauwdheid en misselijkheid, als aan het vermijden van het 'lijden' en het respecteren van de persoonlijke eigenheid met behoud van de eigenwaarde van de stervende.

Veelal dringt het lichaam zich aan de patiënt op, waardoor hij sterk bij het lichamelijke bepaald wordt en het voor hem niet meer mogelijk wordt het lichamelijke te overstijgen. Zinvolle hulp zal dan adequaat hierop gericht gegeven moeten worden.

Hiervoor zijn een aantal criteria op te stellen:

- voldoende bestrijding van de lichamelijke klachten, waaronder de patiënt in staat is zijn waardigheid te behouden. (d.i. ontluistering te voorkomen).
Onvoldoende pijnbestrijding maakt het voor hem onmogelijk het lichamelijke te overstijgen, het doodgaan wordt dan een marteling, het (onnoodzakelijke en menonwaardige) 'lijden' figureert en domineert boven alle andere belevingen en kan, door ontredding, ontluisterend en depersonaliserend werken.
- het behoud van het persoon-zijn van de patiënt, in de volheid van zijn wezen. Ik doel hiermee op de depersonaliserende werking van bepaalde medicijnen.
- het bewustzijn van de patiënt zoveel mogelijk intact laten. Het is inhumain om geen of onvoldoende pijnstillende middelen te geven, maar het is even inhumain om de patiënt zodanig 'plat te spuiten' dat hem de kans ontnomen wordt tot sterven te komen.
- de mogelijkheid tot communicatie in stand houden en/of bevorderen. Ik denk hierbij aan tracheotomie, waardoor de verbale communicatiemogelijkheid ernstig wordt bemoeilijkt en veelal weinig mogelijkheid wordt geboden – vooral bij grote lichamelijke uitval – tot humane en vooral affectieve communicatie c.q. contact.

Sterven kunnen we dan omschrijven als:

De persoonlijke wijze waarop iemand (eventueel dank zij medische hulp), met de onontkoombare waarheid van de naderende dood leven kan.

Van de deskundige begeleiding verwacht ik dan alleen: de kans om te sterven. Of zoals FRANS VELDMAN het formuleerde: Het scheppen van optimale voorwaarden, die het de, met zijn dood geconfronteerde, mens mogelijk maken in het volle behoud van zijn zelfwaarde en zijn persoon-zijn, *compos mentis*, waardig en bewust te sterven.

Die voorwaarden zijn dan:

Indien nodig het treffen van die maatregelen, die lijden maximaal voorkomen en leed optimaal draaglijk doen zijn zonder dat de persoon ontwaard of ontluisterd wordt.

Stervenskeuze

Krijg ik, door de omstandigheden die tot de dood leiden, de mogelijkheid om te sterven en is de medische hulp zodanig, dat mij ook de kans wordt geboden om te sterven, dan heb ik nolens volens te kiezen.

Dan wordt sterven een levensopdracht: zich vrij maken om te gaan en daarna bereid zijn om te gaan en tegelijkertijd een kans: de laatste mogelijkheid tot zelfverwezenlijking. Deze uiteindelijke keuze – de ingrijpendste keuze en de meest positieve keuze - ligt dan bij de mens zelf. Dan is doodgaan: ten prooi vallen aan eindigheid en sterven: kiezen voor oneindigheid (Frans Veldman).

Veelal zien we, dat de confrontatie met het sterven maakt dat iemand gaat leven. Zij ontdekken het leven tijdens hun sterven. Zij ontdekken, door de gewijzigde waardebeleving, wat in feite belangrijk is in het leven. Alle factoren die te maken hebben met de zelfverwerkelijking, zoals status, competitie, prestatie etc., vallen weg. Zij komen in feite tot leven tijdens hun sterven. Dan blijkt leven: trouw zijn aan jezelf en kunnen sterven: trouw blijven aan jezelf. Dan is kunnen sterven dus leven in het sterven. Dan heeft de mens zich zelf verwezenlijkt, d.i. het optimale eigene geopenbaard.

