

Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte 2019, Vol. 112, No. 1

www.tijdschriftvoorwijsbegeerte.nl

Amsterdam University Press



Inhoud

Focusartikel

- Fenomenologie van ziekte en abnormaliteit 1
JENNY SLATMAN

Commentaar

- De verhouding tussen geleefd lichaam en lichaam als ding 25
MAARTEN COOLEN

- Normaliteit of de stilte van de (lichamelijke) ervaring 33
Commentaar op Jenny Slatmans "Fenomenologie van ziekte en abnormaliteit"
MAREN WEHRLE

- Welke ander? Welke blik? Over het tweede persoonsperspectief 41
Een reactie op "Fenomenologie van ziekte en abnormaliteit" van Jenny Slatman
VERONICA VASTERLING

- Hippocrates een handje helpen 47
NICOLE VAN VOORST VADER-BOURS

- Nietzsches lof van de abnormaliteit 53
JANSKE HERMENS

- Normaal versus abnormaal, typisch versus atypisch 59
Statistiek en de fenomenologie van atypisch gedragsmatig functioneren
KRISTIEN HENS

Repliek

- JENNY SLATMAN 65



Fenomenologie van ziekte en abnormaliteit

Jenny Slatman

ANTW 112 (1): 1–24

DOI: 10.5117/ANTW2020.1.001.SLAT

Abstract

Phenomenology of illness and abnormality

Habitually, illness or disease is considered as something abnormal. Therefore, the distinction between health/illness is often conflated with the distinction normal/abnormal. Inspired by Kurt Goldstein's work, Merleau-Ponty makes clear, however, that abnormality does not automatically coincide with pathology. It is also interesting to note that Merleau-Ponty nowhere uses the term "abnormal" to indicate the opposite of the normal person. Similar to Georges Canguilhem he uses the pair "the normal (person)" (*le normal*) – "the sick person"; "the pathological" (*le malade, le pathologique*). As Goldstein and Canguilhem make more explicit than Merleau-Ponty, the abnormal person or "deviant" is very often not sick. Instead of approaching physical symptoms from an external or statistical view (which might lead to the conclusion that something is abnormal), they claim that sickness should be defined by the patient's own lived experience. Merleau-Ponty shares this view, but for different reasons. Goldstein and Canguilhem, both trained clinicians, believe that patients' own experiences should be central in clinical practice instead of objectifying measurements and tests. For Merleau-Ponty, the phenomenologist, objective physical features have no place within his phenomenology of lived bodily experience. Bracketing positivist scientific insights, phenomenology also excludes biomedical statistics from its analysis. If we assume that abnormality is a result from a comparison with what is statistically seen as normal, this means that a phenomenology of abnormal embodiment might seem a contradiction in terms. In this paper, however, I would like to show that abnormal embodiment can also be approached from a phenomenological perspective. While drawing on some ideas by Hacking on the history of statistical reasoning, I demonstrate how the statistics of abnormality directly

interconnects with lived experience. Hacking explains how the descriptive “average” or “mean” has become the normative “normal”. Because our world is in many ways determined by averages, it is an illusion to think that phenomenology can just bracket statistics. The one who appears physically as abnormal can, comparable to the one who is ill, experience that his or her embodied possibilities to deal with the world dwindle. What I show in this article is that even though a clear distinction can be made between illness and abnormality, both can be accompanied by a reduction or disruption of the “I can”.

Keywords: phenomenology, illness, abnormality, embodiment, “I can”, Merleau-Ponty, Goldstein, Canguilhem, Hacking

1 Inleiding

De tegenstelling tussen ziekte en gezondheid wordt nogal eens gelijkgesteld met de tegenstelling tussen abnormaal en normaal, waarbij gezondheid gezien wordt als de normale toestand en ziekte als een abnormale, afwijkende toestand. Dat wat tot het domein van het normale behoort, wordt in de hedendaagse gezondheidszorg telkens opnieuw vastgesteld op grond van wetenschappelijke inzichten, consensus binnen beroepsgroepen en politiek-maatschappelijke keuzes. Zo is het tegen de achtergrond van de huidige gezondheidspolitiek om fors in te zetten op vroegtijdig en preventief behandelen goed te begrijpen dat de *American Heart Association* in november 2017 de norm voor een te hoge bloeddruk heeft veranderd van 140/90 mm HG naar 130/80 mm HG. Het gevolg van deze verandering van de norm, waarvan verwacht wordt dat Nederland deze op termijn ook zal overnemen¹, is dat nu ongeveer de helft van de Amerikaanse bevolking een te hoge bloeddruk heeft (CBS, 2017). Dit voorbeeld laat zien hoe veranderlijk normen zijn en tegelijkertijd maakt het duidelijk dat abnormaliteit – het niet voldoen aan de norm – niet zonder meer gelijk is te stellen met ziekte. De meeste mensen met een bloeddruk die net boven deze norm ligt, hebben helemaal nergens last van. Artsen mogen ze dan wel graag willen behandelen maar als we al deze mensen als “ziek” bestempelen, dan blijven er uiteindelijk nog maar heel weinig niet-zieke, gezonde mensen over.

1 De claim dat dit waarschijnlijk gaat gebeuren is gebaseerd op mijn persoonlijke correspondentie met de Nederlandse Hartstichting in maart 2019.

Voor de meeste mensen betekent ziek-zijn dat je ergens last van hebt, dat je pijnen of ongemakken ervaart. Als we ons hier beperken tot somatische klachten dan zouden we kunnen zeggen dat ziekte meestal samengaat met een bepaalde vorm van abnormaliteit in het lichaam², maar omgekeerd kunnen we niet zomaar zeggen dat lichamelijke abnormaliteit altijd samengaat met ziekte. Dit laat het bloeddrukvoorbeeld zien. Ook het hebben van een genetische afwijking, abnormaliteit, wil geenszins zeggen dat je ziek bent of dat je ooit ziek wordt. Maar er zijn ook andersoortige voorbeelden waarin abnormaliteit en ziekte niet zomaar samenvallen. Hierbij kunnen we denken aan lichamelijke beperkingen en/of zichtbare lichamelijke afwijkingen. Van mensen met beperkingen kan gezegd worden dat ze afwijken van de norm van normaal functioneren, maar heel vaak wordt dat niet als ziekte gezien, maar eerder als handicap (Scully, 2004). Wat wellicht nog belangrijker is, is dat het hebben van beperkingen meestal (direct) opgemerkt wordt door anderen, waardoor mensen met een beperking ook in sociaal opzicht als abnormaal kunnen worden gezien. Als je maar één been hebt, ben je niet ziek, maar wel abnormaal. Als je na een diagnose kanker, en een succesvolle behandeling daarvan, verder leeft met één borst of zonder neus, ben je niet ziek, maar wel abnormaal.

In een vorig onderzoeksproject heb ik me verdiept in hoe mensen met een beschadiging van hun lichaam, als gevolg van een diagnose kanker, omgaan met die lichamelijke verandering.³ Centraal in dit onderzoek stond de vraag hoe mensen hun afwijkende lichaam ervaren. Die ervaring kun je uiteraard alleen begrijpen als je deze relateert aan de sociale context. Deze mensen hebben niet enkel te maken met een veranderd lichaam maar ook met het gegeven dat anderen hun kunnen zien als afwijkend of abnormaal, omdat ze bijvoorbeeld een borst missen, een zichtbaar litteken hebben of een gelaatsprothese gebruiken. Het zal niemand verbazen dat de fenomenologie van het lichaam centraal stond in dit onderzoek. Vanuit de fenomenologische methode zijn belichaamde zelf-ervaringen immers goed

2 Dit is de gangbare opvatting van somatische artsen. Zij gaan ervan uit dat wat we ziekte noemen terug te leiden moet zijn tot een vorm van orgaan- of weefselpathologie. De belangrijkste casus die een dergelijke opvatting problematiseert, is die van de zogenaamde somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Bij dit soort lichamelijke klachten kunnen artsen geen oorzaak van de ziekte in het lichaam vinden. In dit artikel beperk ik me tot somatische problemen die ook somatisch te duiden zijn en zal ik niet verder ingaan op SOLK. Dat heb ik elders gedaan (Slatman, 2018).

3 Dit betrof mijn NWO-Vidi project "Bodily Integrity in Blemished Bodies". Voor de bevindingen van dit project verwijs ik naar de site van de NWO: <https://www.nwo.nl/onderzoek-en-resultaten/onderzoeksprojecten/1/85/6485.html>.

te duiden. Maar gaandeweg dit onderzoek werd duidelijk dat de gangbare fenomenologie haar beperkingen heeft.

De fenomenologie is zeer geschikt om het fenomeen van ziekte, het ziek-zijn vanuit het eerste persoonsperspectief, te duiden. Maar het geeft veel minder handvaten om de impact van abnormaliteit op die ervaring te analyseren. Daarvoor lijken een sociologische en/of sociaal-constructivistische aanpak veel geschikter. In een eerder artikel heb ik echter al eens gesuggereerd dat we het derde persoonsperspectief wel degelijk vanuit de fenomenologie kunnen analyseren, als we de fenomenologie verder ontwikkelen in de richting van een socio-fenomenologie (Slatman, 2014). In dit artikel wil ik dit verder uitwerken en laten zien dat zowel ziekte als abnormaliteit op fenomenologische wijze geanalyseerd kan worden.

Voor mijn analyse zal ik allereerst terugkeren naar de belangrijkste brontekst voor de hedendaagse fenomenologie van ziekte en gezondheid: Maurice Merleau-Ponty's *Fenomenologie van de waarneming* (1945). In het eerste deel van dit artikel zal ik uitleggen waarom ziekte niet gelijkgesteld kan worden aan abnormaliteit volgens Merleau-Ponty. Dit onderscheid komt voort uit de fenomenologische methodologische overweging om wetenschappelijke kennis en vooroordelen tussen haakjes te zetten. Daarnaast is Merleau-Ponty diepgaand geïnspireerd door het werk van de neuroloog en psychiater Kurt Goldstein die in zijn *The Organism* (1995 [1934]) expliciet stelde dat "It may be stated as certain that any disease is an abnormality, but not that every abnormality is a disease. No matter how we may define normality there are certainly many digressions from the norm that do not mean being sick" (p. 326). Ook Merleau-Ponty's tijdgenoot Georges Canguilhem baseert zich in zijn hoofdwerk *Le normal et le pathologique* (1966 [1943]) op het werk van Goldstein. Omdat Canguilhem veel explicieter dan Merleau-Ponty het onderscheid tussen het normale en het pathologische bespreekt, zal ik hun werk parallel aan elkaar bespreken. In mijn analyse van deze drie auteurs zal naar voren komen dat het gebruik van statistiek een belangrijke rol speelt in het onderscheid tussen ziekte en abnormaliteit. Volgens de fenomenologie moet de statistiek als vorm van wetenschappelijke kennis tussen haakjes gezet worden.

In navolging van Merleau-Ponty's (1945) opmerking dat de belangrijkste les die het tussen haakjes zetten ons leert de onmogelijkheid van een totale reductie is (p. 34), zal ik in het tweede deel van mijn artikel aantonen dat statistiek niet zomaar uit onze leefwereld is te bannen, dat zij niet zomaar tussen haakjes gezet kan worden. Dit zal ik doen aan de hand van Ian Hacking's (1990) analyse van de opkomst van het begrip 'normaal' tegelijkertijd met de opkomst van de statistiek in de 19^e eeuw. Ook al is statistiek

descriptief van aard, zij krijgt al gauw een normatieve, prescriptieve functie, aldus Hacking. Onze leefwereld wordt grotendeels gevormd door “gemiddeldes” die als norm en als normaal worden beschouwd. Lichamelijk afwijken van een gemiddelde impliceert niet enkel een statistische constatering. Lichamelijk afwijken, zo zal ik betogen, heeft direct invloed op belichaamde subjectiviteit en *agency*.

2 Ziekte in *Fenomenologie van de waarneming*

In zijn filosofische analyses van het lichaam, lichamelijkheid, en waarneming maakt Merleau-Ponty (1908-1961) veel gebruik van pathologische casuïstiek. Laten we eerst even kijken waarom hij ziektegevallen gebruikt binnen zijn filosofische analyses van lichamelijkheid. Omdat hij de zieke (*le malade*) contrasteert met degene die normaal is (*le normal*), lijkt het erop dat hij ziekte gebruikt om uit te leggen wat normaal is. Alsof hij uitlegt wat normale lichamelijkheid of waarneming is op grond van pathologische casuïstiek. Toch is dit een te snelle conclusie. Het gebruik van ziektegevallen moeten we plaatsen in de context van zijn fenomenologische aanpak.

Zoals Merleau-Ponty dat duidelijk beschrijft in het voorwoord tot de *Fenomenologie van de waarneming*, vormen de fenomenologische reductie en de eidetische reductie (of variatie) de belangrijke methodologische stappen voor de fenomenologie. Het gebruik van ziektegevallen past binnen de opzet van de eidetische reductie; ziektegevallen vergroten de mogelijke variatie terwijl men op zoek is naar het eidetische of de invariant van de belichaamde existentie. In Husserls opvatting van de eidetische variatie speelt de intellectuele verbeelding de belangrijkste rol. Om het eidetische van iets te kunnen vaststellen, moeten we alle mogelijke vormen van een bepaald fenomeen bedenken of voorstellen en dan nagaan wat niet weggelaten kan worden zonder dat het betreffende fenomeen stopt dat betreffende fenomeen te zijn.

Voor Merleau-Ponty is de eidetische variatie echter niet zomaar een intellectuele oefening waarbij eerst al het mogelijke gedacht of gefantaseerd wordt om vervolgens te kijken wat niet weggestreept kan worden. We zouden kunnen zeggen dat hij juist feitelijke variatie, feitelijke casuïstiek gebruikt om tot zoiets als het eidetische of wezenlijke van iets te kunnen komen. In het voorwoord beschrijft Merleau-Ponty dit ogenschijnlijk tegenstrijdige idee van een filosofie die gericht is op het wezenlijke of de essenties terwijl ze aansluit bij het factische als volgt: “Fenomenologie is het onderzoeken van essenties [...] maar [zij] is ook een filosofie die de

essenties terugplaatst binnen de existentie. Mens en wereld kunnen volgens haar niet anders gedacht worden dan vanuit hun facticiteit” (p. 27, vertaling aangepast JS).

Het normale kan niet zomaar afgeleid worden van het pathologische volgens Merleau-Ponty, omdat ziekte niet hetzelfde is als het verlies van normale functies.⁴ Volgens hem betreffen pathologie en normaliteit verschillende modaliteiten van het zelfde onderliggende fenomeen (p. 152). Wat het onderliggende fenomeen is, wordt duidelijk als we nu inzoomen op het ziektegeval Schneider, een casus die voor het eerst is beschreven door Gelb en Goldstein in 1920.⁵ Deze casus speelt een cruciale rol in Merleau-Ponty’s opvatting van lichamelijkeheid zoals die zo pregnant beschreven wordt in het hoofdstuk over de ruimtelijkheid en de motoriek van het eigen lichaam.

Schneider was een WO I veteraan die door een granaatscherf een hersenbeschadiging heeft opgelopen. Deze hersenbeschadiging had tot gevolg dat zijn manier van waarnemen en van oriënteren en bewegen nogal veranderd was, en bovendien flink afwijkt van hoe een “normaal” persoon waarneemt, zich oriënteert en beweegt. In de traditionele psychiatrie van de jaren 1920 werd zijn geval geclassificeerd als een geval van “psychische blindheid” (p. 147). Schneider was niet blind, maar met gesloten ogen was hij niet in staat om zogenaamde abstracte bewegingen uit te voeren. Abstracte bewegingen zijn bewegingen die op artificiële wijze aan iemand ontlokt worden. Zo was Schneider niet in staat om op de vraag van de arts om (met gesloten ogen) zijn neus aan te raken, of op commando zijn ledematen te buigen of strekken. Als hij echter jeuk aan zijn neus heeft, kan zijn hand direct zijn neus vinden (met gesloten ogen), en kan zijn hand ook

4 Het gebruik van ziektegevallen als een manier van eidetisch variëren, impliceert niet dat het normale afgeleid kan worden van het ziektegeval. Dit wordt echter wel eens gedaan. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de analyse van het geval Ian Waterman door verschillende filosofen (Gallagher & Cole, 1995). Ian Waterman heeft een heel uitzonderlijke neurologische aandoening van specifieke (lange) zenuwen in zijn lichaam waardoor hij zijn eigen lichaam van binnenuit niet kan voelen. Hij ontbeert proprioceptie. Hierdoor kan hij zichzelf alleen bewegen als hij zichzelf constant monitort met zijn ogen. Ondanks dat Ian Waterman zich aardig heeft leren redden, is wel duidelijk dat die continue zelf-monitoring behoorlijk abnormaal is. Conclusies die dan ook meestal uit deze casus wordt getrokken is dat het gevoel van het lichaam van binnenuit, gevormd door proprioceptie, een voorwaarde is voor een normale vorm van lichamelijkeheid. Zo gebruikt Merleau-Ponty zijn ziektegevallen dus niet in de *Fenomenologie van de Waarneming*.

5 De casus is opgenomen in hun boek *Psychologische Analysen hirmpathologische Fälle*, Leipzig: Barth (1920), pp. 157-250 (“Über den Einfluss des vollständigen Verlustes des optischen Vorstellungsvermögens auf das taktile Erkennen”).

direct de zakdoek in zijn zak vinden om zijn neus te snuiten. Deze laatste bewegingen zijn concrete bewegingen. Deze concrete bewegingen, die mechanisch en fysiologisch gezien hetzelfde zijn als de abstracte bewegingen, verschillen van de abstracte bewegingen omdat ze geheel en al binnen de betreffende situatie plaatshebben.

Dat Schneider zijn neus niet kan aanwijzen op commando kan dus niet uitgelegd worden in termen van een defect in het sensomotorische systeem, alsof er iets mis zou zijn met een zintuig of een spier. Aanwijzen (*Zeigen*, abstracte beweging) en grijpen (*Greifen*, concrete beweging) betreffen twee verschillende intentionele handelingen, terwijl hun onderliggende anatomie en fysiologie dezelfde is. Het verschil tussen beide vormen van bewegen laat een variatie in mogelijkheden zien van hoe wij ons kunnen verhouden tot de wereld. Daar waar de concrete beweging voornamelijk een manier is om met de betreffende situatie om te gaan, daar betreft de abstracte beweging het overstijgen van die situatie. Het verschil tussen beide vormen van bewegen laat ook een variatie zien van de mate waarin motorische handelingen op een reflectieve of pre-reflectieve manier plaatsvinden. De concrete bewegingen vinden over het algemeen plaats zonder dat daar over gereflecteerd, gedacht wordt. Abstracte bewegingen veronderstellen meestal dat men zich heel bewust is van wat men doet. Als er gevraagd wordt op commando je neus aan te wijzen, is dat een beweging waar je even bij nadenkt, terwijl het krabbelen aan je neus omdat deze jeukt als vanzelf gaat. Hierbij moet echter wel opgemerkt worden dat een concrete beweging niet hetzelfde is als een reflexmatige beweging, zoals het strekken van een omlaag hangend onderbeen wanneer er op de kniepees wordt geslagen met een hamertje. Een dergelijke reflex kan men niet controleren. Concrete bewegingen zijn wel degelijk te controleren en je kunt je er ook zeker van bewust worden en er op reflecteren, maar normaal gesproken is dat niet nodig en vindt de beweging plaats in de *flow* van de situatie, en doet men wat op dat moment het best past in die situatie.

Als we de twee verschillende vormen van bewegen zien als mogelijke variaties van het fenomeen belichaamde existentie dan kunnen we motorische intentionaliteit als invariant oormerken. Motorische intentionaliteit is volgens Merleau-Ponty gefundeerd in wat hij de "intentionele boog" noemt (p. 181). Onze gehele bewuste leven wordt gedragen door deze boog, die zowel een projectie van ons verleden, heden, en toekomst als van onze sociale omgeving, onze fysieke, morele en ideologische situatie bevat. Deze intentionele boog zorgt ervoor dat we ons ergens en op een bepaalde manier(en) kunnen situeren. Wat nu typisch is voor Schneider, is dat zijn intentionele boog verzwakt is (*se détend*), dat deze minder omspannt (p. 181).

De metafoor van spansterkte en spanwijdte verwijst naar de mogelijkheden die mensen hebben, waarbij we het hebben van mogelijkheden moeten opvatten in termen van het existentiële “ik kan”. Ons bewustzijn, zo zegt Merleau-Ponty, is niet allereerst een “ik denk” zoals Descartes en Kant stelden, maar een “ik kan”, *je peux* (p. 183). Het gaat dan niet alleen maar om het letterlijk wel of niet kunnen van taken omdat je lichaam ergens een defect heeft. Nee, het gaat om de mate waarin je mogelijkheden hebt om met je wereld, met de gegeven situatie waarin je je bevindt om te gaan. Zowel de omgeving of situatie waarin iemand zich bevindt als het lichamelijke functioneren van iemand bepalen samen, als in een dialoog, wat iemands mogelijkheden zijn. Voor Merleau-Ponty is het hebben van minder mogelijkheden, het hebben van een slappe boog, het meest kenmerkende voor wat we ziekte noemen. De zieke, Schneider, heeft minder mogelijkheden. De manier waarop hij met zijn wereld en omgeving omgaat, wordt gekenmerkt door een grote mate van stroefheid. De zieke, zo kunnen we dus zeggen, tast zijn gehele bestaan, zijn existentie, aan.

In *Fenomenologie van de waarneming* gaat Merleau-Ponty niet verder in op hoe de scheidslijn tussen normaal en ziek getrokken wordt. Door een ziektegeval als voorbeeld te nemen dat in de klinische literatuur als ziekte wordt beschreven, lijkt hij er klakkeloos van uit te gaan dat het geheel helder is wat een ziekte is. Ook omdat hij verder geen beschrijving geeft van wat dan normaal is, zou je hem kunnen betichten van een nogal naïef idee van normaliteit: alsof normaliteit datgene is wat niet in de klinische literatuur wordt beschreven en alsof dat iets is dat van nature gegeven is. Dit is echter niet het geval. Merleau-Ponty beschrijft ziekte als het aangedaan zijn van iemands intentionele boog. Deze beschrijving impliceert een dynamisch begrip van zowel normaliteit als pathologie. In Merleau-Ponty's eigen werk wordt dit dynamische begrip niet echt expliciet gemaakt – ziekte en normaliteit zijn geenszins de hoofdthema's in zijn werk. Om duidelijk te maken hoe we ziekte en normaliteit als dynamisch en als niet-naturalistisch kunnen opvatten, wil ik nu kort ingaan op een aantal elementen uit het werk van Kurt Goldstein en Georges Canguilhem.

3 Het normale en het pathologische volgens Goldstein en Canguilhem

Kurt Goldstein (1878-1965) was een belangrijke inspirator voor Merleau-Ponty's analyses van lichamelijkheid. Als neuroloog en psychiater was hij vanaf 1916 werkzaam in Frankfurt waar hij veel WO I veteranen zag

met hersenbeschadigingen, zoals ook Schneider. Volgens Goldstein (1995 [1934]) staat gezondheid voor de meest adequate manier waarop het organisme met zijn omgeving omgaat. Gezondheid bestaat dan ook vooral uit “voorkeur gedrag” of “geordend gedrag” (p. 48). Hiermee bedoelt hij dat de manier waarop het menselijke organisme handelt, gebaseerd is op allerlei gewoontes (en vaardigheden) die verworven zijn door de tijd heen, door traditie en door opvoeding. Hieruit wordt direct duidelijk dat gezondheid niet iets universeels is, maar dat het altijd gebonden is aan een bepaalde tijd en plaats waarin voorkeuren zijn ontwikkeld. Normaliteit of gezondheid is dus niet gebaseerd op een van te voren gegeven wetenschappelijke of morele norm, maar wordt gevormd binnen een proces van gewenning. Met andere woorden, er bestaat volgens Goldstein niet zoiets als een supra-individuele norm welke voorschrijft wat normale of gezonde lichamelijke is. De norm volgens welke een individu gezond of ziek is, wordt door het individuele organisme gevormd terwijl het zich verhoudt tot en reageert op zijn omgeving.

Het is precies dit idee van gezondheid en normaliteit dat Georges Canguilhem (1904-1995) verder uitwerkt in zijn hoofdwerk *Le normal et le pathologique* (1966 [1943]). Belangrijkste kenmerk van gezondheid is volgens Canguilhem een flexibiliteit van normen. De gezonde persoon of de normale voldoet niet zozeer aan een van te voren gegeven norm van gezondheid, maar zijn of haar gezondheid bestaat nu juist uit het hebben van de mogelijkheid om telkens nieuwe normen te stellen. Gezond-zijn betekent normatief-zijn. Daar waar Goldstein stelt dat normaal lichamenlijk handelen gebaseerd is op een normalisatieproces van gewenning en aanpassing, als een wisselwerking tussen het organisme en de omgeving, daar onderstreept Canguilhem dat dit een open en oneindig proces is bij iemand die gezond is.

Ziekte manifesteert zich volgens Goldstein in verstoord, ordeloos gedrag dat samengaat met een verlies aan vaardigheden (zowel cognitieve als motorische). We moeten hier uiteraard niet uit het oog verliezen dat Goldstein zijn analyses voornamelijk baseert op patiënten met hersenbeschadigingen, zoals de hierboven beschreven Schneider. Een typisch fenomeen dat hij bij deze patiënten observeerde is dat het verlies aan vaardigheden heftige ervaringen van angst en onzekerheid bij de patiënt kunnen triggeren. Deze ervaring noemt hij de “catastrofale reactie” (p. 49). Merleau-Ponty en Canguilhem nemen beiden het idee van ziekte van Goldstein over (Gérard, 2010; Waldenfels, 2005). Ziekte uit zich in het hebben van minder mogelijkheden. Merleau-Ponty beschrijft dat in termen van een slappe intentionele boog of een verminderd “ik kan”. Canguilhem beschrijft ziekte als een

levensnorm (*norme de vie*), maar een norm die inferieur is. Inferieur omdat ze niet in staat is zichzelf te veranderen in een andere norm (p. 120). Ziek-zijn is volgens Canguilhem niet hetzelfde als niet-normaal of abnormaal zijn. De zieke is niet ziek omdat zij of hij van een gegeven norm afwijkt. De zieke is ziek omdat zij of hij slechts kan instemmen (*admettre*) met één enkele norm (p. 122). Oftewel: “De zieke is niet abnormaal door het ontbreken van een norm, maar door het onvermogen (*incapacité*) om normatief te zijn” (p. 122, vertaling JS). Dit betekent dat hij of zij niet in staat is om andere normen tot stand te brengen in andere situaties (p.120). Daarom is de zieke in beperkte mate genormaliseerd.

Gezondheid of normaliteit betekent dan ook dat het organisme tot meer in staat is dan zich louter aan te passen aan de omgeving. Wanneer een organisme zich enkel kan aanpassen aan zijn of haar omgeving dan volgt het enkel die specifieke situatie en is het niet in staat om de norm om aan die situatie aan te passen te overstijgen. Het blijft dan gebonden aan die specifieke omgeving en is niet normatief. Alleen maar kunnen aanpassen duidt op pathologie (Muhle, 2014). Dit zagen we ook bij Schneider. Doordat hij prima in staat is tot concrete bewegingen kan Schneider zich prima redden in de gegeven situatie, maar hij is niet in staat om met die situatie te spelen.

4 De stilte van gezondheid

Goldstein, Canguilhem en Merleau-Ponty benadrukken allen bij hun analyse van ziektegevallen de subjectieve ziekte-ervaring, de ervaring van ziekte vanuit het eerste persoonsperspectief. Met een verwijzing naar de toen bekende uitspraak van de Franse chirurg René Lérique (1879-1955) dat “gezondheid het leven in de stilte van de organen is” (*la vie dans le silence des organes*, p. 52) stelt Canguilhem dat ziekte altijd gerelateerd is aan de ervaring van de zieke persoon. Een persoon die slechts de stilte van zijn of haar organen voelt, is in de opvatting van Canguilhem niet ziek. Dit lijkt een makkelijk te weerleggen claim, want we weten dat er allerlei ziektes zijn waarvan je je niet echt ziek voelt: beginnende diabetes of beginnende kanker kan nog altijd goed samengaan met de “stilte van de organen”, in die zin dat de persoon in kwestie er niets van voelt en dat er allerlei medische diagnostische apparatuur aan te pas moet komen om de ziekte vast te stellen. Dit vindt Canguilhem geen werkelijke objectie, want het feit dat we tegenwoordig allerlei medische kennis en apparatuur hebben waardoor we al een ziekte kunnen vaststellen zonder dat deze “gehoord” is door de patiënt, is uiteindelijk wel terug te leiden tot ervaringen van patiënten. Medische

kennis, hoe losgezongen die nu ook mag lijken te zijn van de ervaringen van patiënten, heeft zich alleen kunnen ontwikkelen op basis van een rijke geschiedenis van patiënten die hun ervaringen gedeeld hebben met dokters. Met andere woorden, een apparaat dat de bloedsuikerspiegel meet, zelfs op een niveau waarbij mensen geen klachten hebben, heeft men alleen kunnen ontwikkelen omdat mensen met daadwerkelijke klachten van een lage bloedsuikerspiegel naar hun dokter gingen. Daarom schrijft Canguilhem: “is er niets binnen de wetenschap dat niet eerst voor het bewustzijn is verschenen” (p. 53, vertaling JS).

Een ziekte, zo lijkt Canguilhem te zeggen, begint in termen van hedendaagse medische sociologie, als een *illness*, als een ervaring van ziekte. Pas als de dokters allerlei diagnostische testen hebben ontwikkeld wat de mogelijke somatische oorzaak van die klachten is wordt het een *disease*.⁶ Ziekte als *disease* is ziekte gezien vanuit het standpunt van de biomedische wetenschappen. Aan het begin van dit artikel sprak ik over een te hoge bloeddruk en zei toen dat ondanks een abnormale waarde mensen zich niet ziek hoeven te voelen, en waarschijnlijk ook niet zeggen dat ze ziek zijn. Dit kunnen we nu nader preciseren door te zeggen dat er voor deze mensen geen sprake is van *illness*. Dokters die gefocust zijn op het opsporen van pathologische afwijkingen geven een geobserveerde afwijking meestal wel een medisch label. Een te hoge bloeddruk is “hypertensie”, en ook al zal een dokter misschien niet zeggen dat je ziek bent, hij of zij zal je vast wel vertellen dat je een aandoening hebt waar iets aan gedaan moet worden.

Wat we bij Merleau-Ponty, Goldstein en Canguilhem zien is dat zij met hun nadruk op het eerste persoonsperspectief van de patiënt een kritiek leveren op de nadruk op *disease* in de moderne geneeskunde sinds de 18^e en 19^e eeuw. Deze ontwikkeling, die bijvoorbeeld ook door Canguilhems leerling, Michel Foucault, is beschreven in zijn *Naissance de la clinique* (1963), houdt in dat artsen steeds meer nadruk zijn gaan leggen op het onderzoek naar onderliggende defecten en afwijkingen in de anatomie en fysiologie om klachten van patiënten te begrijpen, te diagnosticeren en te behandelen. Aan het begin van de 19^e eeuw schrijft Bichat dat er lijken open gemaakt moeten worden om ziektes beter te kunnen begrijpen, waardoor er een gelukkig huwelijk tussen anatomie en pathologie tot stand kon komen: de

6 Binnen de medische sociologie en antropologie wordt er meestal een onderscheid gemaakt tussen drie verschillende dimensies of voorstellingen van ziekte: (1) de ziektebeleving door de patiënt (*illness*); (2) de ziekte zoals die wordt gedefinieerd door de medische wetenschap (*disease*); en (3) de sociale uiting van ziekte (*sickness*) (Carel & Cooper, 2014).

anatomie wordt pathologisch terwijl de pathologie anatomiseert (Foucault, 1963, p. 132).

Waar de geneeskunde zich voorheen meer concentreerde op de klachten en symptomen waarmee patiënten zich bij een arts meldden, daar wordt nu het anatomische lichaam de focus van de geneeskunde. Een ziekte, pathologie, is datgene wat je ergens in het lichaam kunt lokaliseren. Drew Leder (1992) zegt daarom ook wel dat het lichaam dat centraal staat in de moderne geneeskunde eigenlijk het dode lichaam is, het lijk van de pathologische anatomie. Door deze nadruk op de pathologische *disease*, die in onze tijd steeds meer versterkt wordt door allerlei diagnostische (beeld)technologieën die het mogelijk maken om ongerijmdheden in het lichaam te lokaliseren zonder het open te snijden, verdwijnt het verhaal van de patiënt naar de achtergrond binnen de klinische praktijk. Goldstein, Merleau-Ponty en Canguilhem willen juist de ziektebeleving van patiënten meer centraal te stellen.

5 Kwantificering van ziekte

Naast de opkomst van het zogenaamde *disease*-model in de geneeskunde, beschrijft Canguilhem hoe er in de 19^e eeuw ook een verschuiving plaatsvond van een kwalitatief naar een kwantitatief concept van ziekte. In zijn historische analyse laat Canguilhem zien hoe de definitie van gezondheid als “normale staat”, welke geïntroduceerd werd door de arts-fysioloog Broussais (1772-1838), heeft geleid tot het idee dat het verschil tussen ziekte en gezondheid een kwantitatief verschil betreft (p. 18-31). Volgens Broussais heeft ieder orgaan een normale toestand. Een afwijking van deze normale toestand impliceert ziekte, en deze afwijking ontstaat wanneer een orgaan *teveel* of *te weinig* geprikkeld wordt door bijvoorbeeld een irritatie of een ontsteking. De ideeën van Broussais vonden niet zomaar hun weg naar een groot publiek. In zijn tijd werd Broussais eigenlijk helemaal niet zo serieus genomen. Hij stond model voor menig kolderiek personage in het werk van Balzac. Balzac ridiculiseerde Broussais omdat hij aan het begin van de 19^e eeuw nog steeds een fervent voorstander was van aderlatingen en schreef dat er onder zijn handen net zoveel bloed is vergoten als tijdens de Napoleontische veldslagen (Hacking 1990, p.82-83). Ian Hacking stelt overigens dat het door Balzacs parodieën op Broussais komt dat de term “normaal” haar intrede doet in de Franse taal (p. 166). Dat het idee van gezondheid als “normale toestand” uiteindelijk een wijdverbreid idee wordt, komt met name door August Comte (1798-1857) (Canguilhem 1943, p. 18-26).

Zich baserend op het “eminent filosofische principe” van Broussais stelt Comte dat de pathologische en de normale toestand niet wezenlijk, niet kwalitatief, van elkaar verschillen. De pathologische toestand is niets anders dan een *teveel* of een *te weinig* ten opzichte van de normale toestand (Canguilhem 1943, p. 21). Dit idee van ziekte is ons geenszins vreemd. Denk maar aan de voorbeelden van normale en abnormale waarden van de bloedsuikerspiegel of van de bloeddruk. *Meer* suiker in het bloed duidt op een probleem met een orgaan, en dus een ziekte. Bij *hypertensie*, of *hoge* bloeddruk is de druk van het bloed op de wand van het bloedvat zo hoog dat deze op den duur schade kan berokkenen aan de bloedvatwand.

In zijn analyse bekritiseert Canguilhem deze kwantificering van ziekte. Allereerst laat hij zien dat de redeneringen van zowel Broussais als Comte niet geheel coherent zijn, en dat hun bepalingen van “teveel” of “te weinig” juist om een kwalitatief, normatief perspectief vraagt: “wanneer je het abnormale definieert door een teveel of te weinig, dan erken je dat de zogenaamde normale toestand een normatief karakter heeft” (p. 25, vertaling JS). Voor Canguilhem (en ook voor Goldstein) kan ziekte niet gezien worden als een toestand die slechts in kwantitatief opzicht verschilt van de normale toestand. Wanneer je bloeddruk hoger dan 130/80 mm HG is, ben je nog niet zomaar ziek. Ziekte impliceert een kwalitatief andere toestand dan gezondheid: je voelt je anders, je kunt de dingen niet meer doen zoals voorheen.

Canguilhems en Goldsteins kritiek op het idee van ziekte als een kwantitatief verschil gaat ook samen met hun beider opvatting dat een statistisch perspectief niet bijdraagt aan het inzicht of een individu ziek is of gezond (Canguilhem 118). Een norm die gebaseerd is op een statistisch gemiddelde doet geen recht aan de ervaring van het individu; een dergelijke norm kan niet bepalen of een individu ziek of gezond is (Goldstein, 1934, p. 326). Met veertig slagen per minuut, is de hartslag van Napoleon, ten opzichte van het gemiddelde (zeventig slagen), veel te laag, maar de beste man was in goede gezondheid. Klaarblijkelijk waren die veertig slagen van zijn hart voldoende om te kunnen omgaan met de eisen die het leven aan hem stelde (Canguilhem, p. 118).⁷

In Merleau-Ponty's werk vind je geen uitgebreide analyse van de betekenis van statistiek, maar het is evident dat een statistisch perspectief op

7 Belangrijk om hier op te merken is dat de “normale” hartslag van zeventig gebaseerd is op een gemiddelde, terwijl de bloeddruk norm zeker geen gemiddelde is. We zien immers nu dat door de verlaging van de norm ongeveer de helft van de populatie niet aan de norm voldoet.

het lichaam voor hem samengaat met het idee van het lichaam als object, en niet te verenigen is met wat hij het eigen lichaam (*corps propre*), geleefde lichaam (*corps vécu*) of het lichaam als subject (*corps sujet*) noemt. Het lichamelijke subject ervaart zichzelf als belichaamd vanuit het eerste persoonsperspectief, waarbij het dan om ervaringen van het lichaam door middel van gelokaliseerde gewaarwordingen gaat zoals tast, pijn, proprioceptie, kinesthetische gewaarwordingen, warmte en kou (Slatman, 2018b). Statistische maten van het lichaam, net zoals de medische blik van een arts, vormen een perspectief van buitenaf, vanuit een derde persoonsperspectief, en betreffen het objectieve lichaam (*corps objectif*). Omdat Merleau-Ponty niet expliciet geïnteresseerd is in de vraag wat normaal is (en wat niet), zoals Canguilhem en Goldstein dat wel zijn, maakt hij er niet veel woorden aan vuil. Het is daarom des te interessanter om in te zoomen op een passage waarin hij het statistische perspectief wel noemt wanneer hij het over eigenschappen van mensen heeft.