Bij deze laatste keuze is deskundige begeleiding een onmogelijkheid. Niemand is deskundig in het sterven. Wat de mens daartoe kan helpen is een bevestiging van zijn persoon-zijn en dit impliceert een open affectieve communicatie. Dan help je hem op weg, zodat hij alleen verder kan. Dan is begeleiden een helpen-kunnen in de haptonomische zin en betekent begeleiden: het in affectiviteit nabij zijn in transparante openheid voor de stervende. (Frans Veldman)

Verwerkingsfasen patiënt

Over de verwerkingsfasen van de patiënt is reeds veel geschreven. U vindt ze in ieder boek over stervensbegeleiding terug. Zij zijn het eerst beschreven door KÜBLER-ROSS, een Zwitserse psychiater die in Amerika werkt. Zij beschrijft de fasen die optreden na de mededeling van de waarheid.

Deze zijn achtereenvolgens de fase van:

- 1 de ontkenning
- 2 het verzet
- 3 het marchanderen
- 4 depressie
- 5 berusting en de aanvaarding

Deze faseopbouw is duidelijk. Niemand is in staat de waarheid en zeker niet deze waarheid ineens te accepteren. Het is logisch dat de eerste reactie is: dat kan niet, dat mag niet, ik moet nog zoveel doen.

Dringt de onontkoombaarheid tot de patiënt door, dan zal hij zich verzetten: waarom ik, waar heb ik dat aan verdiend, ik kan toch nog niet gemist worden. Dan vraagt de patiënt eigenlijk om uitstel: geeft aan dat hij nog tijd nodig heeft om te verwerken en dan, bij het toenemen van de klachten: de angst voor het komende lijden, de angst voor de ontmenselijking, veel meer nog dan de angst voor de dood.

Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken, dat de verwerkingsfasen van de patiënt – binnen de context van hun verschijningsvorm: treden ze allemaal op? waar blijft de patiënt steken? doet zich 'recycling' voor? enzovoort – voor een groot deel af te hangen van de wijze waarop de patiënt benaderd zal worden.

Zij zijn derhalve in hoge mate afhankelijk van het feit of hij zal moeten doodgaan in de sfeer van

de passieve gezondheidszorg of dat hem in actieve zelf-keuze een stervenskans geboden zal worden.

Laatste wil

Wie eens heeft meegemaakt hoe iemand, die wist dat hij sterven moest – en op het moment ook sterven kon en wilde – door levensverlengende maatregelen, buiten zijn wil om, verplicht werd om dood te gaan, zal geen moeite hebben de vertoornung van deze mens te begrijpen. Het negeren van de laatste wil van een mens is onmenselijk.

De interactie patiënt-deskundige is genoegzaam beschreven in de hoofdstukken over actieve en passieve gezondheidszorg en de invloed hiervan op de verwerkingsfasen van de patiënt moge derhalve duidelijk zijn.

Wellicht even belangrijk voor de verwerkingsfase van de patiënt is de interactie patiënt-omgeving. Ten aanzien van het kennen van de waarheid zijn er drie mogelijkheden:

- 1 de patiënt is op de hoogte, de familie niet;
- 2 de familie is op de hoogte, de patiënt niet;
- 3 beide partijen zijn op de hoogte (of niet).

De combinatie, waarbij uitsluitend één van de partijen op de hoogte is, mag slechts zeer korte tijd bestaan. Dikwijls bestaat een dergelijke situatie tijdelijk op verzoek van één der partijen, om zich te kunnen prepareren op wat komen gaat, namelijk de confrontatie met de ander in het kennen van de waarheid. Deze periode mag, zoals gesteld, nooit te lang duren, omdat er dan een rollenspel ontstaat, een onecht gedrag, dat achteraf als een leugen begrepen kan worden en de noodzakelijke affectieve communicatie tussen de patiënt en zijn omgeving in de weg zal staan.