Aan het begin van het hoofdstuk over vrijheid (waarin hij in discussie treedt met Sartre), legt Merleau-Ponty uit dat je enkel vanuit een eerste persoonsperspectief, vanuit het perspectief *pour soi*, geen bewustzijn kunt hebben van eigen kwaliteiten zoals jaloers zijn of gebocheld zijn.⁸ Laten we hier even stil staan bij de verwijzing naar de gebochelde (*le bossu*). De figuur van de gebochelde is een interessante omdat deze – zeker na Victor Hugo's roman *Notre Dame de Paris* (1831) waarin de gebochelde Quasimodo de hoofdrol speelt – exemplarisch is voor abnormale lichamelijke in de Europese cultuur. Merleau-Ponty beschrijft dat de gebochelde persoon enkel bewust wordt van het feit dat hij of zij gebocheld is door zichzelf te vergelijken met anderen, door zichzelf door de ogen van een ander te zien waarmee hij of zij dan een statistisch of objectief perspectief op zichzelf inneemt (p. 496) Het statistische perspectief, perspectief van buitenaf – het perspectief *pour autrui* zou Sartre zeggen – vormt het bewustzijn van gebocheld zijn. Statistisch gezien hebben de meeste mensen een redelijke

8 Het is precies de kwaliteit van jaloers-zijn die Sartre uitlegt in zijn beroemde voorbeeld van de persoon die jaloers is en door het sleutelgat gluurt (om te zien wat zijn minnares aan het doen is) en die van zijn eigen jaloezie bewust wordt op het moment dat hij stappen hoort in de gang en zich dan beseft dat een ander hem hier kan zien gluren. De blik van de ander – *pour autrui* – wakkert schaamte in hem aan, en door die zelf-reflectieve emotie wordt hij zich bewust van een manier van zijn, een bepaalde kwaliteit, waar hij zich eerst niet van bewust was. Aanvankelijk was hij nog enkel, *pour soi*, aan het gluren (Sartre, 1943, p. 354-356).

rechte rug en geen bochel. De bochel is daarmee een statistische afwijking van het gemiddelde.

Wat interessant is aan deze terloopse opmerking over de gebochelde is Merleau-Ponty's claim dat het onder andere door statistiek komt dat men zich bewust wordt dat men afwijkt van de norm, dat men abnormaal is. Maar dit is voor hem niet hetzelfde als bewustzijn van ziek-zijn. Net zoals Goldstein en Canguilhem gaat hij er vanuit dat statistiek – welke supra-individuele normen vaststelt – niet helpt om te bepalen of een individu ziek is of niet. Bewustzijn van ziekte is voor hen alle drie gebaseerd op de patiënts eigen ervaring, op het eerste persoonsperspectief. Dit betekent dan dat gebocheld-zijn eigenlijk geen ziekte is, omdat degene die gebocheld is dit niet vanuit zijn of haar eerste persoonsperspectief als zodanig ervaart. Hier wordt dan ook duidelijk hoe we het verschil tussen ziekte enerzijds en abnormaliteit anderzijds bij Goldstein, Canguilhem en Merleau-Ponty kunnen duiden. Ziekte betreft de geleefde ervaring van minder mogelijkheden hebben om met de situatie en omgeving om te gaan. Abnormaliteit kan bestaan zonder dat het “gehoord” wordt, waarbij het verborgen blijft onder de “stilte van de organen”, zolang deze niet geconfronteerd wordt met anderen, met de vergelijking ten opzichte van anderen.

6 Statistiek en abnormaliteit

Abnormaliteit, abnormale lichamelijke verschijnt dus enkel binnen een kader van vergelijking. Binnen de geneeskunde en volksgezondheid wordt dit kader gevormd door grootschalige biomedische en statistische metingen. Goldstein en Canguilhem waren beiden opgeleid als clinicus en hun kritiek op de statistische benadering moet dan ook vooral gezien worden in het licht van hun opvatting dat deze benadering geen recht doet aan de ervaringen en verhalen van hun (individuele) patiënten. Voor Merleau-Ponty ligt dit uiteraard anders. Hij was geen arts en zijn kritiek op een statistische benadering van het lichaam is dan ook niet geïnspireerd door het verbeteren van de klinische praktijk. Zijn kritiek is filosofisch van aard. Het tussen haakjes zetten van het statistische perspectief op het lichaam om beter inzicht te krijgen in de belichaamde existentie, past binnen de fenomenologische exercitie van het “terugkeren naar de zaken zelf”. Het voorstel tot een dergelijke terugkeer impliceert dat we onze door de wetenschappen gevormde kennis en vooroordelen zoveel mogelijk tussen haakjes moeten zetten. Omdat de aanduiding “abnormale lichamelijke” een uitkomst is van statistiek, moet deze in de fenomenologische duiding van

de belichaamde existentie, tussen haakjes worden gezet. Een fenomenologie van abnormaliteit lijkt daarmee een *contradictio in terminis* te zijn. Het is dan ook geen wonder dat Merleau-Ponty de term “abnormaal” niet gebruikt in zijn analyse van Schneider. Schneider, de zieke (*le malade*) wordt gecontrasteerd met de normale (*le normal*). Nergens wordt de normale (*le normal*) gecontrasteerd met de abnormale (*l'anormal*).⁹

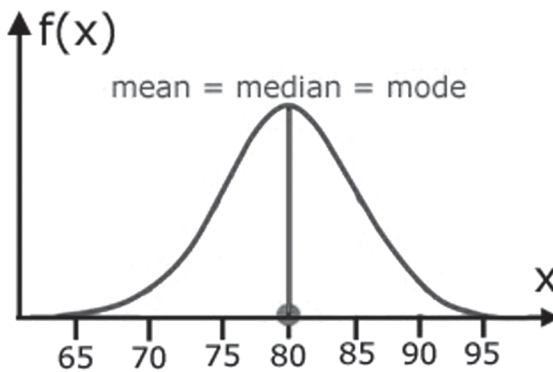
In het vervolg van dit paper wil ik nu juist aantonen dat het ook mogelijk is om een fenomenologische aanpak van abnormale lichamelijke te ontwikkelen. Ik zal uitleggen dat de statistiek van abnormaliteit niet zomaar een neutrale vorm van wetenschappelijke kennis is die vreedzaam en onafhankelijk bestaat van de manier waarop mensen hun lichamen ervaren. Ook al hebben we het voornemen om statistische kennis tussen haakjes te zetten voor onze fenomenologische analyse van geleefde ervaringen vanuit een eerste persoonsperspectief, een dergelijk tussen-haakjes-zetten, ofwel een dergelijke fenomenologische reductie, kan nooit helemaal compleet zijn.¹⁰ Onze leefwereld is doordrongen van statistiek. Het merendeel van onze dagelijkse activiteiten wordt gedicteerd door statistische normen.

Om duidelijk te krijgen hoe statistische kennis in de geleefde ervaring van mensen infiltreert maak ik nu een uitstapje buiten de fenomenologie om in te gaan op een analyse van de statistiek van de wetenschapsfilosoof Ian Hacking. In zijn historische analyse van de statistiek in de 19^e eeuw in *The Taming of Chance* (1990), legt Hacking een direct verband tussen de ontwikkeling van de statistiek en de opkomst van het begrip “normaal”. Volgens Hacking heeft het begrip “normaal” in de zin van “gebruikelijk”, “gewoon” en “gangbaar” zijn oorsprong in de 19^e eeuw (p. 162). Voor die tijd sprak men als het om mensen of lichamen ging niet van zoiets als een normaal mens of een normaal lichaam, maar over “menselijke natuur” (p. 161). De term normaal – afkomstig van het Latijnse *norma* en Griekse *ortho* dat rechte hoek betekent – krijgt de betekenis van “gebruikelijk” en “gewoon” onder meer door ontwikkelingen in de statistiek. Eén van de belangrijkste statistische ideeën is dat de meeste kenmerken of eigenschappen normaal

9 In de *Fenomenologie van de waarneming* gebruikt Merleau-Ponty de term “abnormaal” alleen wanneer hij spreekt over experimenten van Stratton waardoor de normale waarneming gemanipuleerd wordt (p. 295).

10 Zoals Merleau-Ponty (1945) zelf schrijft: “Het belangrijkste dat de reductie ons leert, is de onmogelijkheid van een volledige reductie” (p. 34). Met deze interpretatie van de reductie plaatst Merleau-Ponty zich binnen de traditie van de hermeneutiek. De hermeneutiek gaat er immers vanuit dat we in onze analyses altijd al geleid worden door een bepaald impliciet voorbegrip. In dit artikel laat ik uiteindelijk zien hoe analyses van abnormaliteit, in onze tijd en leefwereld, veelal geleid worden door onze statistische kijk op het lichaam.

verdeeld zijn binnen een populatie. De term “normaal verdeling” die uitdrukking geeft aan deze symmetrische verdeling van eigenschappen werd geïntroduceerd door Francis Galton aan het einde van de 19^e eeuw, maar daarvoor werd er al volgens deze verdeling gedacht in termen van de Gauss-curve welke gebruikt werd binnen de kansberekening. Als eigenschappen normaal verdeeld zijn, dan betekent dat dat het gemiddelde samenvalt met de mediaan (de waarde die in het midden ligt) en de modus (de waarde die het vaakst voorkomt). Een normaal verdelingscurve ziet er uit als een zogenaamde klokcurve die geheel symmetrisch is.



Figuur 1 Grafische weergave normaalverdeling

Typische voorbeelden van normaal verdeelde eigenschappen zijn zaken zoals biometrische eigenschappen (gewicht, lengte), maar ook zaken zoals de studieresultaten van studenten.¹¹ Om daadwerkelijk van een normale verdeling te kunnen spreken, moet de statistische berekening van gemiddelde, mediaan en modus wel gebaseerd zijn op een grote steekproef. De normaal verdeling en het gemiddelde zijn descriptieve modellen die ons inzicht geven in de variatie van eigenschappen binnen een bepaalde

¹¹ Nederlandse premiers, zoals Balkenende en Rutte, komen nog wel eens in het nieuws als zij hun beklag doen over de zogenaamde zesjes-cultuur die specifiek zou zijn voor Nederland. Als de zesjes-cultuur al een cultuur zou zijn dan is deze niet typisch Nederlands, maar het gevolg van het gegeven dat onderwijsdeskundigen ervan uit gaan dat studieresultaten normaal verdeeld (moeten) zijn. Uitgaande van een mogelijk te behalen score tussen 0 en 10 is het normaal dat de meeste studenten (modus) een score van rond de 6 halen. Voor onderwijskundigen is de zogenaamde zesjes-cultuur geen enkele reden om je zorgen te maken, maar juist een bevestiging van de normaal verdeling! Als het merendeel van leerlingen een 8 of 9 zouden behalen dan zou er juist iets vreemds aan de hand zijn.

populatie. Hacking laat echter zien dat op het moment dat de normaal verdeling op het toneel verschijnt als een descriptief model, zij ook direct een normatieve functie krijgt. Hiervoor is het werk van de Belgische statisticus Alphonse Quetelet (1796-1874) – volgens Hacking de “greatest regularity salesman” van de 19^e eeuw (p. 105) – exemplarisch. Quetelet, die in hoge mate geïnteresseerd was in allerlei maten en berekeningen van het menselijke lichaam – aan hem hebben we ook de nog steeds veel gebruikte Body Mass Index (BMI) of Quetelet-index te danken – wist de hand te leggen op een voor de 19^e eeuw opmerkelijk rijke biometrische dataset afkomstig van het Schotse leger. Van zo’n 5000 soldaten was de borstomvang gemeten, waarschijnlijk om maten vast te stellen voor nieuwe uniformen. Volgens Quetelets berekeningen zijn de waardes van de borstomvang “normaal” verdeeld.¹² Hij noemde dit nog niet zo, maar maakte gebruik van de “foutencurve” zoals die door Gauss gebruikt was om de waardes van meetfouten in de astronomie weer te geven.

Volgens Gauss liet de foutencurve zien dat de waardes die geconcentreerd zijn in het midden en het meest frequent voorkomen de minst foute waardes zijn. De gemeten waardes die verder van het midden afliggen en die minder frequent voorkomen zijn het meest fout. Door middel van deze curve kon Gauss aangeven, op basis van vele metingen, welke meting van een bepaalde planeet het meest waarschijnlijk correct is. Wanneer Quetelet die foutencurve – die dezelfde grafische vorm heeft als de normaal verdeling – gaat gebruiken voor zijn berekening van de gemiddelde borstomvang van de Schotse soldaat, gebeurt er wel iets opmerkelijks zoals Hacking aangeeft. Daar waar Gauss de gemiddelde en daarmee de meest correcte meting baseerde op een veelvoud van metingen van één en dezelfde planeet, daar berekent Quetelet de gemiddelde omvang van de borstkas op grond van metingen van veel borstkassen. Quetelet lijkt de metingen van de vele verschillende borstkassen te zien als een veelheid van metingen van één en het zelfde lichaam – het gemiddelde lichaam. Bij Gauss gaat het om een werkelijk bestaande entiteit, namelijk een planeet. Quetelet benadert de gemiddelde borstkas, of het gemiddeld lichaam op dezelfde manier als Gauss een planeet beschouwt. Daarom, zo zegt Hacking, “Quetelet changed the game. He applied the same curve to biological and social phenomena

12 Hacking geeft overigens aan dat als Quetelet beter naar de cijfers had gekeken, hij dan niet tot deze conclusie had kunnen komen. De metingen van de Schotse soldaten gaven juist aan dat er nogal wat verschillen waren tussen Schotten afkomstig uit de verschillende delen van Schotland (p. 109).

where the mean is not a real quantity at all, or rather: *he transformed the mean into a real quantity*" (p. 107).

Deze specifieke interpretatie van het gemiddelde impliceert dat waarden die (ver) van het gemiddelde af liggen beschouwd worden als fouten, als daadwerkelijke afwijkingen en niet enkel als een statistische deviatie. Dit betekent dat als de gemiddelde borstkasomvang 39 inches is, dan is iemand met een borstomvang van 47 inches abnormaal, een deviant. Het gemiddelde wordt vanuit het idee van de foutencurve gelijkgesteld met de norm. Een soldaat met een borstomvang van 47 inches voldoet niet aan de norm. Wat we in deze analyses van Quetelet zien, is dat het gemiddelde niet enkel een beschrijvend model is van hoe de biometrische waarden van borstkasomvang verdeeld zijn. Het gemiddelde wordt zelf normatief of prescriptief in de zin dat het aangeeft hoe een borstkas van een Schotse soldaat *zou moeten zijn*. Voor Quetelet vormt het statistische gemiddelde een *ideaal*. Gebaseerd op zijn overtuiging dat de natuurlijke en sociale wereld gestructureerd en georganiseerd zijn volgens bepaalde wetten van regelmatigheid, gaat hij er vanuit dat het statistische gemiddelde de uitdrukking is van het ideaal type binnen een bepaalde populatie. Dit ideaal type is ook direct verbonden met ras, waarmee Quetelet, net zoals het merendeel van zijn collega's, onderschrijft dat statistiek van groot belang is om de kwaliteiten van een populatie/ras in kaart te brengen en deze te verbeteren. Veel statistici waren dan ook voorstander van de "eugenetica", een term die ook door Francis Galton werd geïntroduceerd. Quetelet heeft het echter nergens over zoiets als een *Übermensch*, maar spreekt van de gemiddelde mens – *l'homme moyen* als ideaal. De gemiddelde mens is niet enkel een statistisch construct volgens Quetelet, maar een daadwerkelijke entiteit. Ook is het niet zo dat hij de gemiddelde mens als een middelmatig mens ziet (zoals Galton na hem wel deed). Nee, voor hem is het gemiddelde het ideaal. Hij zegt letterlijk: "An individual who epitomized in himself, at a given time, all the qualities of the average man, would represent at once all the greatness, beauty and goodness of that being" (Geciteerd door Porter, 1986, p. 102).

Hacking's analyse van Quetelet laat zien hoe het ogenschijnlijk neutrale en descriptieve van het statistische gemiddelde direct normatief wordt.¹³ Al zullen we tegenwoordig het gemiddeld-zijn niet direct verbinden met de grootsheid van de mens, ook in onze tijd wordt het ideaal van het

13 Hacking (1990) schrijft: "The normal stands indifferently for what is typical, the unenthusiastic objective average, but it also stands for what has been, good health, and for what shall be our chosen destiny. That is why the benign and sterile-sounding word 'normal' has become one of the most powerful ideological tools of the twentieth century." (p. 169).

gemiddelde vaak omarmd als het om uiterlijk gaat. In de jaren 1990 stelden psychologen vast dat een mooi gezicht niets anders dan een gemiddeld gezicht is (Langlois & Roggman, 1990). Wegenstein en Ruck (2011) laten zien dat, ook al wordt dit ideaal tegenwoordig genuanceerd door Marquardts idee van de goudensnede verhouding, mensen die cosmetische make-overs ondergaan gevormd worden naar een wiskundig berekend model (p. 44). Ook Kathy Davis (1995), die onderzoek deed naar de beweegredenen van vrouwen om cosmetische chirurgie te ondergaan, observeert dat gemiddeldes belangrijker zijn dan diversiteit. De meeste vrouwen die cosmetische chirurgie ondergingen gaven aan dat ze graag “gewoon” of normaal in de zin van gewoon wilden zijn. Zij wilden niet per se mooier worden maar gewoner. Hier zien we dus duidelijk hoe het idee van een gemiddelde er makkelijk voor kan zorgen dat individuen die buiten de reikwijdte van het statistisch normale zichzelf als anders in een negatieve zin beschouwen, en daardoor zelfs de druk voelen om zich meer aan te passen aan de norm, om zichzelf te normaliseren, om meer bij het gemiddelde, binnen de scope van het normale, te horen. Wanneer je in een bepaalde populatie gemiddeld of gewoon bent, dan val je niet op, trek je geen aandacht. Wanneer je echter niet aan gemiddeldes voldoet dan val je op, terwijl je daar helemaal niet op zit te wachten. De vergelijkende blikken van anderen kunnen je belemmeren. Daarnaast is het zo dat onze hele leefwereld is ingericht op gemiddeldes: architecten, ontwerpers en kledingmakers gebruiken maten die bij het grootste gedeelte van de populatie passen. Val je buiten de klokcurve van het normale dan gaan de meeste zaken niet als vanzelf. Dit punt kan ons helpen om het abnormale te integreren binnen de fenomenologie.

7 Naar een fenomenologie van het abnormale

Merleau-Ponty stelt dat de gebochelde het derde persoonsperspectief nodig heeft, wil hij of zij zich bewust worden van het feit dat hij of zij “afwijkt” van die anderen. Dit klopt, maar dit derde persoonsperspectief, dat stevig gevoed wordt door ideeën over gemiddeldes, is ook deel van onze leefwereld. Wanneer Merleau-Ponty aangeeft dat iemand zich niet bewust is van zijn of haar eigen eigenschappen, zoals gebocheld zijn, dan betekent dat deze vorm van belichaamd zijn voor die persoon, zonder de blik van de ander, iets vanzelfsprekends heeft. We kunnen ook zeggen dat op het moment dat de gebochelde zich niet bewust is van zijn of haar bochel en zijn of haar lichaam als vanzelfsprekend ervaart, zijn of haar lichaam het vanzelfsprekende nulpunt van handelen en oriëntatie vormt. Dit nulpunt valt

samen met het hierboven genoemde “ik kan”. Daarom kunnen we zeggen dat het “ik kan” van de gebochelde die zich niet bewust is van zijn of haar gebocheld-zijn niet is verminderd.