Zijn beide partijen op de hoogte, dan is de mogelijkheid geschapen voor een optimale verwerking, van dit existentieel-affectieve, ingrijpende en veelal ook aangrijpende gebeuren binnen hun leven. Er is immers veelal niemand anders die de patiënt zo goed kent dan juist de nabije familie, inzonderheid die familieleden die tot zijn intieme relatie behoren. Zij ook zullen non-verbaal het eerste begrijpen wat de patiënt bedoelt. Zij zullen gemakkelijk de patiënt kunnen bevestigen en hem duidelijk kunnen maken waar het goede ligt wat hij in hun leven is geweest en omgekeerd. Een groot gevaar is de neiging tot identificatie met het leed van de ander. Dit betekent zich zelf verliezen en dus niet meer kunnen helpen.

Verwerkingsfasen familie

Ik zou bij de verwerkingsfasen van de familie drie perioden willen onderscheiden en wel:

1. de verwerking van het komend verlies, de verwerking tijdens het ziekteproces dat tot de dood leidt;
2. de verwerking van het sterven en doodgaan;
3. De verwerking van het verlies: het rouwproces.

Hoeveel er ook geschreven is over de verwerkingsfasen van de patiënt, zo weinig is er geschreven over de verwerkingsfasen van de familie. Een uitzondering is het rouwproces. Ik ben echter de mening toegedaan, dat het geïsoleerd beschrijven van het rouwproces de werkelijkheid tekort doet en dat de verwerking van het komende verlies en de verwerking, beter is de beleving, van de wijze waarop de patiënt heeft kunnen sterven en/of is doodgegaan, bepalend zullen zijn voor de fasen van het rouwproces. De fasen, die te onderscheiden zijn bij de verwerking van het komende verlies, zullen gelijken op de fasen die de patiënt zelf doormaakt. Het zal duidelijk zijn, dat de

beleving van deze periode sterk afhankelijk zal zijn van de personen zelf, maar tevens zeer sterk bepaald kan worden door de medische begeleiding. De beleving van het sterven en het doodgaan zal vooral bepalend zijn voor de heftigheid van het rouwproces.

Het zijn juist die laatste dagen, die voor de familie veelal ondraaglijk worden. De patiënt is eigenlijk al gestorven, alleen nog niet dood. Sterven en doodgaan worden uit elkaar getrokken. Als men iemand laat sterven, vergun hem dan ook de snel volgende lichamelijke dood. Men veroordeelt de familie veelal tot het toekijken bij het lijfelijk proces, dat voor hen de uitdrukking heeft van een persoonlijk lijden en wentelt daardoor het onverdraaglijke lijden van de patiënt over op de familie. Het levende lichaam is voor de familie onlosmakelijk gekoppeld aan de persoon. Zij voelen zich volledig machteloos en het enige wat zij kunnen doen is wachten, wachten op de verlossing uit het lijden van de patiënt, wat hun lijden is. Zij hebben immers meegeleefd, meegestreden en mee-geleden. Tot aan het moment van sterven was daar altijd de patiënt die respondeerde en reageerde binnen het affectieve contact.

Dat is bij de uitgestelde of zich langzaam voltrekkende lichamelijke dood, nadat het actieve bewuste sterven reeds heeft plaats gevonden, niet meer het geval. Ontdekken van enige zinvolheid in het gebeuren is dan niet meer mogelijk. Het is het stadium geworden waar we ons voor gesteld zien, dat door de familie als ontwaardend wordt ervaren en waar ze dan ook terecht verontwaardigd over zijn. Ze voelen zich dan in de steek gelaten door diegene die hierin nog hulp zou kunnen bieden, de arts. De arts, die op dat moment hoogstens in negatieve zin aanwezig is door de instructies, die hij voor de verzorging en/of verpleging heeft achtergelaten, waardoor hun mogelijkheden beperkt zijn. Het is voor dit stadium – het stadium waarin het wachten is op het moment dat één der vitale lichaamsfuncties het opgeeft – dat ik denk aan euthanasie.

Het moge duidelijk zijn dat ik binnen het haptonomische kader de euthanasie beschouw als niet slechts het mogelijk maken van een milde en goede dood, doch bovenal als het bieden van de menswaardige mogelijkheid tot sterven in vol bewustzijn en optimale aanvaarding zonder lijden en/of ontluistering. Als iemand gaat sterven, gun hem dan ook zijn lichamelijke dood. Als iemand geen kans wordt geboden tot een lichamelijke dood in goede verhouding tot het gekozen moment van bewust sterven, ontnem je hem de mogelijkheid tot sterven in gerede gemoedsrust. Ik stoor me dan ook aan al het gekrakeel over euthanasie, terwijl men aan de essentie, het geven van stervenskans, voorbij gaat. De familieleden moeten dan niet alleen een stukje meesterven, zij moeten ook, als het ware, mee-doodgaan, zij zijn er kapot van (en gaan er soms kapot aan).

Het rouwproces* de verwerking van het verlies zelf, geeft steeds drie fasen te zien:

- de shock
- de realisatie
- de aanpassing

Of wel in de terminologie van Bowlby:

- de fase van protest
- de fase van de wanhoop
- de fase van het loslaten



LANDELIJK HAPTONOMIE CONGRES

Binnen Handbereik

ZATERDAG 1 NOVEMBER 2003
Congrescentrum de Reehorst te Ede

Over de meerwaarde van haptonomie als behandelwijze voor mensen die aandacht, zorg of hulp nodig hebben. En wat haptonomie kan betekenen voor verschillende beroepsvelden.

Met dit congres wil de Academie voor Haptonomie de verschillende toepassingen van haptonomie in kaart brengen en de oplevering ervan op de kaart zetten.

Extra workshop!

Er is inmiddels een extra workshop aan het programma toegevoegd over Haptonomische Zwangerschapsbegeleiding door Renske Harte - Sluman.

www.haptonomie.nl

Op onze website kunt u alles lezen over het Landelijk haptonomiecongres. Daarnaast vindt u er informatie over onze opleidingen, waaronder:

Basisopleiding in de haptonomie
Opleiding in de haptotherapie
Haptonomische zwangerschapsbegeleiding
Open leergang haptonomie en communicatie

En diverse cursussen en nascholingen voor haptotherapeuten.

In september 2003 zal de opleiding Haptonomische zwangerschapsbegeleiding weer van start gaan!

Voor informatie kunt u uiteraard ook telefonisch contact met ons opnemen: **0343-515178**

Academie voor Haptonomie
Jan Ligthartlaan 1, 3941 BG Doorn

Ik zou hier liever een paar begrippen uit de haptonomie willen gebruiken.

Binnen de haptonomische context zijn te onderkennen:

- stadium van de confrontatie, gepaard gaande met ontlading. De emoties zoeken zich een weg. Welke emoties en hoe ze tot uitdrukking gebracht zullen worden, wordt medebepaald door de voorafgaande belevingen.
- Het stadium van de aanpassing, dat is het zich passief conformeren aan een macht, i.c. een overmacht, en hierin berusten. Het proces staat nog buiten het dagelijkse leven – is er nog los van – maar men voelt reeds het verder moeten ondanks.
- Het stadium van de inpassing. Dit is het actieve proces van zich adapteren (de adaptatie derhalve) aan het gebeuren. De adaptatie is gericht op een doel en verenigt zich daarmee, past niet aan in passiviteit, maar kiest actief en gericht en brengt een gereede aanvaarding met zich mee. Het gebeuren staat niet meer los van het dagelijks leven, maar gaat er deel van uitmaken, men leert leven met.