Uitgaande van zijn analyse van Schneider, kunnen we stellen dat Merleau-Ponty ziekte definieert als een verstoring of vermindering van het “ik kan”. Dit is ook in lijn is met Goldsteins opvattingen over “ongeordend gedrag” en de “catastrofale reactie”, en Canguilhems idee dat ziekte samengaat met het verlies aan normatief-zijn. Wat ik hier nu wil toevoegen is dat verstoringen van het “ik kan” niet enkel tot het domein van ziekte of pathologie behoren. Zoals Merleau-Ponty aangeeft, treedt er een verstoring van het “ik kan” op wanneer de vanzelfsprekende manier om met je omgeving en situatie om te gaan verstoord wordt. Maar deze verstoring van het “ik kan” treedt ook op wanneer mensen het gevoel hebben dat hun lichamelijke, hun manier van belichaamd-zijn, niet vanzelfsprekend is binnen een specifieke sociale groep. In zijn hoofdstuk over “De geleefde ervaring van de Zwarte (*le Noir*)”, in zijn boek *Peau noire, masques blancs* (1952) stelt Frantz Fanon dat zwart-zijn in het witte Frankrijk van de jaren 1950 een directe impact heeft op zijn lichaamsschema en dus op zijn lichamelijke subjectiviteit. Het lichaamsschema – dat bij Merleau-Ponty ten grondslag ligt aan het “ik kan” – moet volgens Fanon ingeruild worden voor een “raciaal epidermaal schema” (*schéma épidermique racial*, p. 90). In haar *Queer Phenomenology* (2006) werkt Sara Ahmed dit verder uit en schrijft ze: “For bodies that are not extended by the skin of the social, bodily movement is not so easy. Such bodies are stopped” (p. 139). Zwart-zijn in een witte wereld betekent dat je opvalt, dat je vorm en kleur van belichaamd zijn nooit vanzelfsprekend is, dat je in plaats van een nulpunt van oriëntatie juist vaak een punt van aandacht voor anderen wordt. Zwart-zijn in een witte wereld leidt in die zin tot een inhibitie van intentionaliteit en mogelijkheden. Het leidt tot gestopt-woorden.

Merleau-Ponty, die overigens nergens aan huidskleur refereert, redeneert dat fysieke kenmerken welke vanuit een derde persoonsperspectief worden opgemerkt, fenomenologisch gezien, tot het “objectieve lichaam” horen en niet tot het geleefde of eigen lichaam, het lichaam als subject. Fanon en Ahmed laten nu juist zien dat huidskleur en raciale kenmerken een enorme impact hebben op het lichaam als subject, het lichaam als de drager van het “ik kan”. Deze observatie kunnen we uitbreiden naar het domein van de abnormale lichamelijke, d.w.z. een lichamelijke die statistisch gezien afwijkt van wat gezien wordt als normaal binnen een sociale groep, zoals de gebochelde. Omdat niet gemiddeld-zijn, binnen een sociale groep vaak samengaat met anders-zijn in negatieve zin, zorgt het ervoor dat

je opvalt in deze groep, er uitsteekt, dat je niet voor normaal kunt doorgaan (Goffman, 1963). Als dat het geval is, kan niet-gemiddeld zijn een impact hebben op het geleefde lichaam.¹⁴

Wanneer Merleau-Ponty het over de gebochelde heeft dan stelt hij dat deze persoon zich enkel vanuit de blik van de ander als anders of afwijkend zal ervaren. Misschien is het wel zo dat een gebochelde die in totale sociale isolatie leeft of in een gemeenschap met alleen maar gebochelden zijn of haar gebocheld zijn niet als iets afwijkends ervaart. In het echte leven is dit echter nooit het geval. In het echte leven worden we altijd geconfronteerd met de vergelijkende blik van anderen. Deze blik kan iemands belichaamde zijn aantasten doordat zij het vanzelfsprekende belichaamde nulpunt van handelen en oriëntatie verandert in een lichaam dat opvalt voor anderen. De blik tast dus direct het geleefde lichaam aan omdat zij de vanzelfsprekendheid ervan verbreekt. Degene van wie het lichamelijke uiterlijk statistisch gezien afwijkt, kan dus wel degelijk een verstoring van zijn of haar “ik kan” ervaren zonder dat er sprake is van ziekte zoals beschreven door Merleau-Ponty, Canhuilhem of Goldstein.

Goldstein schreef dat ziekte altijd samengaat met abnormaliteit, maar abnormaliteit niet altijd met ziekte (p. 326). Met dit standpunt van Goldstein kunnen we het best eens zijn als we even terugdenken aan het voorbeeld van de hoge bloeddruk. Een bloeddruk van hoger dan 130/80 mm HG wordt in de Verenigde Staten op dit moment gezien als een abnormale waarde, maar zoals gezegd voelen de meeste mensen met een dergelijke bloeddruk zich niet ziek en zouden ze waarschijnlijk ook niet zeggen dat ze ziek zijn. Goldstein zou inderdaad zeggen dat deze mensen niet ziek zijn. We zouden daarom kunnen zeggen dat Goldsteins onderscheid tussen ziekte en abnormaliteit heel goed gebruikt kan worden om hedendaagse medicalisering tegen te gaan (Waldenfels, 2005, p.63). Wanneer dokters een bloeddruk van hoger dan 130/80 mm HG als een aandoening of *disease* gaan zien, i.p.v. enkel een abnormale waarde, dan wordt daarmee medisch ingrijpen gelegitimeerd.

14 Iris Young (1990) heeft in haar beroemde artikel “Throwing like a girl” betoogd dat veel vrouwen in een seksistische maatschappij de ervaring van “it can, but I cannot” hebben. Zij kunnen veel minder omdat ze van kinds af aan een gesloten lichaamshouding hebben moeten aannemen. Hun “ik kan” wordt dus verstoord door sociale normen. De normen waar Young het over heeft, zijn uiteraard niet gebaseerd op gemiddeldes van de statistiek – vrouwen vormen geen minderheid in een sociale groep. Anders-zijn wordt hier dan niet opgevat als statistisch afwijkend, maar is gebaseerd op De Beauvoirs idee dat de vrouw de Ander is.

De normen waar Goldstein en Canguilhem het over hebben betreffen voornamelijk fysiologische normen, normen die volgens Broussais de normale staat van een orgaan of weefsel aangeeft. In dit artikel heb ik het echter over normen van hoe lichamen verschijnen. Zoals ik hierboven heb aangegeven, komen normen van hoe een lichaam er uit zou moeten zien vaak overeen met gemiddelde waardes binnen een populatie. Op basis van mijn uitleg van welk effect statistisch redeneren kan hebben binnen hedendaagse samenlevingen, heb ik de suggestie naar voren gebracht dat het enkele gegeven van fysiek afwijkend zijn ook vaak kan leiden tot een verstoring van het nulpunt van handelen en daardoor tot een vermindering van mogelijkheden. Dit is van toepassing op al die lichamelijke kenmerken die door anderen waargenomen kunnen worden. Wanneer je zwart bent in een witte samenleving, wanneer je een bochel hebt in een samenleving waar de meerderheid dat niet heeft, wanneer je veel langer of kleiner dan de meesten bent, wanneer je een ledemaat mist, wanneer je borst geamputeerd is, wanneer je gezicht beschadigd is.

In de fenomenologie van het lichaam wordt deze variatie in fysieke kenmerken meestal enkel beschouwd als kenmerken van het objectieve lichaam, en als zodanig meestal tussen haakjes gezet en buiten de analyse gehouden. Wat ik nu juist heb laten zien is dat waarneembare fysieke verschillen – abnormaliteit volgens de statistiek – niet noodzakelijkerwijs betekenen dat iemand ziek is, maar dat zij wel een plaats moeten krijgen binnen de fenomenologische analyse omdat zij ook het geleefde lichaam betreffen. Een fenomenologie van abnormaliteit integreert het derde persoonsperspectief, het perspectief van buitenaf, in het eerste persoonsperspectief. Een fenomenologie van abnormaliteit kan ons aldus helpen om uit te leggen hoe fysiek anders-zijn wordt ervaren door mensen.

Bibliografie

- Ahmed, S. (2006) *Queer Phenomenology: Orientations, Objects, Others*. Durham and London: Duke University Press.
- Canguilhem, G. (1966 [1943]) *Le Normal et le Pathologique*. Paris: PUF.
- Carel, H., & Cooper, R. (Eds.). (2014) *Health, Illness and Disease: Philosophical Essays*. London: Routledge.
- CBS (2017) *Nearly half of U.S. adults have high blood pressure under new guidelines*. <https://www.cbsnews.com/news/half-of-u-s-adults-have-high-blood-pressure-under-new-guidelines/>.
- Davis, K. (1995) *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. London & New York: Routledge.
- Fanon, F. (1952) *Peau Noire, Masques Blancs*. Paris: Seuil.
- Foucault, M. (1963) *Naissance de la Clinique*. Paris: PUF.

- Gallagher, S., & Cole, J. (1995) Body image and body schema in a deafferented subject, *The Journal of Mind and Behavior* 16, pp. 369-389.
- Gérard, M. (2010) Canguilhem, Erwin Straus et la phénoménologie: la question de l'organisme vivant, *Bulletin D'Analyse* 6(2), pp. 118-145.
- Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin.
- Goldstein, K. (1995 [1934]) *The Organism: A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man*. New York: Zone Books.
- Hacking, I. (1990) *The Taming of Chance*. Cambridge MA: Cambridge University Press.
- Langlois, J. H., & Roggman, L. A. (1990) Attractive faces are only average, *Psychological science* 1(2), pp. 115-121.
- Leder, D. (1992) A tale of two bodies: The Cartesian corpse and the lived body, in: D. Leder (red.) *The Body in Medical Thought and Practice*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp. 17-35.
- Merleau-Ponty, M. (1945) *Fenomenologie van de waarneming* (vertaling Rens Vlasblom en Douwe Tiemersma, 1997). Amsterdam: Ambo.
- Porter, T. M. (1986) *The Rise of Statistical Thinking, 1820-1900*. Princeton University Press.
- Sartre, J.-P. (1943) *Het Zijn en het Niet. Proeve van een Fenomenologische Ontologie* (vertaling Frans de Haan, 2003). Rotterdam: Lemniscaat.
- Scully, J. L. (2004) What is a disease? Disease, disability and their definitions. *EMBO reports* 5(7), pp. 650-653.
- Slatman, J. (2014) Multiple dimensions of embodiment in medical practices. *Medicine, Health Care and Philosophy* 17(4), pp. 549-557.
- Slatman, J. (2018) Reclaiming embodiment in medically unexplained symptoms, in: K. Aho (red.), *Existential medicine: Essays on health and illness*. London: Rowman & Littlefield, pp. 101-114.
- Slatman, J. (2018b) Hoe belichaamd is het corps propre? *Filosofie* 28(2), pp. 10-15.
- Waldenfels, B. (2005) Normalité et normativité. *Revue de métaphysique et de morale* 45(1), pp. 57-67.
- Wegenstein, B., & Ruck, N. (2011) Physiognomy, reality television and the cosmetic gaze. *Body & Society* 17(4), pp. 27-54.
- Young, I. M. (1990) *Throwing Like a Girl and Other Essays in Feminist Philosophy and Social Theory*. Bloomington: Indiana University Press.

Over de auteur

Jenny Slatman is hoogleraar Medical Humanities aan Tilburg University. Haar publicaties betreffen voornamelijk filosofische, antropologische en cultuurwetenschappelijke analyses van de betekenis van lichamelijke expressie en kunst, en in medische praktijken.

De verhouding tussen geleefd lichaam en lichaam als ding

Maarten Coolen

ANTW 112 (1): 25–31

DOI: 10.5117/ANTW2020.1.002.COOL

In haar artikel stelt Jenny Slatman, zoals ik haar begrijp, twee kwesties aan de orde, die beide van groot belang zijn. Eerst gaat zij in op een neiging die in onze tijd veel voorkomt. Of iemand ziek is dan wel gezond, kan worden vastgesteld, zo denkt men, door de waarden van bepaalde medische parameters te meten, en te kijken of ze voldoen aan de normen die op dat moment door de medici worden gehanteerd. Het onderscheid tussen ziek en gezond wordt zo gelijkgesteld met het niet of wel voldoen aan een norm, dus met het verschil tussen abnormaal en normaal. Nadat de auteur duidelijk heeft gemaakt dat deze benadering van ziekte op een misvatting berust, stelt ze zich tot doel een alternatieve, fenomenologische beschrijving van ziekte te geven waarin pas recht kan worden gedaan aan hoe de persoon die ziek is zijn ziek zijn zelf ervaart.

Maar hiermee stelt zij zich niet tevreden. Ze stelt een tweede belangrijke kwestie aan de orde, namelijk hoe mensen hun lichaam ervaren, nadat het door een medische ingreep afwijkend geworden is van wat het was, en daarmee abnormaal in verhouding tot andere normale lichamen. Deze kwestie kan ook in een algemenere zin worden opgevat, namelijk hoe mensen hun lichaam ervaren als het op de een of ander manier afwijkt van wat in een bepaalde sociale context als normaal wordt gezien. Ze zoekt naar een fenomenologische beschrijving van deze abnormaliteit. De fenomenologie van Merleau-Ponty schiet daartoe te kort, omdat daarin wordt gesteld dat iemand het derde-persoons perspectief van anderen nodig heeft om gewaar te kunnen worden dat hij van die anderen afwijkt. Haar oogmerk is om een fenomenologie van het abnormale te ontwikkelen, waarin er ruimte is voor een eerste-persoons perspectief op het eigen lichaam.

Ik deel met haar het standpunt dat het zeer belangrijk is om de beide taken die ze zichzelf heeft gesteld ten uitvoer te brengen. Ziekte moet niet met het afwijken van een medische norm worden geïdentificeerd, en bepaalde vormen van abnormaliteit van het lichaam kunnen niet uitsluitend als afwijkend van een bepaalde norm worden begrepen. Tenslotte wordt wie ziek is of van een geaccepteerde norm afwijkt vaak met verrekende persoonlijk en sociale gevolgen geconfronteerd. Zonder een beschrijving vanuit de eerste persoon van de ervaring die de getroffensten van hun lichamelijke gesteldheid hebben, zal men nooit de benarde situatie kunnen begrijpen waarin ze terecht zijn gekomen. Maar mijn aanpak van deze twee kwesties verschilt op sommige punten van de hare.

Slatman wijst erop dat Merleau-Ponty ziektegevallen gebruikt om een eidetische reductie in de zin van Husserl door te voeren, iets wat minder auteurs is opgevallen dan je zou verwachten. Daar ben ik het geheel mee eens, maar ik ben geneigd in de uitleg ervan de accenten iets anders te leggen dan zij doet. Het zal straks duidelijk worden waarom ik dit doe. Wat is dan het fenomeen dat men met deze reductie in het vizier krijgt?

Het eidetische of wezenlijke dat in deze variatie via de pathologische symptomen wordt gevonden, is het lichamenlijk perspectief dat *gezonde* mensen op hun wereld hebben. Daarbij wordt uiteraard, zoals Slatman terecht expliciet opmerkt, het gezonde niet uit het pathologische afgeleid, maar wordt de stoornis geduid in het kader van het zoeken naar het wezenlijke van de menselijke existentie. Het blijkt dat de zieke Schneider een andere existentievorm heeft dan wij gezonde mensen, maar ook de zijne is volledig in de zin dat daarin een wereld wordt geconstitueerd die hem de mogelijkheden biedt zijn leven te leiden. In zijn eerste-persoons perspectief op zijn ziekte voelt hij, als we Merleau-Ponty's fenomenologie van het lichamenlijk open staan voor de wereld volgen, echter niet direct dat zijn lichaam bepaalde kwalen heeft, maar ontdekt hij dat zijn wereld hem niet dezelfde uitnodigingen biedt waarop hij kan antwoorden, als die welke de wereld aan de gezonde biedt. Hij wordt zich zijn stoornis bewust doordat hij op problemen stoot in de omgang met wat zich voordoet in de situaties waarin hij terecht is gekomen. De zieke leert zijn ziekte kennen via de omweg van een aangetaste wereld.

Onvermijdelijk dringt zich nu de vraag op, wat maakt dat de zieke persoon 'minder' mogelijkheden krijgt waarvoor hij kan openstaan, dan de gezonde. Om daarop een antwoord te vinden, moeten eerst een aantal andere punten worden verhelderd.

Voor ieder mens, ziek of gezond, geldt dat de intentionele gerichtheid op wat zich in zijn situatie voordoet, tot uitdrukking komt door te antwoorden

op uitnodigingen die zich in deze situatie aandienen. Antwoorden kunnen wij alleen omdat ons omgaan met dingen op verworven gewoontes berust, maar tegelijk ook omdat we niet in onze bestaande gewoontes zijn opgesloten: we kunnen ons namelijk nieuwe gewoontes eigen maken. Om de suggestie te vermijden dat er een 'wij' is dat antwoordt, en dat daarnaast het lichaam slechts een instrument is dat 'wij' daarbij kunnen inzetten, is het wellicht beter te zeggen dat *het lichaam dat wij zijn* antwoordt.

Beweging is een onontbeerlijk element van de gerichtheid van het geleefde lichaam. Het kent een motorische intentionaliteit, hetgeen inhoudt dat het in zijn bewegingen de zin van zijn intentionaliteit tot vervulling laat komen. Zoals in Slatmans artikel te lezen is, licht Merleau-Ponty deze motorische intentionaliteit toe aan de hand van het onderscheid tussen 'concrete' en 'abstracte' bewegingen, dat hij aan het werk van Gelb en Goldstein ontleent. Haar weergave van dit onderscheid is zeer gangbaar; zij deelt deze bijvoorbeeld met Hubert Dreyfus. Toch ben ik geneigd dit onderscheid op een iets andere wijze te begrijpen dan zij.

'Concrete' bewegingen *bevestigen* de betekenissen in een wereld waarmee wij al vertrouwd zijn in het kader van een tot gewoonte geworden levenswijze. Voorbeelden zijn: een pan op het fornuis zetten, of een hinderlijke mug doodslaan, of iets vastgrijpen. 'Abstracte' bewegingen veronderstellen weliswaar dat we opgenomen zijn in een vertrouwde wereld, maar deze zijn betrokken op mogelijkheden die al wel in de situatie besloten liggen maar nog verborgen zijn gebleven. Ze treden pas als zodanig aan het licht wanneer het lichaam zich uit zijn vanzelfsprekende gewoontes weet los te maken en zich op een nieuwe manier laat aantrekken door wat de situatie te bieden heeft. Er wordt dan door de beweging van het lichaam een nieuwe betekenis *gesticht*. Voorbeelden zijn: tijdens een feestje op een onbekende afgaan om een gesprek te beginnen, of iemand wenken, of iets aanwijzen. Ik ben het dus niet met Slatman eens dat abstracte bewegingen door gezonde personen gemaakt worden door reflexief de situatie te overstijgen. Schneider kan inderdaad alleen concrete bewegingen maken, geen abstracte, althans niet op de manier van gezonde mensen. Zijn waarneming en beweging zijn gebonden aan wat hem *actueel* gegeven is. Hij heeft niet de speelruimte om zich *in* de situatie waarin hij zich bevindt te oriënteren op wat *mogelijk* is, maar (nog) *niet actueel* is geworden.¹ Voor de arme Schneider blijkt het, anders dan voor gezonde mensen, juist noodzakelijk

1 Ik baseer deze interpretatie mede op de titel van de paragraaf die begint op Merleau-Ponty 2009/2017, p. 170.

zich geheel en al van de vertrouwde situatie los te maken om abstracte bewegingen te kunnen maken. Hij wordt ermee geconfronteerd dat er in zijn pogingen om dit soort bewegingen te maken *niets* in zijn situatie is, waarbij hij zou kunnen aanknopen. Hij kan ze slechts op commando maken, in de lucht, en dan ook nog op zeer gebrekkige wijze. Gezonde mensen blijft deze bezoeking gelukkig bespaard.

Nu besproken is wat het betekent dat zieken existentieel gezien 'minder' mogelijkheden hebben dan gezonden, wordt het tijd aandacht te schenken aan de tweede taak die Slatman op zich heeft genomen, namelijk te zoeken naar een beschrijving van de subjectieve (of eerste-persoons) ervaring van een lichaam dat abnormaal is omdat het verminkt is of afwijkt van een sociale norm. Weer wil ik vooropstellen, dat ik wat betreft het uitdrukkelijk plaatsen van deze kwestie op de filosofische agenda, geheel aan haar kant sta.

Ons bewustzijn, en dat is niet iets anders dan het lichaam dat wij zijn, wordt primair gekenmerkt door de mate waarin wij iets met onze wereld kunnen aanvangen, door een 'ik kan'. Daaraan ten grondslag ligt het lichaamsschema dat voor het 'ik' een wereld doet ontstaan. We kunnen met Merleau-Ponty stellen dat ziekte verschijnt als een 'ik kan' dat is aangetast. Het gevolg is, dat iemand bij ziekte niet meer op de vanzelfsprekende vertrouwde wijze met zijn situatie kan omgaan. Kan nu deze verstoring van het 'ik kan' ook optreden wanneer mensen het gevoel hebben dat ze belemmerd worden in hun omgang met de situatie waarin zij verkeren, wanneer zij het gevoel hebben dat daarin hun belichaming niet vanzelfsprekend is voor een specifieke sociale groep? Zeker doet zich dit verschijnsel voor, vaker dan we aanvaardbaar zouden moeten vinden, maar hoe moeten we het fenomenologisch begrijpen? Slatman merkt terecht op dat als we Merleau-Ponty volgen, de gebochelde de afwijking van zijn lichaam alleen vanuit het perspectief van andere personen kan vatten. Iemand is, volgens hem, immers nooit geheel en al zijn natuur of zijn geschiedenis zoals die in het lichaam zijn neergeslagen. De gebochelde houdt de existentiële mogelijkheid iets te doen waarbij de bochel geen rol speelt, al kan dat feitelijk heel moeilijk zijn. Op dit punt is Slatman niet tevreden met de aanpak van Merleau-Ponty: zij streeft ernaar de fenomenologie van het belichaamd-zijn zo uit te breiden, dat daarin ook een beschrijving van de subjectieve ervaring van het abnormaal-zijn van het eigen lichaam kan worden opgenomen. Haar indringende voorbeeld is de situatie van een zwarte persoon in een witte wereld. Als je als zwarte je belichaming niet als vanzelfsprekend kunt ervaren, leidt dat tot inhibitie van het verwerkelijken van bepaalde mogelijkheden.

Haar bezwaar tegen Merleau-Ponty spitst zich toe op diens opvatting dat fysieke kenmerken van het lichaam fenomenologisch gezien altijd bij het 'objectieve' lichaam horen, en niet bij het geleefde lichaam. In het geval van de gebochelde en van het zwart zijn in een witte samenleving voldoet deze manier van denken niet. Het niet normaal zijn binnen een bepaalde groep tast, zo stelt zij, direct het geleefde lichaam aan. Uiteraard kun je dat binnen Merleau-Ponty's fenomenologie niet zeggen, zoals zij trouwens zelf ook opmerkt. Maar daarom schiet hier dan juist zijn fenomenologie tekort.

Dat is zo, maar ik kan niet meegaan met haar oplossing via de uitbreiding van de fenomenologie die zij voorstelt. Dat de gebochelde zijn bochel in bepaalde situaties ervaart als een afwijkend kenmerk van zijn lichaam, berust daarop, dat hij wat zijn existentie betreft niet samenvalt met zijn gebocheld-zijn, en in die zin juist open kan staan voor de onrechtvaardigheid die verbonden is met pogingen van anderen om hem tot gebochelde te reduceren, ofwel, omgekeerd, zichzelf kan vereenzelvigen met hoe hij in de blik van anderen wordt gevangen. De door Slatman geciteerde uitspraak van Iris Young 'het kan, maar ik kan niet', kan alleen worden gedaan door iemand die ondanks alles een intentionaliteit heeft die niet volledig bepaald is door haar zwart-zijn. Het 'ik kan' van Merleau-Ponty slaat op het kunnen openstaan voor een wereld, welke dan ook, het 'ik kan niet' van Young op wat zich *binnen* een reeds geconstitueerde wereld afspeelt. Het eerste is de existentiële voorwaarde voor het tweede. Alleen zo kan een misstand aan de orde worden gesteld. Het is vergelijkbaar met wat Merleau-Ponty over de vrijheid zegt van iemand die onderaan een rotswand staat: zijn vrijheid wordt niet door de hindernis voor hem beknot, integendeel zijn vrijheid laat de rotswand pas als hindernis voor hem verschijnen.²

Toch stelt Merleau-Ponty's fenomenologie van het 'ik kan' ons voor een probleem. Zoals ik al elders heb betoogd,³ lijkt bij hem het lichaam te verdwijnen wanneer het iets ziet of iets doet, ten gunste van de wereld die erdoor wordt geopend. Het lichaam wordt opgeslokt in zijn afgestemdheid op de wereld. Of, preciezer gezegd, dat het lichaamsschema niet alleen een wereld toegankelijk maakt, maar dat het lichaam ook als ding te midden van de andere dingen in het waarnemings- en handelingveld voorkomt, wordt veronachtzaamd. De filosofische antropologie van Helmuth Plessner, die een sterk fenomenologische component heeft, kan volgens mij hier uitkomst bieden. Heel kort: de mens *is* zijn geleefde lichaam (*Leib*),

2 Merleau-Ponty 2009/2017, p. 558.

3 Coolen 2014, p. 113 e.v.

in zoverre het hem laat antwoorden op wat zich in situaties voordoet waarin hij terecht komt. En hij *heeft* zijn lichaam als ding (*Körper*), in zoverre het hem lokaliseert te midden van de andere dingen en andere mensen, en hij het kan inzetten bij het uitvoeren van een handeling. Leven doet een mens door voor de verhouding tussen deze twee polen lichaam-zijn en lichaam-hebben steeds weer opnieuw een voorlopig vergelijk te vinden.⁴

In Merleau-Ponty's *Fenomenologie van de waarneming* komt dit onderscheid, dat hij overigens aan Plessner heeft ontleend, ook voor, zij het in een verzwakte vorm. Maar hij heeft het voornamelijk over het geleefde lichaam dat een wereld opent, en vat, voor zover hij het lichaam als ding in zijn beschouwingen betreft, dit ten onrechte uitsluitend op als een object van de wetenschappen. Als je in dat kader het wilt hebben over de impact die abnormaliteit op het leven van mensen heeft, dan moet je wel zeggen, zoals Slatman doet, dat juist het geleefde lichaam wordt geraakt. Ik zou daarentegen zeggen: het geleefde lichaam komt niet in de leefwereld voor; en, belangrijker: het lichaam als ding is juist een ding waarmee we in de leefwereld iets aanmoeten. En daarom moeten we steeds weer opnieuw een persoonlijke manier vinden om ons voorlopig te schikken in ons lot dat wij onszelf steeds weer als ding moeten kunnen zien zoals anderen ons waarnemen in een wereld die we met hen delen. Wij moeten ons verhouden tot de afwijkingen aan ons lichaam die in de leefwereld met anderen door hen als abnormaal worden bestempeld. Als gebochelde deze verhouding te leven in een wereld van mensen met rechte ruggen, is geen gemakkelijke opgave.

Bibliografie

- Coolen, M. (2014) Bodily Experience and Experiencing One's Body, in: J. de Mul (red.) *Plessner's Philosophical Anthropology: Perspectives and Prospects*. Amsterdam: Amsterdam University Press, pp. 111-128.
- Krüger, H.-P. (2010) Persons and their Bodies: The *Körper/Leib* Distinction and Helmuth Plessner's Theories of Ex-Centric Positionality and *Homo Absconitus*, *Journal of Speculative Philosophy* 24 (3), pp. 256-274.
- Merleau-Ponty, M. (2009/2017) *Fenomenologie van de waarneming*, vertaald door R. Vlasblom & D. Tiemersma, 2e, herziene druk. Amsterdam: Boom. Oorspronkelijke titel: *Phénoménologie de la perception*, 1945.

4 Zie verder Krüger 2010, Coolen 2014.

Over de auteur

Maarten Coolen was universitair docent en onderzoeker werkzaam in de gebieden cultuurfilosofie, fenomenologie en filosofische antropologie aan het Departement Wijsbegeerte van de Universiteit van Amsterdam. Als gast bij dezelfde afdeling zet hij deze activiteiten nu gewoon voort.



Normaliteit of de stilte van de (lichamelijke) ervaring

Commentaar op Jenny Slatmans “Fenomenologie van ziekte en abnormaliteit”

Maren Wehrle

ANTW 112 (1): 33–39

DOI: 10.5117/ANTW2020.1.003.WEHR

Inleiding

Ziekte kan niet enkel statistisch of kwantitatief worden bepaald. Haar betekenis en relevantie is afhankelijk van de kwalitatieve ervaring van een eerste-persoonsperspectief, zo laat Jenny Slatman indrukwekkend zien in haar bijdrage. Een statistisch vastgestelde abnormaliteit is dus niet toereikend om een toestand als ziekte te kunnen bepalen. Ziekte veronderstelt altijd iemand die ergens last van heeft; dit is ook de motivatie waarom we ons überhaupt met een bepaling en behandeling van ziekte bezig houden. In haar focusartikel onderscheidt Slatman ten eerste abnormaliteit en ziekte. Ten tweede maakt ze een onderscheid tussen een vastgestelde abnormaliteit of medische definitie van ziekte (*disease*) vanuit een derde-persoonsperspectief en de ervaring van ziekte (*illness*) vanuit een eerste-persoonsperspectief. Met Merleau-Ponty en Canguilhem definieert Slatman ziekte vervolgens fenomenologisch als een beperking van het lichamelijke ‘ik kan’, dat is, een vermindering van mogelijkheden vanuit het perspectief van het geleefde lichaam.

De fenomenologie kan de medische definitie van ziekte complementeren met een beschrijving van hoe het ziekzijn van binnenuit wordt ervaren. Maar wat de ‘gangbare’ fenomenologie volgens Slatman niet kan bieden is een analyse van “de impact van abnormaliteit op die ervaring” (p. 2). Hoewel er een fenomenologie van de geleefde ziekte bestaat, is er (nog) geen fenomenologie van de abnormaliteit. Hiervoor moet de fenomenologie volgens Slatman het derde-persoonsperspectief (bijv. een sociologische

aanpak) integreren om de impact van sociale context op de ervaring te kunnen onderzoeken.

Slatman beargumenteert overtuigend dat een statistisch bepaalde maatstaf van normaliteit als norm fungeert en dat bij een afwijking van deze norm het geleefde lichaam evenzeer aangetast en in zijn mogelijkheden belemmerd kan worden als bij een ziekte. Slatman laat dit zien met behulp van feministische en postkoloniale fenomenologische analyses zoals die van De Beauvoir, Fanon en Young. Haar argumentatie is overtuigend en voor de thematisering van ziekte en normaliteit uitermate belangrijk. Statistiek en sociale context spelen niet pas een rol als we ons expliciet met anderen of de heersende norm vergelijken, maar vormen van begin af aan de manier waarop we onszelf en de wereld van binnenuit ervaren. Dit is in overeenstemming met de zogenaamde 'kritische fenomenologie' (Lisa Guenther, Gayle Salomon, Gail Weiss, Sara Ahmed, Alia Al Saji, zie het gelijknamige *Journal of Critical Phenomenology*): sociale, dat is, machtsgerelateerde normen beïnvloeden niet enkel van buitenaf, maar worden van geboorte af aan geïncorporeerd en dus deel van onze gewoontes, gedrag en onze intiemste ervaring, ons lichaamzijn (Wehrle 2018). Daarom is de ervaring van een ziekte nooit enkel fysiek, maar een verstrengeling van fysieke, psychologische, sociale en culturele aspecten.

Hoewel ik de intentie en argumentatielijn van Slatman onderschrijf, wil ik twee van haar aannames kritisch bevragen: 1) dat abnormaliteit niet vanuit een eerstpersoonsperspectief kan worden benaderd en 2) dat de methode van fenomenologie een analyse van het objectieve lichaam op zich uitsluit.

1 Een fenomenologie van de (ab)normaliteit

In haar artikel definieert Slatman 'abnormaliteit' als afwijking van een statistisch bepaalde normaliteit die vervolgens als norm fungeert (zie ook Foucault 2004). Zij argumenteert als volgt: ziekte heeft een ervaringsdimensie (eerstepersoonsperspectief), terwijl abnormaliteit louter statistisch bepaald is en dus vanuit derdepersoonsperspectief moet worden onderzocht. Slatman lijkt hier abnormaliteit te vereenzelvigen met statistiek als sociale norm. Daaruit leidt ze af dat fenomenologie het wél over de ervaring van ziekte kan hebben, maar er geen fenomenologie van de abnormaliteit mogelijk is zolang de fenomenologie beperkt blijft tot het eerstpersoonsperspectief. Met deze conceptuele beslissing sluit Slatman uit dat abnormaliteit direct kan worden ervaren. Tegelijkertijd benadrukt ze echter dat statistiek het geleefde lichaam direct raakt en evenzeer tot een belemmering kan leiden als een ziekte. Hoe kunnen we dit dan vanuit

een eerstpersoonsperspectief beschrijven? Hoe hangen sociale normen en de ervaring van abnormaliteit samen? Hoe zou een fenomenologie van de abnormaliteit er uit kunnen zien?

Ik wil voorstellen om sociale normen (of statistiek die als sociale norm fungeert) en de ervaringsdimensie van normaliteit/abnormaliteit te scheiden. Met Husserl zouden we normaliteit dan als 'stilte' van de ervaring kunnen definiëren: als de ervaring eenstemmig en optimaal verloopt, overeenstemmend met wat we al hebben ervaren, en als de omgeving en onze acties/doelen optimaal op elkaar zijn afgestemd (Husserl 1952, 2008, Ms. D 13, XII, XIV; Steinbock 1998; Taipale 2015; Heinämaa & Taipale 2019; Wehrle 2010, 2015, 2019a). Abnormaliteit uit zich daarentegen als een gevoel van irritatie of verrast zijn. Husserl geeft het voorbeeld van een verbrande vinger, waardoor welbekende dingen zoals zijn bureau ineens niet normaal aanvoelen. Vanuit een individueel perspectief kan afwijking van de normaliteit plaatsvinden als a) het eigen lichaam verandert door ziekte, leeftijd etc. of b) de omgeving verandert, er daarom geen eenstemmigheid met de ervaring in het verleden heerst en er een breuk met familiariteit en oriëntatie optreedt. Hier kan men van een immanente normativiteit spreken, omdat de regels voor eenstemmigheid door herhaalde interacties met de omgeving zijn ontstaan en tot gewoonte zijn geworden. Na een dergelijke irritatie of breuk heeft het subject twee mogelijkheden: wachten/hopen dat de voormalige normaliteit weer wordt hersteld of zich aan een nieuwe normaliteit aanpassen. De verbrande vinger is een voorbeeld van een tijdelijke uitzondering van de norm; bij een permanente verandering ontstaat er een nieuwe norm en geldt de 'oude normale toestand' nu als abnormaal (Husserl 2008, 640). Een langdurige ziekte of een onverdraaglijke toestand zou daarentegen nooit een nieuwe normaliteit kunnen worden, want het is weliswaar eenstemmig maar niet optimaal voor het individu (zie Merleau-Ponty's notie 'optimale greep'; Canguilhem 1966). Naast de individuele normaliteit is er nog een intersubjectieve normaliteit bij Husserl. Zo kan iemand die blind is geboren een volledig eenstemmige en (voor hem) optimale ervaring hebben, maar deze stemt niet overeen met de ervaring van andere subjecten in zijn omgeving. Iets kan enkel als 'normaal' in de zin van 'objectief' worden bepaald als het ook overeenstemt met een intersubjectieve normaliteit; anders zou iedereen zijn eigen normaliteit koesteren en er geen gedeelde wereld, en dus objectiviteit, kunnen zijn volgens Husserl.

Hier ziet men dat er immanente normen, maar ook externe normen meespelen die de condities zijn voor de ervaring van abnormaliteit als een gevoel van irritatie of verrast zijn. Vanuit het ervarende subject voltrekt er continu een 'normalisering', dat is, een dynamisch proces van generatie

en herstel van eenstemmigheid en optimalisering. Vanuit intersubjectief perspectief vindt hier bovenop een externe ‘normering’ plaats. Maar wat Husserl niet meeneemt is dat intersubjectieve normen niet enkel een effect hebben als het tot een expliciete discrepantie komt tussen individu en meerderheid, maar altijd al van begin af aan van invloed zijn. We bouwen onze individuele normaliteit, ervaring van abnormaliteit en gewoontes immers op in een specifieke sociale context. Dit kritiekpunt op klassieke fenomenologie kaart Slatman ook terecht aan. De fenomenologische analyse kan hier leren van sociologische en constructivistische aanpakken. Maar ab/normaliteit is daardoor niet louter een statistische of structurele categorie. Statistiek fungeert als norm, en hoewel we normen (als conditie van normaliteit) niet kunnen ervaren, kunnen we wel de afwijking ervan ervaren: abnormaliteit als irritatie. De irritatie veroorzaakt een breuk en verlies van vanzelfsprekendheid. Dit kan als beperking van het ‘ik kan’ worden ervaren, maar ook als een kans om vanuit een distantie op de onderliggende normen te reflecteren en deze subversief te verschuiven (cf. Butler 1991).

2 De impact van sociale normen op *Leib* en *Körper*

Slatman stelt kritisch vast dat de fenomenologie de dimensie van statistiek en hun invloed op de ervaring qua methode uitsluit, dat de fenomenologie zich tot de dimensie van het geleefde lijf (*corps propre*) beperkt en daarmee het objectieve lichaam buiten beschouwing laat.

Husserl introduceert lichamelijkheid (Husserl 1952, 147) echter met het voorbeeld van dubbele sensatie om duidelijk te maken dat we ons lichaam altijd op twee manieren kunnen ervaren, als subject dat ervaart en als object dat wordt ervaren. Toegegeven, het ervarende lijf is altijd primair voor de fenomenologie en Merleau-Ponty is bijna uitsluitend op dit perspectief gefocust. Maar fenomenologisch kun je ook laten zien dat we ons lichaam tot object kunnen en moeten maken, of sterker nog, dat het object- en materieel-zijn van onze lichamelijkheid zich altijd aan ons opdringt en deze tot onderwerp maakt. Het lichaam is louter object noch subject: gevallen van ziekte, incorporatie van technische artefacten (Slatman 2014), verouderen, of enkel de aanwezigheid van anderen kunnen de vanzelfsprekendheid van het geleefde lichaam belemmeren. Het ‘corps propre’ is dus niet alleen het geleefde lichaam, maar het lijf-lichaam (*Leibkörper*, Husserl 1952, 144), bestaande uit twee ervaringspolen die we continu moeten uitbalanceren (Wehrle 2019b).