Literatuur

- Bastiaans J., Verlating en Rouw in: Het naderend einde, Meppel, Boom, 1975.
- Bastiaans J., Vertaling in: Haptonomisch Perspectief no. 3. Overasselt, Academie voor Haptonomie en Kinesionomie, 1976.
- Hampe, J.C., Sterven is heel anders, Baarn, Ten Have, 1977
- Kübler-Ross E., Lessen voor levenden, Bilthoven, Ambo, 1973.
- Kübler-Ross E., Wat kunnen wij nog doen, Bilthoven, Ambo, 1974.
- Kübler-Ross E., Dood, Het laatste stadium van innerlijke groei, Baarn, Ambo, 1975.
- Menges L.J., Begeleiding van stervenden, de waarheid aan het ziekbed, in: Over dood en sterven, onder redactie van H. Faber, Universitaire pers Leiden, 1971.
- Menges L.J., Het sterven van de partner, in: Het naderend einde, Meppel, Boom, 1975.
- Minnen A.J. van, Vraag naar de mondigheid van de patiënt, kan en mag niet gesteld worden, in: Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, nr. 7/8, blz. 250-252, 1975.
- Pollman-Wardenier W., Het haptonomisch-affectieve contact, in: Haptonomisch Perspectief no 3, Overasselt, Academie voor Haptonomie en Kinesionomie, 1976.
- Symposium Meswaardig sterven, Bilthoven, Ambo, 1974.
- Sporken P.; Michels J.; De laatste levensfase, Bilthoven, Ambo, 1975.
- Thiadens e.a., Sterven bij het leven Baarn, Bosch en Keuning, 1974.
- Thiadens Dr. A.J.H., De patiënt als collega van arts en verpleegkundige, in: Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, nr. 7/8 blz. 252-256, 1975.
- Veldman F., Bevrijding, in: Haptonomisch Perspectief no 3, Overasselt, Academie voor Haptonomie en Kinesionomie, 1976.
- Veltman F., Zinvol helpen, in: Raakvlak heel de Mens, Leiden, Spruyt van Mantgem en de Does, 1976.
- Terruwe A.A.A., Affectiviteit en effectiviteit, in: Raakvlak heel de Mens, Leiden, Spruyt, van Mantgem en de Does, 1976.
- Terruwe A.A.A., Abortus provocatus of niet?, Lochem, Tijdstroom, 1975
- Steelweg, CRI, Deze aarde verlaten, Bilthoven, Ambo, 1975.

Wat u ook van ons vindt, vertel het ons en vertel het anderen...

Mia van Luttervelt en Paulien Pinksterboer

Wanneer zelfs een groot landelijk dagblad als TROUW (Misschien wel de beste krant van Nederland) het nodig heeft om paginagrote advertenties te voeren om abonnees te werven, wat heeft dan zo'n klein kwartaalschrift als Haptonomisch Contact dan wel niet nodig om voldoende abonnees te werven?

De economische recessie en de gevolgen voor de gezondheidszorg kunnen betekenen dat veel mensen die zich normaliter zouden abonneren dat nu niet doen. Studenten van opleidingen vinden het abonnement vaak te duur voor hun budget.

Winst is niet het doel. Bestuur en redactieleden doen hun vrijwilligerswerk met een betrekkelijk bescheiden onkostenvergoeding voor presentie, vervoer, kantoor- en telefoon/internetkosten. Wij hopen auteurs binnenkort een bescheiden vergoeding te kunnen geven. Nauwkeurig wordt onderzocht of de kosten lager kunnen zonder te kwaliteit aan te tasten. Voortdurend zoeken wij naar kwaliteitsverbetering zonder kostenverhoging.

Haptonomisch Contact is een zogenaamd 'special interest' tijdschrift. Het is goedkoper dan een echt 'vakblad', maar duurder dan een algemeen tijdschrift dat in grote oplagen en dus in kleur met allemaal toeters en bellen toch goedkoper kan verschijnen. In de toekomst hopen wij bij voldoende abonnees de overheadkosten beter te kunnen spreiden, waardoor we u het tijdschrift beter en goedkoper dan nu kunnen aanbieden.

Haptonomisch Contact is het enige tijdschrift in Nederland dat openstaat voor ieder die in haptonomie is geïnteresseerd of opgeleid. Het is en blijft óns en uw tijdschrift, voor ieder die zich met haptonomie bezighoudt, ook voor wachtkamers, gezondheidscentra en bibliotheken. Haptonomisch Contact is onafhankelijk van welke opleiding of vereniging dan ook. We hopen ooit het gezamenlijke haptonomietijdschrift te worden waarin alle opleidingen en verenigingen met hun eigen pagina's zijn terug te vinden. Daarom is het van groot belang dat dit tijdschrift blijft bestaan en groter groeit. Dat kan niet zonder hulp van lezers. Ideeën, tips en natuurlijk ook bijdragen zijn méér dan welkom. En: als iedere abonnee één of meerdere nieuwe abonnees werft, dan zijn we weer een eindje verder op de goede weg.

Wat u ook van ons vindt, vertel het ons en vertel het anderen... Wellicht houdt u er mensen aan over met wie u geboeid over haptonomie en verwante gebieden kunt praten en schrijven, misschien wel op een andere wijze dan u tot nu toe gewend bent...

Een inleiding in de haptonomie Over kleine dingen

Auteur: drs. T.A.C.M. Gerritse

Haptonomische
inzichten daadwerkelijk
toepassen!

De hoofdschotel van dit boek is het presenteren van de haptonomie als geheel van inzichten. Het uiteindelijke doel is om de haptonomische inzichten daadwerkelijk toe te passen in uw praktijk van zorg en hulpverlening. Een scala van toepassingen komt aan de orde, zoals de haptotherapie, haptonomische begeleiding bij zwangerschap en bevalling en kinesionomie.

De auteur koos in dit boek voor een vijfdeling: een oriënterend deel met theoretische achtergronden en uitgangspunten, de menselijke lichamelijke, het menselijk gevoelsleven, het hart van de haptonomie en tenslotte de toepasbaarheid en toepassingen van de haptonomie.

Dorus Gerritse gaf o.a. colleges in wijsgerige antropologie, heeft tientallen publicaties over haptonomie op zijn naam staan en gaf samen met haptotherapeut Ted Troost gastcolleges.



Over kleine dingen
Een inleiding in de haptonomie

ISBN 90 352 2540 6 /
2e druk / 2002 / 352 blz. /

€ 29,50

JA, stuur mij

_____ ex. *Over kleine dingen* / ISBN 90 352 2540 6 / à € 29,50

Organisatie: _____

T.a.v. dhr./ mw.: _____

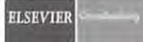
Adres: _____

Postcode/plaats: _____

Telefoon: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

Stuur (een kopie van) de antwoordstrook in een envelop zonder postzegel naar: Elsevier Gezondheidszorg, Afdeling Marketing, Antwoordnummer 2594, 3600 VB Maarssen, Telefoon: 0314 358 358, Fax: 0346 577 950, gezondheidszorg@reedbusiness.nl, www.elseviergezondheidszorg.nl



Elsevier Gezondheidszorg is een onderdeel van Reed Business Information.

Geldig tot 31/12/2003. Prijzen boeken incl. BTW en excl. verzendkosten. Prijswijzigingen voorbehouden. Boeken zijn ook verkrijgbaar in de boekhandel. Statutair gevestigd te Amsterdam. Op alle aanbiedingen, offertes en overeenkomsten zijn van toepassing de algemene voorwaarden die zijn gedeponeerd bij de KvK in Amsterdam. Handelsregister Amsterdam 33.293.475. Uw opgegeven gegevens kunnen worden gebruikt voor het toezenden van informatie en/of speciale aanbiedingen door Reed Business Information en speciaal geselecteerde bedrijven. Indien u hiertegen bezwaar heeft, stuurt u een brief naar Reed Business Information, t.a.v. Adresregistratie, Postbus 808, 7000 AV Doetinchem.

HC archief
Wim Laumans

Haptonomisch Contact

De Otter 29 • 7414 HZ Deventer • E-mail: haptonomischcontact@hotmail.com