Om de impact van sociale normen op onze lichamelijkheid fenomenologisch te onderzoeken, zou het helpen om op descriptief vlak een verschil

te maken tussen de impact op het geleefde/operatieve lichaam (lichaams-schema) en het waargenomen/tot onderwerp gemaakte lichaam (lichaams-beeld). Het lijf als operatief subject is niet van zichzelf als onderwerp bewust en is met zijn aandacht bij de dingen die het doet en de omgeving; het tot onderwerp gemaakte lichaam daarentegen is het object van onze ervaring. In het eerste geval hebben sociale normen impact op de manier waarop we bewegen, zitten, werpen, eten, hoe we op de wereld en anderen impliciet en onmiddellijk zijn gericht. In het tweede geval hebben normen impact op hoe we onszelf ervaren, waarnemen en beoordelen, maar ook of we meer of minder aandacht hebben voor de manier waarop we iets doen, hoe we er daarbij uitzien of overkomen. Als voor ons alles normaal is, dan is dat het resultaat van een gelukke incorporering: hoe we iets doen past bij de omgeving en de verwachtingen van anderen, zoals de habitus bij het sociale veld (Bourdieu 1981). Zo'n match tussen eigen gedrag, geaardheid en omgeving beschrijft Ahmed als 'comfort zone' (Ahmed 2014). Maar dit kan ook negatief uitpakken, een te goede 'match' werkt elke verandering en dynamiek tegen. Zoals bij een *amor fati* (Bourdieu 1981) blijven we plakken in ons sociaal milieu, en laten onze wensen en onze hoop hierdoor bepalen.

Als iemand op de ene of andere manier echter buiten de normen van de sociale omgeving valt, verdwijnt ook de vanzelfsprekendheid, zoals *queers* die in een heteroseksueel georganiseerde maatschappij leven (Ahmed 2014), een vreemde die terecht komt in een andere cultuur (Schutz 1976), of vrouwen die zichzelf in een patriarchaal georganiseerde omgeving continu als object in de ogen van anderen vatten (De Beauvoir 1949, Young 1980). Sociale normen kunnen dus zowel impact hebben op het geleefde als op het geobjectiveerde lichaam. Het bepaalt vooral hoe vaak we onze lichamelijke tot onderwerp moeten maken. Beide perspectieven maken deel uit van het eerstpersoonsperspectief, ze zijn twee polen binnen een ervaringscontinuüm. Zoals de manier waarop we bewegen en op de wereld gericht zijn ook is bepaald door het statistisch en intersubjectief geconstrueerde beeld dat we van onszelf hebben, is het beeld dat we van onszelf hebben wederom bepaald door ons 'ik kan': wat we doen en hoe we op de wereld zijn gericht.

Bibliografie

- Ahmed, S. (2014) *The Cultural Politics of Emotion*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
 Bourdieu, P. (1981) *Pratique du Sens*. Paris: Editions Minuit.
 De Beauvoir, S. (1949) *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard.

- Foucault, M. (2004) *Sécurité, Territoire et Population*. Paris: Édition du Seuil.
- Heinämaa, S. (2013) Transcendental Intersubjectivity and Normality: Constitution by Mortals, in: D. Moran en R. T. Jensen (red.) *The Phenomenology of Embodied Subjectivity*. Dordrecht: Springer, pp. 83-103.
- Heinämaa, S., en Taipale J. (2018) Normality, in: G. Stanghellini, A. Raballo, M. Broome, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, en R. Rosfort (red.) *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, DOI:10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.3.
- Husserl, E. (2008) *Die Lebenswelt*, in: R. Sowa (red.): *Husserliana, Gesammelte Werke, Band XXXVIII*. Dordrecht: Springer.
- Husserl, E. (1952) *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Zweites Buch. Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*, in: M. Biemel (red.) *Husserliana, Gesammelte Werke, Band IV*. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Husserl, E. (1917 en 1921) *Manuscripts: Ms. D 13, XII, XIV* (Husserl Archives in Leuven).
- Oksala, J. (2016) *Feminist Experience: Foucauldian and Phenomenological Investigations*. Evanston: Northwestern University Press.
- Schutz, A. (1976) *The Stranger*, in: A. Brodersen (red.) *Collected Papers II. Studies in Social Theory*. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Slatman, J. (2014) *Our Strange Body*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Steinbock, A. (1995) Phenomenological Concepts of Normality and Abnormality, *Man and World* 28, pp. 241-260.
- Taipale, J. (2014) *Phenomenology and Embodiment: Husserl and the Constitution of Subjectivity*. Evanston: Northwestern University Press.
- Taipale, J. (2012) Twofold Normality: Husserl the Normative Relevance of Primordial Constitution. *Husserl Studies* 28, pp. 49-60.
- Wehrle, M. (2019a) There is a Crack in Everything. Fragile Normality: Husserl's Account of Normality Re-visited, *Phainomenon: Journal of Phenomenological Philosophy* 28, pp. 49-76.
- Wehrle, M. (2019b) Being a Body and Having a Body. The Twofold Temporality of Embodied Intentionality, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. <<https://doi.org/10.1007/s11097-019-09610-z>>.
- Wehrle M. (2018) The normative Body and the Embodiment of Norms. Bridging the Gap Between Phenomenological and Foucauldian approaches, *Yearbook for Eastern and Western Philosophy* 2017/2, pp. 323-337.
- Wehrle, M. (2015) Normality and Normativity in Perception, in: T. Breyer en M. Doyon (red) *Normativity in Perception*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, pp. 128-140.
- Wehrle, M. (2010) Die Normativität der Erfahrung – Überlegungen zur Beziehung von Normalität und Aufmerksamkeit bei E. Husserl, *Husserl Studies* 26/3, pp. 67-187.
- Weiss, G. (2015) The Normal, the Natural, and the Normative: A Merleau-Pontian Legacy to Feminist Theory, Critical Race Theory, and Disability Studies, *Continental Philosophy Review* 48, pp. 77-93.
- Young, I. M. (1980) Throwing Like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment Motility and Spatiality, *Human Studies* 3/2, pp. 137-156.

Over de auteur

Maren Wehrle is universitair docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ze is gespecialiseerd in fenomenologie, wijsgerige antropologie, cognitieve

wetenschappen en gender studies; haar onderzoeksonderwerpen zijn aandacht, lichamelijkheid, normativiteit en normaliteit. Tot haar publicaties behoren de monografie *Horizonte der Aufmerksamkeit. Entwurf einer dynamischen Konzeption der Aufmerksamkeit aus phänomenologischer und kognitionspsychologischer Sicht* (München: Wilhelm Fink 2013), het samen met S. Luft geredigeerde *Husserl Handbuch: Leben-Werk-Wirkung* (Stuttgart: Metzler 2017) en het hoofdstuk Normality and Normativity in Experience, in: Doyon/Breyer (red.): *Normativity in Perception* (Basingstoke: Palgrave MacMillan).



Welke ander? Welke blik? Over het tweede persoonsperspectief

Een reactie op "Fenomenologie van ziekte en abnormaliteit" van Jenny Slatman

Veronica Vasterling

ANTW 112 (1): 41–45

DOI: 10.5117/ANTW2020.1.004.VAST

In Slatmans artikel "Fenomenologie van ziekte en abnormaliteit" gaat het om een sociaal-fenomenologische benadering van abnormale lichamelijke condities. Twee punten zijn van belang. Ten eerste benadrukt Slatman dat het onderscheid normaal/abnormaal niet correspondeert met het onderscheid gezondheid/ziekte. Wanneer je bijvoorbeeld maar vier vingers hebt, ben je niet ziek maar wel abnormaal, in de letterlijke zin dat je anatomie afwijkt van de norm(ale toestand). Vervolgens laat ze zien dat abnormale lichamelijke alleen verschijnt "binnen een kader van vergelijking". In een populatie van 'vier-vingerigen' zijn de vier vingers niet afwijkend, die conditie is abnormaal in vergelijking met de normale conditie van mensen met handen die altijd vijf vingers tellen. Dit tweede punt brengt de sociale dimensie in het spel. Het is immers de vergelijking met andere mensen die de constatering mogelijk maakt dat het hebben van vier vingers een uitzonderlijke conditie is. Slatmans doel is het om een fenomenologie van het abnormale te ontwikkelen. Dat vergt, zo constateert ze terecht, een verdere ontwikkeling van de sociale dimensie. De gebruikelijke fenomenologische focus op het eerste persoonsperspectief is voor de analyse van de ervaring van ziekte heel geschikt. Voor de analyse van de ervaring van abnormaliteit daarentegen, schiet het te kort. Daarvoor is ook het derde persoonsperspectief nodig stelt Slatman in navolging van Merleau-Ponty. Op deze stand van zaken wil ik verder ingaan.

Wat me opvalt, niet alleen in dit artikel van Slatman maar meer in het algemeen in fenomenologische analyses, is de beperkte rol die het tweede persoonsperspectief toegemeten wordt. Ik ben het met Slatmans argument

eens dat het derde persoonsperspectief absoluut relevant is voor een socio-fenomenologie. Het derde persoonsperspectief is immers niet alleen het observerende en daarmee objectiverende en distantiërende perspectief van de wetenschapper. Het is, in termen van Heidegger, ook het perspectief van *das Man*, het men, waarvan de dagelijkse leefwereld doortrokken is. Meer in concreto gaat het hier om het anonieme perspectief van roerende stereotypen en normen die – ook dit punt van Slatman onderschrijf ik – in toenemende mate uit de wetenschap afkomstig zijn. De statistische resultaten van medisch-biologisch en sociaal wetenschappelijk onderzoek gaan vaak als norm functioneren in de dagelijkse leefwereld. Een goed voorbeeld daarvan is gender. Statistisch significante verschillen, hoewel vrijwel altijd zeer klein, worden steevast als norm genomen in uitspraken als ‘vrouwen zijn communicatief’ en ‘mannen zijn assertief’ terwijl de overlap tussen vrouwen en mannen en de variatie tussen vrouwen onderling en mannen onderling over het algemeen genegeerd worden. Het tweede persoonsperspectief, dat door Slatman overigens niet genoemd wordt, blijft in de fenomenologie over het algemeen beperkt tot de directe interactie met een ander persoon. Als hermeneutisch fenomenoloog zou ik willen verdedigen dat het tweede persoonsperspectief zich niet slechts beperkt tot de directe interactie met een ander persoon. Het is veelmeer het standaard perspectief van de dagelijkse *verstehende* interactie met mensen en dingen in de wereld. *Verstehen* moet hier begrepen worden als de impliciete vertrouwdheid met de wereld op basis waarvan we zonder bewuste cognitieve inspanning de dingen, mensen, praktijken en situaties uit de leefwereld begrijpen. Om deze stelling toe te lichten zal ik eerst verder ingaan op Slatmans bespreking van het derde persoonsperspectief.

In navolging van Merleau-Ponty benadrukt Slatman dat bewustwording van een abnormale conditie méér vergt dan het eerste persoonsperspectief van de ervaring, het vergt het derde persoonsperspectief van de blik van de ander. In het eerste persoonsperspectief van de geleefde ervaring is het eigen lichaam immers niet object van mijn aandacht; mijn aandacht is gericht op wat ik aan het doen ben – typen, lezen, koffie drinken – activiteiten die, zoals alle activiteiten, mogelijk gemaakt worden door mijn lichaam dat interacteert met de wereld. Normaal gesproken ga ik op in wat ik op dat moment aan het doen ben en ben ik me niet bewust van de faciliterende rol van mijn lichaam: mijn hand gaat automatisch naar het kopje koffie dat naast de computer staat, mijn vingers bewegen zich vanzelf over het toetsenbord enzovoorts. Dit opgaan in mijn bezigheden, dat tevens een opgaan in de wereld is, is de regel die slechts zo nu en dan doorbroken wordt, bijvoorbeeld vanwege een pijnervaring. Wanneer ik opeens een pijnscheut in

mijn arm voel, word ik me acuut bewust van mijn arm die zich niet meer als vanzelf naar het kopje beweegt. Niet alleen eerste persoonservaringen als pijn zorgen ervoor dat het eigen lichaam object van aandacht wordt. Ook de blik van de ander kan een objectiverend effect hebben zodanig dat ik me bewust wordt van mijn lichaam, preciezer, van mijn lichamelijke zichtbaarheid voor anderen in de wereld. Slatman haalt het werk van Frantz Fanon aan om dit punt duidelijk te maken. Opgegroeid in Martinique wordt Fanon zich pas als student in het Parijs van de jaren 1950 bewust van zijn zwartheid en vooral van de negatieve stereotypen die verbonden zijn met zwartheid in een witte wereld. Die negatieve stereotypen tasten zijn lichaamsbeeld en lichaamsschema aan en daarmee ook zijn *agency*. Fanon is bij mijn weten de eerste fenomenoloog die dit proces beschreven heeft in zijn *Peau noire, masques blancs* (1952).

De blik van de ander *kan* objectiveren maar dat hoeft geenszins het geval te zijn. Dat hangt af van welk perspectief de ander inneemt. Vanuit een distantiërend en observerend derde persoonsperspectief is de blik van de ander inderdaad objectiverend, maar de ander kan ook het tweede persoonsperspectief innemen. Wanneer mensen met elkaar in gesprek verwickeld zijn, kijken ze elkaar regelmatig aan. In dit soort situaties zijn de blikken van de ander doorgaans niet objectiverend. In tegenstelling tot het derde persoonsperspectief, is het tweede persoonsperspectief niet objectiverend. Terwijl je met het derde persoonsperspectief de houding aanneemt van de observator, de gedistantieerde waarnemer, en bijgevolg per definitie objectiveert, neem je met het tweede persoonsperspectief een geëngageerde, participerende houding aan: er is sprake van interactie met, in plaats van afstand tot, de mensen en dingen in de wereld.

Het punt dat ik wil maken kan verduidelijkt worden aan de hand van een iconische passage uit *Peau noire, masques blancs*: een kind dat tegen zijn moeder zegt: 'Mama, kijk, een neger! Ik ben bang!'. Volgens de standaard fenomenologische benadering zouden we moeten zeggen dat het kind in deze scène een tweede en derde persoonsperspectief combineert. In het tweede persoonsperspectief interacteert hij met zijn moeder die hij bij zijn beangstigende waarneming betreft. De waarneming van de zwarte man is vanuit het derde persoonsperspectief dat de zwarte man objectiveert. De blik van het kind is in dit geval niet alleen objectiverend, maar heeft ook een pijnlijk vernederend effect, omdat het kind ongeremd uiting geeft aan het welbekende negatieve stereotype van de zwarte man als gevaarlijk en daarom beangstigend. Om verschillende redenen wil ik een andere analyse voorstellen. Ten eerste, kinderen moeten leren om een derde persoonsperspectief in te nemen. Het derde persoonsperspectief vergt abstrahering,

dat wil zeggen, de cognitieve vaardigheid van het afstand nemen. Die vaardigheid moet geleerd worden en dat duurt enige tijd, waardoor het minder waarschijnlijk is dat een kind een derde persoonsperspectief inneemt. Hoe dat ook zij, mijn tweede en belangrijkste reden om een andere analyse voor te stellen, is dat het standaard perspectief van zowel kinderen als volwassenen in de dagelijkse leefwereld niet het derde maar het tweede persoonsperspectief is. Zoals hierboven al aangestipt, ons dagelijks leven bestaat voor een groot deel uit bezigheden waarvoor geldt dat onze aandacht of, zo u wil, ons bewustzijn, niet gericht is op onszelf maar op dingen, mensen, situaties in de wereld. Voor deze bezigheden, die plaats vinden vanuit vertrouwdheid met de wereld, en die deels bestaan uit gehabitualiseerde handelingen, geldt dat ze niet gedragen maar doorbroken worden door het derde persoonsperspectief. Wanneer mijn computer het niet doet, wordt mijn tweede persoon interactie met de computer doorbroken en neem ik een derde persoonsperspectief in waarin de computer object wordt van mijn bewuste, reflectieve aandacht: ik vraag me af wat er mis is en onderzoek de verschillende mogelijkheden van disfunctioneren enzovoorts. In het korte bestek van deze reactie kan ik niet het hele hermeneutisch fenomenologische argument uit de doeken doen (zie daarvoor Vasterling 2015), ik beperk me tot de vaststelling dat het implausibel is om aan te nemen dat het derde persoonsperspectief het standaard perspectief is van de dagelijkse leefwereld. Evenmin kan er sprake zijn van alleen een eerste persoonsperspectief. Weliswaar speelt het eerste persoonsperspectief altijd een rol, minimaal in de vorm van *ownership* van de ervaring (Zahavi 2012) – ervaring is altijd *mijn* ervaring – maar de betrokkenheid op de wereld vergt méér dan het eerste persoonsperspectief.

Tot slot wil ik nog een keer terugkomen op de scène met het kind. Op grond van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat het kind mogelijk een derde persoonsperspectief inneemt in zijn waarneming van de zwarte man. Het kan zijn dat hij nog nooit zwarte mensen heeft gezien, zijn tweede persoon vertrouwdheid met de wereld wordt dus doorbroken, hij schrikt niet alleen maar hij neemt ook een derde persoonsperspectief in. Naast bovengenoemde redenen vind ik om een derde reden de andere analyse overtuigender. Omdat in deze situatie stereotypen in het spel zijn die vaak functioneren op het niveau van onbewuste *implicit bias*, denk ik dat het kind vanuit een tweede persoonsperspectief naar de zwarte man kijkt en tevens vertrouwd is met een wereld waarin negatieve stereotypen ten aanzien van zwarte mensen heel gewoon zijn. Met andere woorden, het is niet zo dat hij bewust, vanuit een derde persoonsperspectief, een vooroordeel ten aanzien van zwarte mannen tot uitdrukking brengt, veelmeer

kijkt hij vanuit een tweede persoonsperspectief met een door *implicit bias* gekleurde blik naar de wereld.

Bibliografie

Fanon, Frantz (1952) *Peau noire, masques blancs*. Paris: Seuil.

Vasterling, Veronica (2015). Heidegger's hermeneutic account of cognition. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 14 (4), pp. 1145-1163.

Zahavi, Dan (2012). The time of the self. *Grazer Philosophische Studien* 84, pp. 143-159.

Over de auteur

Veronica Vasterling is UHD aan de Faculteit voor Filosofie, Theologie en Religiestudies van de Radboud Universiteit. Haar interesses en specialisatie liggen op het gebied van de wijsgerige antropologie, gender en feministische filosofie. Ze heeft veel gepubliceerd over het werk van Judith Butler en Hannah Arendt. Ze is co-editor van *Vrouwelijke filosofen: Een historisch overzicht* (Amsterdam 2014), *Practising Interdisciplinarity in Gender Studies* (York 2006) en *Feministische Phänomenologie und Hermeneutik* (Würzburg 2005).



Hippocrates een handje helpen

Nicole van Voorst Vader-Bours

ANTW 112 (1): 47–51

DOI: 10.5117/ANTW2020.1.005.VANV

Met het uitspreken van de nieuwe Nederlandse artseneed (2003) zweert of belooft de arts bij haar of zijn toetreding tot de beroepsgroep onder meer het volgende:

Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten.¹ [...] Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden.²

Hiermee nemen artsen verregaande maar abstracte verplichtingen op zich. Het is de vraag hoe deze te vertalen naar concreet handelen. In haar focusartikel geeft Jenny Slatman een aanzet hiertoe. Zij laat zien dat zowel ziek-zijn als abnormaal gevonden worden een plaats hebben binnen de fenomenologie. Hoewel er een duidelijk onderscheid is tussen ziekte en abnormaliteit zijn beide potentieel schadelijk omdat zij een aantasting kunnen betekenen van het 'ik kan'. Deze manier om het begrip schade te conceptualiseren is verhelderend en kan een patiëntgerichte behandeling en zorg ten goede komen.

Slatman legt uit dat niet alleen de ervaring van ziek-zijn maar ook die van abnormaal gevonden worden kan resulteren in een verstoring van iemands vanzelfsprekende omgang met de omgeving. De persoon die zich ziek voelt *en* degene die zichtbaar afwijkt van de gemiddelde mens worden

1 Patiënt is een mannelijk woord, dus spreken in termen van 'zijn opvattingen' en 'hem inlichten' is grammaticaal juist. Dit brengt echter het gevaar met zich mee dat er geen oog is voor het feit dat bijvoorbeeld dezelfde kwaal bij mannen en vrouwen tot andere symptomen en klachten kan leiden.

2 Voor de volledige tekst zie bijvoorbeeld <https://www.lumc.nl> › sub › att.

hiermee aangetast in hun gevoel van 'ik kan'. Slatman benadrukt dat de impact van ziek-zijn op iemands agency heel goed geduid kan worden binnen de traditionele fenomenologie, waarin verzet leeft tegen de waargenomen focusverschuiving in de geneeskunde van het kwalitatieve naar het kwantitatieve; van de klachten en symptomen van individuele patiënten naar het algemeen pathologische ziektebeeld. Om een tegenwicht te geven aan deze ontwikkeling wordt voorgesteld de kwantitatieve, statistische opvatting van ziek-zijn tussen haken te zetten en in plaats van een focus op abnormaliteit de geleefde ervaring van de individuele persoon weer centraal te stellen.

Slatman betoogt dat het ten onrechte is dat de traditionele fenomenologie statistiek en abnormaliteit buiten beschouwing wil laten. Zij argumenteert dat een socio-fenomenologische analyse van abnormaliteit inzicht kan geven in hoe fysiek anders zijn ervaren wordt door mensen die als abnormaal beschouwd worden. Een socio-fenomenologische benadering maakt het mogelijk om vanuit een extern perspectief te kijken hoe personen die waarneembaar afwijken van het statistische gemiddelde ingeperkt worden in hun handelen. Omdat het gemiddelde als norm gesteld wordt, is afwijken van het gemiddelde niet gekenmerkt als een natuurlijke statistische deviatie maar als abnormaal in de zin van 'te kort schieten'. Daarmee bepalen de statistische normen welke personen 'buitenstaanders' zijn, omdat zij zichtbaar anders zijn en op basis daarvan beknot worden in handelen en hun gevoel van 'ik kan'.

Door schade op deze manier te conceptualiseren helpt Slatman Hippocrates een handje. Preciezer gezegd, zij geeft artsen een handreiking om hun voornemen geen schade te doen in de praktijk in te vullen. Medici dienen oog te hebben voor de impact van ziek-zijn *en* van abnormaliteit op het 'ik kan' van hun patiënten. Artsen kunnen hun eed/belofte alleen wérkelijk waar maken wanneer zij luisteren naar hun patiënten en zich een beeld proberen te vormen van de invloed van het ziek-zijn of en/of abnormaal gevonden worden op hun dagelijkse leven, waaronder de omgang met anderen. Als artsen slechts oppervlakkig naar een patiënt luisteren, is het niet mogelijk hem juist in te lichten. Bovendien moeten zij om een optimaal behandelingsplan te kunnen opstellen een bescheiden houding aannemen ten opzichte van zichzelf en hun eigen kunnen. Als zij slecht luisteren en/of zich onvoldoende bewust zijn van de grenzen van hun mogelijkheden lopen zij het risico dat ze hun patiënten ongewild schaden zonder zich daarvan bewust te zijn.

Voortbordurend op Slatmans analyse wil ik een punt aanstippen dat daar nauw mee samenhangt: de potentieel schadelijke impact van sociale categorisatie. Vaak is het enkele feit dat iemand behoort tot een bepaalde

sociale categorie zoals ras, gender, leeftijd en seksuele geaardheid bepalend voor medisch handelen. Als het contextueel relevant is tot welke groep een patiënt behoort, komt dat de medische behandeling ten goede. Wanneer dat irrelevant is, kan het tot schade leiden.

Regelmatig wordt medisch handelen beïnvloed door wat in de literatuur *implicit biases* wordt genoemd. In de context van schadelijke stereotypes worden implicit biases veelal verstaan als automatische associatieprocessen die zich goeddeels buiten ons bewustzijn afspelen en een (meestal negatieve) invloed hebben. Onderzoek laat zien dat door toedoen van implicit biases ons handelen vaak bepaald wordt door maatschappelijk ingebedde stereotypes en vooroordelen. Daarmee sturen implicit biases onze waarneming en evaluatie van leden van een gestereotypeerde groep en onze interactie met hen, ook als we de stereotypes op een bewust niveau afwijzen en het oprechte voornemen hebben om onbevooroordeeld te handelen.

In medisch/farmaceutisch onderzoek en in de medische praktijk spelen sociale categorisatie en stereotypes een schadelijke rol wanneer er te weinig gekeken wordt naar patiënt-specifieke factoren. In de Westerse wereld is *Everyman* de standaard patiënt. Een witte heteroseksuele veertigjarige man uit de middenklasse wordt beschouwd als representatief voor *Everypatient*.³ Dit heeft tot gevolg dat er in wetenschappelijk onderzoek regelmatig sprake is van een genderbias. Onderzoeksfinitanciering is bijvoorbeeld vaak makkelijker te verkrijgen voor op mannen gerichte studies, dierproeven vinden vaak plaats op mannelijke muizen, en data-analyse gaat vaak voorbij aan genderspecifieke symptomen. Dit is schadelijk voor, bijvoorbeeld, vrouwelijke patiënten omdat het kan leiden tot onvolledige onderzoeksdata en ontoereikende medicatie.⁴ In de klinische praktijk kan het idee dat de data betreffende *Everyman* kenmerkend zijn voor *Everypatient* resulteren in suboptimale diagnose en behandeling van patiënten die afwijken van wat gezien wordt als de norm: *Everyman*.

Het is uitgebreid gedocumenteerd dat implicit biases op het gebied van ras, ethniciteit, gender en andere karakteristieken vaak een ongewenste rol spelen in klinische besluitvorming.⁵ Het overgrote merendeel van artsen en verpleegkundigen heeft het beste voor met patiënten. Desalniettemin

3 Zie Verdonk et al., (2009: 715).

4 Hier komt langzaam verandering in. Zie bijvoorbeeld Simon (2005), Hamberg (2008) en Schiebinger (2014).

5 Voor een uitmuntend overzicht van dit onderzoek zie Chapman et al., (2013). Voor een zorgvuldige bespreking van het dilemma wel of juist geen aandacht te besteden aan stereotypes over de sociaal-economische status van patiënten zie Puddifoot (2019).

slagen zij er regelmatig niet in om kwalen te voorkomen, verminderen of genezen. Op basis van impliciete associaties ten aanzien van bijvoorbeeld gekleurde en vrouwelijke patiënten stellen zij andere diagnoses dan zij doen bij Everypatient en nemen zij geen adequate maatregelen om verergering van bepaalde kwalen te voorkomen. Zo lijken artsen op zwarte patiënten met een herseninfarct minder vaak trombolysen toe te passen met als gevolg dat deze patiënten blijvende hersenschade en/of neurologische klachten oplopen. Dit is een ernstige belemmering voor hun functioneren in het dagelijkse leven; voor hun gevoel van 'ik kan'.⁶ Ook houden sommige artsen er nog steeds geen rekening mee dat hartkwalen zich in vrouwen anders manifesteren. Het lijkt geen twijfel dat op deze manier schade toegebracht wordt aan patiënten omdat de behandeling een verstoring betekent van hun 'ik kan'. Suboptimale behandeling kan er bovendien toe leiden dat een patiënt niet alleen ziek is, maar ook abnormaal wordt. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een onderbehandeld herseninfarct of een niet onderkende hartkwaal ertoe leidt dat de patiënt zichtbaar afwijkend wordt van het tot norm gestelde gemiddelde.

Een andere factor die meespeelt op het gebied van sociale categorisatie in de gezondheidszorg is dat er in de medische opleiding een sterke nadruk ligt op informatie op groepsniveau, zoals risicofactoren binnen de populatie. Gelet op hun grote kennis van wetenschappelijke data hebben artsen bovendien regelmatig de neiging zichzelf als objectief te zien. Op basis daarvan laten medici zich veelal leiden door stereotypes om onder tijdsdruk tot efficiënte beslissingen te komen. Vaak komt dat hun patiënten ten goede, maar niet altijd.

Het moge duidelijk zijn dat wanneer artsen een suboptimale behandeling geven op basis van implicit biases, of wanneer zij een te groot vertrouwen hebben in hun eigen objectiviteit, zij daarmee hun patiënten kunnen schaden. Hun eed/belofte om geen schade te doen vereist dat zij de grenzen van hun mogelijkheden erkennen en zich bewust zijn dat hun handelen beïnvloed kan zijn door implicit biases. Om te voorkomen dat patiënten geschaad worden moeten deze niet uitsluitend als lid van een bepaalde sociale categorie worden gezien, maar als een individu met een eigen verhaal dat gehoord moet worden. Om de beroepseed na te leven moeten artsen met een open mind naar de patiënt kijken, luisteren en proberen diens

6 Het onderzoek dat dit uitwijst betreft de situatie in de USA. Ik weet niet of er in de Nederlandse context ooit onderzoek gedaan is naar het achterwege blijven van trombolysen vanwege huidskleur.

perspectief in te nemen met een oog voor de impact van een behandeling op diens ‘ik kan’.

De socio-fenomenologische benadering maakt duidelijk dat binnen de geneeskunde individuele klachten en symptomen van patiënten *en* het algemeen pathologische ziektebeeld allebei een hoofdrol spelen. Dus de kwalitatieve en de kwantitatieve benadering kunnen geen van beide tussen haken gezet worden.

Bibliografie

- Chapman et al. (2013) Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities, *Journal of General Internal Medicine* 28, pp. 1504-1510.
- Hamberg, K. (2008) Gender Bias in Medicine, *Women's Health* 4, pp. 237-243.
- Puddifoot, K. (2019) Stereotyping Patients, *Journal of Social Philosophy* 50, pp. 69-90.
- Schiebinger, L. (2014) Scientific Research Must Take Gender into Account, *Nature*, 507, p. 9.
- Sie, M. en van Voorst Vader-Bours, N.M. (2016) Stereotypes and Prejudices: Whose Responsibility? Indirect Personal Responsibility for Implicit Bias, in M. Brownstein en J. Saul (red) *Implicit Bias and Philosophy, Vol. 2, Moral responsibility, structural injustice, and ethics*. Oxford: Oxford University Press, pp. 90-114.
- Simon, V. (2005) Wanted: Women in Clinical Trials, *Science* 208, p. 1517.
- Verdonk et al. (2009) Should You Turn This into A Complete Gender Matter? Gender mainstreaming in medical education, *Gender and Education*, 21, pp. 703-719.

Over de auteur

Nicole van Voorst Vader-Bours verwacht in 2020 te promoveren aan de Erasmus Universiteit Rotterdam bij Professor Marli Huijjer (ESPHIL) met als co-promotor Professor Maureen Sie (TiLPS, Departement Filosofie, TiU). Haar proefschrift heeft de titel “Making the Invisible Visible: Implicit Bias, Harm, and Responsibility”. Zij is geïnteresseerd in de manier waarop literaire verhalen en de uitwisseling van persoonlijke verhalen kunnen bijdragen aan het begrijpen van onszelf en de wereld om ons heen, waaronder mensen met wie we op het eerste gezicht vrijwel niets gemeen hebben.



Nietzsches lof van de abnormaliteit

Janske Hermens¹

ANTW 112 (1): 53–57

DOI: 10.5117/ANTW2020.1.006.HERM

1 Inleiding

In hoeverre kan ‘abnormaliteit’ als een vorm van ziek zijn gezien worden? Jenny Slatman laat zien hoe in de ‘klassieke’ fenomenologie bewust een onderscheid gemaakt wordt tussen ziekte en abnormaliteit. Bij ziekte gaat het, in de interpretatie van Merleau-Ponty, om de ervaring vanuit een eerste persoonsperspectief van het ‘niet-kunnen’. Abnormaliteit, daarentegen, gaat eerder over het constateren, vanuit een derde persoonsperspectief, van een afwijking van een gemiddelde. De auteur laat zien dat dit idee van abnormaliteit is opgekomen met de ontdekking van de statistische normaalverdeling, hoe deze afwijking van de normaalcurve steeds meer moreel geconnoteerd is geraakt (‘abnormaliteit’ als het verwerpelijke) en als een belangrijk criterium voor ‘ziekte’ is gaan functioneren. Heel bewust kozen de fenomenologen ervoor deze quasi-wetenschappelijke en objectiverende invulling van wat ziekte is, niet te verwarren met de zelf-ervaring.

In haar artikel laat Slatman overtuigend zien hoe ‘abnormaliteit’ weldegelijk deel kan worden van de zelfervaring, en niet slechts een derde persoonswaarneming is. In mijn commentaar wil ik dit punt ondersteunen en aanvullen vanuit het perspectief van een heel andere denker, te weten Friedrich Nietzsche (1844-1900). Ook hij laat zien dat de observatie (en daarmee het morele oordeel) ‘abnormaal’ te zijn, een zeer sterke uitwerking heeft op de zelf-ervaring van mensen en daarmee op hun mogelijkheid tot zelfverwerkelijking. Nietzsche gaat vervolgens nog een stap verder en

1 Ik wil graag Paul van Tongeren bedanken voor zijn kritische commentaar.

betoogt dat het pathologiseren van afwijkende mensen door de samenleving een gericht wapen is om hun gevoel van eigenwaarde te breken.

Nietzsche komt in het artikel van Slatman slechts indirect voor, en wel op pagina *17*. Hier wordt beschreven hoe het statistische gemiddelde in de negentiende eeuw moreel geconnoteerd raakte en verbonden werd met het eugenetische streven om tot betere mensen te komen. Dan volgt een verwijzing naar het begrip 'Übermensch', een begrip dat toch primair met de filosoof Friedrich Nietzsche geassocieerd wordt: 'Quetelet heeft het echter nergens over zoiets als een Übermensch, maar spreekt van de gemiddelde mens – *l'homme moyen* als ideaal' (p. *17*).

Nietzsches idee van de 'Übermensch' kan inderdaad, zoals in het bovenstaande citaat indirect aangegeven wordt, gezien worden als tegengesteld aan dat van de 'normale', in de zin van 'gemiddelde', mens. Tegelijk kan de introductie van de term 'Übermensch' in de bredere context van eugenetica, misleidende associaties oproepen, bijvoorbeeld met het beeld van een 'superman' (een problematische vertaling van 'Übermensch' die we in oudere, Engelstalige edities van de werken van Nietzsche wel tegenkomen). Ik wil daarom in mijn commentaar tevens laten zien dat Nietzsches kritiek op de moraal van de normaliteit, op 'normaliteit' als ideaal, minstens *ook* een anti-eugenetische strekking heeft en aan het gebrek of de afwijking een positieve functie toekent.

2 Lof van de abnormaliteit

In *De vrolijke Wetenschap*, een boek dat Nietzsche schreef in 1882, staat een aforisme met de titel: 'Het grootste nut van het polytheïsme' (FW 143 3.49of²). In dit aforisme weert Nietzsche zich expliciet tegen wat hij ziet als het reduceren van de mens tot één norm voor menselijkheid, de 'normaal-mens'. Hij vergelijkt deze tendens met het monotheïsme. Het feit dat er volgens monotheïstische religies maar één 'normaal-god' is, en alle alternatieve goden bij voorbaat als 'valse leugengoden' (FW 143 3.49o) gezien worden, heeft volgens Nietzsche een bepalende invloed gehad op de manier waarop wij onszelf en de wereld zien. Het gaat om het idee dat er uiteindelijk maar één norm is voor het ware en het goede. Precies dit idee van de ene norm

2 Verwezen wordt naar Nietzsche, F. *Sämtliche Werke*. De laatste cijfers verwijzen naar de band en het paginanummer. Dus: FW 143 3.49o verwijst naar band drie, pagina 49o. Vertalingen door mijzelf.

als enige standaard, dat wil zeggen de heerschappij van de 'normaliteit', ziet Nietzsche als één van de grootste bedreigingen voor de pluraliteit en daarmee van het vermogen tot verandering en groei, van vormen van mens-zijn.

Terwijl, volgens Nietzsche, het Christendom zijn monopolie op de waarheid bijna volledig heeft kunnen doorzetten, doet hij zelf een beroep op het polytheïsme voor een tegenbeweging. In aforisme FW 143 stelt Nietzsche het polytheïsme voor als een situatie 'boven en buiten' ons, een 'overwereld' ('Ueberwelt') waar men *wel* het recht van individuen laat spreken, waar de ene god niet als de *weerlegging* van een andere god wordt gezien. In deze context van een pleidooi voor diversiteit, komt plotseling het begrip 'Übermensch' naar voren: 'De uitvinding van goden, helden en *Uebersmenschen* van alle aard, net als van neven- en ondermensen, van dwergen, feeën, centauren, saters, demonen en duivels, was de onschatbare voor-oefening tot de rechtvaardiging [...] van de enkeling' (FW 143 3.490). Nietzsche spreekt hier *zowel* over het belang van overmensen *als* van ondermensen, kortom: van menselijke *veelvoud* voor de 'rechtvaardiging van de enkeling'. Het polytheïsme kan tot redding worden van de mensheid, omdat het *dat* stimuleert wat mens-zijn in zijn wezen kenmerkt: pluraliteit en het leven naar *eigen* normen. Nietzsche concludeert: 'In het polytheïsme lag de vrijegeesterij en veelgeesterij van de mensen voorgevormd ('vorgebildet') Het gaat hier om 'de kracht om nieuwe en eigen ogen te scheppen en steeds weer nieuwe en nog eigenere' (FW 143 3.491). We herkennen hier iets van het beeld van gezondheid als het vermogen om eigen normen te stellen, zoals Canguilhem dat beschreef volgens Slatman (p. *8*).

Die mensen die Nietzsche hierboven beschreef, zij die 'abnormaal' zijn, zijn volgens Nietzsche het meest bedreigd ('gefährdet') in een samenleving. En wel op twee manieren. Ten eerste zijn zij in gevaar omdat zij, dat wil zeggen de 'dapperen' en 'experimentelen' onder hen, onvermijdelijk en voortdurend de (eigen) grenzen opzoeken en het eigen leven daardoor op het spel zetten. Dit *moeten* zij ook doen. Beroemd (en berucht) is Nietzsches oproep aan de 'gefährdetere' mensen: 'Gevaarlijk leven! Bouw jullie steden aan de rand van de Vesuvius. Stuur jullie schepen in onbekende zeeën. Leef in oorlog met jullie gelijken en met jezelf' (FW 283 3.526).

Een tweede, veel ernstiger en structurelere bedreiging ziet Nietzsche in de nivellerende kracht die uitgaat van de samenleving. Volgens Nietzsche is er hier sprake van een bewuste strategie, waarbij gebruik gemaakt wordt van het feit dat een derde persoonsperspectief van abnormaliteit geïnterioriseerd, en daarmee een (destructief) deel van de zelfervaring wordt. In nagelaten aantekeningen uit 1881 beschrijft hij hoe dit gaat. Door de eeuwen heen werden 'mensen, die wezenlijk anders ervoeren, over ruimtelijke

afstanden, licht, kleur, enzovoort [...] aan de kant gedrukt' (NL 11[156] 9.500). 'Deze manier van anders ervaren, moet in duizenden jaren als 'gekete' gezien en gemeden zijn' (NL 11[252] 9.537). Met name het Christendom heeft, in zijn uniformeringsstreven, de wil om 'juist de sterkste en voorname zielen te breken' (NL 11[55] 13.27).

Het gevoel van abnormaliteit en daarmee van inferioriteit wordt effectief gecommuniceerd en leidt tot gevoelens van schuld, zelf-haat en ressentiment (iets wat Nietzsche gedetailleerd uitwerkt in zijn *Genealogie van de Moraal* uit 1887). In een nagelaten aantekening schrijft hij: 'de verenzaamden, niet-opgevoeden, zich-verkeerd-begrijpenden ('Sich-falsch-Erklärenden') ontaarden, en hun ontaarding wordt als argument *tegen* hun bestaan ervaren' (NL 31[2] 11.359f; cursief door mij; JH).

Enerzijds zien we dus een sterke overeenkomst tussen Nietzsche en de fenomenologie, zoals gepresenteerd door Slatman: beiden streven ernaar de authentieke en singuliere zelfervaring te 'redden', en te zorgen dat ook de 'abnormalen', zich (opnieuw) bewust zijn van de eigen kracht. Beiden willen mensen ondersteunen in een weerbaarheid tegen externe (morele) maatstaven van 'normaliteit' en hen sterken in de ervaring van het 'ik kan'.

Er is echter ook een belangrijk verschil. Nietzsche lijkt nogal elitair te zijn in zijn benadering. Hij gebruikt, naast het begrip 'abnormaliteit', vaak de geuzennaam 'uitzonderingsmens' ('Ausnahme-Mensch'). Zijn beschrijvingen suggereren dat hij vooral spreekt over *die* mensen die hij als krachtig en veelbelovend ziet. Diskwalificeert Nietzsche zichzelf hierdoor voor actuele debatten en voor een dialoog met de fenomenologie? Ik denk dat we dit niet te snel moeten zeggen.

Nietzsche sluit, in zijn pleidooi voor de erkenning van de waarde van 'abnormaliteit', niemand bij voorbaat uit. Hij laat meermaals zien hoe elementen van 'grootseheid' ook voorkomen bij hen die niet tot de 'Groten' behoren. Zo laat hij in een kritiek op het Darwinisme zien, hoe (gewone) mensen juist door een 'handicap' (bijvoorbeeld blindheid aan één of beide ogen) een heel ander, sterker perspectief op de werkelijkheid kunnen hebben (MA I 224 2.188). Daarnaast benadrukt hij het belang van zelfregie en van het bepalen van de eigen maat. Volgens Nietzsche moeten onze artsen 'het begrip van een normaal-gezondheid [...] kwijt zien te raken' (FW 120 3.477). Ieder mens moet voor zichzelf ontdekken waar zijn kracht ligt en wat zijn persoonlijke doelen en drijfveren zijn, om zo te bepalen wat in zijn of haar individuele situatie 'gezondheid' betekent.

3 Conclusie

Nietzsches morele waardering van kwalitatieve verschillen tussen mensen blijft problematisch. Tegelijk kan Nietzsche in een samenleving waar een hoofdtendens bestaat tot normalisering en integratie (bijvoorbeeld van mensen met beperkingen), weldegelijk een constructief-kritische bijdrage leveren aan de discussie: *tegen* nivellering en *voor* de specifieke *kracht* van hen die afwijken.

Bibliografie

Nietzsche, F. (1980) *Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe in 15 Bänden*. Colli, G. und Montinari, M. (Hrsg.). Berlin/New York: De Gruyter.

Over de auteur

Janske Hermens (1972) is als docent en onderzoeker verbonden aan de Radboud Universiteit en aan Fontys Venlo. Zij schrijft een proefschrift over Nietzsches cultuurkritiek van ziekte en gezondheid en publiceerde onder andere 'Nietzsche et la relativisme: la conception nietzschéenne de la santé', samen met Isabelle Wienand (in: *Nietzsche et la relativisme* (2019), Ousia: Bruxelles, pp. 229-245).



Normaal versus abnormaal, typisch versus atypisch

Statistiek en de fenomenologie van atypisch gedragsmatig functioneren

Kristien Hens

ANTW 112 (1): 59–63

DOI: 10.5117/ANTW2020.1.007.HENS

In het artikel *Fenomenologie van ziekte en abnormaliteit* beschrijft Jenny Slatman op zeer heldere wijze het gedachtegoed van Merleau-Ponty, Goldstein en Canguilhem met betrekking tot het begrijpen van normaliteit en pathologie. Gemeenschappelijk hierbij is het feit dat ziekte en pathologie niet statisch moeten gedacht worden, maar steeds in relatie met de context en de werkelijkheid. Voor Goldstein is gezondheid bijvoorbeeld “de meest adequate manier om met de werkelijkheid om te gaan”. En Canguilhem stelt bijvoorbeeld dat gezondheid “de flexibiliteit van normen” is, het jezelf nieuwe normen kunnen stellen. Lijden aan een ziekte is dus in eerste instantie ervaren dat je deze normen niet kunt stellen. Voor deze denkers is ziekte dus niet in eerste plaats een statistisch gegeven. Het is geen anders-zijn dat we kunnen vaststellen op een gausscurve. Door louter te meten kunnen we niets zeggen over gezondheid en pathologie. Toch, stelt Slatman, is statistiek van de abnormaliteit niet zomaar een neutrale vorm van wetenschappelijke kennis, maar is onze leefwereld doordrongen van van statistiek. Je anders voelen, en daarom lijden ervaren, ontstaat vaak net omdat je afwijkt van het gemiddelde. Ze geeft hierbij voorbeelden van mensen die fysiek ‘anders’ zijn: in een context zonder de keurende blik van de andere is het fysiek anders zijn op zich niet problematisch, maar het is net die vergelijkende blik die maakt dat men onder zijn anders zijn gaat lijden.

Slatman gebruikt in haar artikel voorbeelden van fysiek anders zijn: mensen die er wat anders uitzien omdat ze bijvoorbeeld een bochel hebben of een amputatie hebben ondergaan of een andere fysieke beperking hebben. Het lijkt mij dat de analyses die zij maakt ook zeer relevant zijn

voor mijn eigen onderzoeksgebied, dat van gedragsmatig anders zijn, meer bepaald autisme. In wat volgt zal ik dit verder uitwerken. Ik zal eerst laten zien dat er nog veel werk te verzetten is als we willen begrijpen wat pathologie eigenlijk betekent als het gaat om kinderen met gedragingen die wat anders zijn. Verder zal ik ook proberen aan te tonen, aan de hand van argumenten die volwassenen met een diagnose autisme soms maken, dat een begrip van het eigen functioneren als een statistisch, en zelfs biologisch anders zijn ook kan helpen om het anders zijn te zien als 'neutraal' anders zijn: anders, waardevol, en zeker niet pathologisch.

Autismespectrumstoornis, of autisme zoals ik het verder zal noemen, is in eerste instantie, althans in België, een psychiatrische diagnose. Een psychiater, idealiter in samenwerking met een multidisciplinair team, zal de diagnose stellen op basis van criteria in de DSM-5 (American Psychiatric Association 2013). Deze criteria zijn gebaseerd op gedrag: gediagnosticeerden hebben enerzijds uitdagingen op het vlak van communicatie en sociale interactie, en anderzijds vertonen zij repetitief en/of stereotiep gedrag. Er zijn gestandaardiseerde psychologische testen voorhanden om dit gedrag te scoren en om een AQ (autismequotiënt) toe te kennen. Het lijkt dus of het vaststellen van autisme inderdaad analoog is aan het vaststellen van een hoge bloeddruk of van een asymmetrisch gelaat. Toch stelt de DSM ook dat een diagnose niet louter op het gedragsmatige moet gesteld worden: de persoon in kwestie moet immers ook door deze eigenschappen lijden of beperkt zijn in het dagelijks functioneren. Het gaat dus niet louter om bepaalde kenmerken, maar ook om het ervaren dat deze kenmerken de persoon in kwestie beperken. Dit gegeven leunt inderdaad goed aan met wat bijvoorbeeld Canguilhem zou stellen: een persoon die zich in een omgeving bevindt waar bepaalde repetitieve gedragingen niet als problematisch worden aanzien, lijdt hier niet onder en behoeft geen 'diagnose' te krijgen. Iemand die zich beperkt voelt door het feit dat zij moeilijk sociaal contact maakt met anderen is misschien wel geholpen met de diagnose en verdere hulpverlening. In mijn eigen onderzoek naar volwassenen met de diagnose autisme kwam dit gegeven sterk naar voren: op bepaalde momenten in het leven werd het eigen functioneren als een obstakel ervaren en ging men op zoek naar hulp (Hens and Langenberg 2018). Overigens kunnen we ons afvragen in hoeverre het gegeven van autisme als pathologie ook niet cultureel bepaald is. In een cultuur waar oogcontact als extreem onwenselijk wordt beschouwd, zal het moeite hebben met oogcontact niet als problematisch worden ervaren.

Het blijft natuurlijk wel zo dat het merendeel van individuen die gediagnosticeerd worden met autisme kinderen zijn, soms zelfs zeer jonge

kinderen. We kunnen ons dan ten eerste afvragen wiens ervaring van lijden dan van belang is. Bij het diagnosticeren van kinderen wordt de impact op het gezin en op het schoolse functioneren als zeer belangrijk beschouwd, en meegenomen in de beslissing. Dit is waarschijnlijk tot op zekere hoogte terecht: zoals in het artikel van Slatman wordt aangegeven, is het bijna onmogelijk om individueel lijden los te zien van de context, de familie, de cultuur en de heersende normen aldaar. Toch lijkt het mij dat er dringend nood is aan een fenomenologie van de ervaringen van jonge kinderen, met en zonder diagnose. Ervaringen van kinderen zelf zijn immers niet altijd analoog met die van hun ouders, of met hoe ouders denken dat hun kinderen de werkelijkheid ervaren. Vanuit ethisch standpunt is het bijvoorbeeld mijns inziens uiterst relevant of een kind al dan niet lijdt onder zijn of haar atypische gedragingen, en of dat lijden het gevolg is van de gedragingen en het atypisch functioneren an sich, dan wel van de reacties van anderen die dit abnormaal vinden. Een kind dat spanning kan afvoeren door op en neer te springen en met de handen te flapperen kan dit in eerste instantie ervaren als een zeer goede manier om met die spanning om te gaan. Als het hier vervolgens voor gestraft wordt of gepest, omdat dit gedrag atypisch is, kan dit op zich dan weer tot (secundair) lijden leiden. Ik denk dat het nodig is, vanuit een normatief standpunt, om dit soort onderscheid te maken: ik ben ervan overtuigd dat medicalisering en normalisering een veel minder gepast antwoord zijn op lijden dat door sociale factoren veroorzaakt wordt, dan op primair lijden. In ieder geval denk ik dat zowel bij kinderen als volwassenen het in eerste instantie de personen zelf moeten zijn die medezeggenschap moeten hebben in mogelijke oplossingen voor de uitdagingen die zij ervaren.

Overigens wordt er bij autisme en andere ontwikkelingsstoornissen vaak benadrukt dat het zeer belangrijk is dit zeer vroeg te ontdekken om bepaalde ontwikkelingen te voorkomen en/of gepaste hulp te kunnen bieden. Men wil dan al vaak presymptomatisch vaststellen of een kind autisme zal ontwikkelen op basis van bijvoorbeeld biomarkers. Zoals Slatman terecht stelt in haar artikel sluit Canguilhem alvast niet uit dat we over een pathologie spreken bij presymptomatische laesies of biologische gesteldheden, zoals bijvoorbeeld kankercellen die er al kunnen zijn voordat men ziek is. Immers, zo stelt hij, anderen zijn deze specifieke patiënt voorgegaan en hebben het lijden dat door de laesie veroorzaakt wordt reeds ervaren. Ik betwijfel ten sterkste dat dit veralgemenend van toepassing is op bijvoorbeeld autisme: of bepaald atypisch gedrag per definitie lijden veroorzaakt is immers twijfelachtig. Hierin verschillen gedragsmatige verschillen van somatische: gedrag is in de meeste gevallen, waaronder ik ook de meeste

vormen van autisme reken, niet louter het directe gevolg van een genetisch of neurologisch statisch anders zijn, maar altijd ook een reactie op de context. Omdat we de context op voorhand niet weten, kunnen we dan ook niet voorspellen dat een bepaald biologisch gegeven pathologisch zal worden in de toekomst. Vroegdetectie heeft natuurlijk wel zijn waarde als het gaat om het geschikt maken van de context voor de persoon in kwestie.

Ik sprak hoger over de 'pathologie' autisme, en de diagnose autisme als psychiatrische diagnose. Een aantal lezers zullen hier misschien aanstoot aan nemen. Autisme, zo stellen zij, is niet zozeer een pathologie gedefinieerd in de DSM, maar wel een anders neurologisch functioneren, dat waarschijnlijk terug te brengen is op een genetisch verschil. Hier komen we wel weer dicht bij een statistische interpretatie van het gegeven autisme. Natuurlijk, het statistisch (en neurobiologisch) verschil dat men hier beschrijft is niet hetzelfde als het gedrag op basis waarop men gediagnosticeerd wordt: het verschil is een verklaring voor het gedrag. Recente theorieën die vaak ook door autistische personen aangehaald worden zijn bijvoorbeeld het feit dat men de wereld intenser beleeft, of een erg visuele intelligentie heeft waardoor men heel erg op details let (Markram, Rinaldi, and Markram 2007; Mottron et al. 2006). Het onderliggende verklaringsmodel, dat dan weer wel te maken heeft met objectiveerbare en statistische verschillen in de biologie, wordt dan vaak gebruikt om te stellen dat autisme net geen pathologie is: het is een neutraal verschil. Autistische mensen mogen dan wel in de minderheid zijn, dit maakt hen nog niet ziek. Hun gedragingen zijn misschien atypisch, maar ze zijn niet pathologisch, net omdat ze verklaard kunnen worden door een biologisch verschil. Zo hebben Welin en Jaarsma een analogie gemaakt met homoseksualiteit (Jaarsma and Welin 2012). Medicalisatie wordt dan gezien als een vorm van normaliserend geweld. Wat er ziek is, is dan niet de persoon die lijdt, maar de omgeving die een neutrale statistische en biologische variant pathologiseert en niet accepteert. Zoals Slatman aantoonde voor lichamelijk anderszijn, wordt het "ik kan" niet als verstoord ervaren omdat men zichzelf als intrinsiek anders ervaart, maar omdat de blik van de ander je wijst op je gedragsmatige anderszijn. Of deze redenering opgaat voor iedereen met een diagnose autisme is wel de vraag: een aantal mensen stellen bijvoorbeeld dat zij wel degelijk lijden aan rechtstreekse gevolgen van hun anderszijn die niet puur door meer sociale acceptatie opgelost kunnen worden, bijvoorbeeld in het geval van het pijnlijk luid aanvoelen van auditieve stimuli. Ik denk dat we van Canguilhem kunnen leren dat de vraag 'is autisme een pathologie' zinloos is: belangrijker is het zich af te vragen wat deze ervaring betekent voor deze persoon in deze context en periode in zijn of haar leven.

Bibliografie

- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5th Edition: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Hens, Kristien, and Raymond Langenberg (2018) *Experiences of Adults Following an Autism Diagnosis*. Heidelberg: Springer International Publishing.
- Jaarsma, Pier, and Stellan Welin (2012) Autism as a Natural Human Variation: Reflections on the Claims of the Neurodiversity Movement, *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy* 20 (1), pp. 20-3.
- Markram, Henry, Tania Rinaldi, and Kamila Markram (2007) The Intense World Syndrome – an Alternative Hypothesis for Autism, *Frontiers in Neuroscience* 1 (1), pp. 77-96.
- Mottron, Laurent, Michelle Dawson, Isabelle Soulières, Benedicte Hubert, and Jake Burack (2006) Enhanced Perceptual Functioning in Autism: An Update, and Eight Principles of Autistic Perception, *Journal of Autism and Developmental Disorders* 36 (1), pp. 27-43.

Over de auteur

Kristien Hens is onderzoeksprofessor aan de Universiteit Antwerpen en gastdocent aan de KU Leuven. Ze is PI van het project NeuroEpigenEthics, ondersteund door een ERC Starting Grant. Ze onderzoekt de impact van concepten van biologie op opvattingen over verantwoordelijkheid.



Repliek

Jenny Slatman

ANTW 112 (1): 65–72

DOI: 10.5117/ANTW2020.1.008.SLAT

1 Inleiding

Als schrijvend academicus weet je tegenwoordig niet meer goed waar je het zoeken moet. De druk om maar te publiceren is enorm hoog, terwijl je eigenlijk geen flauw idee hebt wie jouw stukken nu echt leest. Soms zie je dat je geciteerd wordt – je hart veert verheugd op. Geciteerd betekent dat je “meedoet”, dat mensen weet hebben van wat je doet. Maar of ze het dan ook echt gelezen hebben, weet je niet met zekerheid. Citeren kan binnen de mallemolen van de hedendaagse publicatiecultuur ook betekenen dat mensen plichtmatig naar studies van anderen verwijzen enkel om te laten zien dat ze “het veld” kennen. Schrijven doe je omdat je daartoe gedreven bent, en omdat je meent dat je iets interessants hebt bij te dragen. Maar je schrijft toch ook om gelezen te worden, en om mogelijk een dialoog te starten. Reviewers lezen geschreven stukken natuurlijk wel, maar enkel met het oog om ze te beoordelen, niet om verder mee of tegen te denken. Ik ben dan ook enorm verguld met de zes referenten die mijn focusartikel zorgvuldig hebben gelezen en daarbij allerlei interessante opmerkingen hebben geplaatst, welke mij uitnodigen om mijn ideeën verder aan te scherpen. Wat een luxe in deze tijd waarin we alleen maar aangespoord worden om snel en veel te lezen en schrijven. Graag bedank ik dan ook Maarten Coolen, Kristien Hens, Janske Hermens, Nicole van Voorst Vader-Bours, Veronica Vasterling en Maren Wehrle voor hun nauwkeurige lezing van mijn tekst.

De referenten halen ieder heel uiteenlopende punten naar voren. Deze wil ik hier niet punt voor punt behandelen. Deze mooie verzameling commentaren is voor mij vooral een uitnodiging om twee zaken verder uit te werken: 1) de verhouding tussen het (zieke/abnormale) individu en de

sociale wereld, en 2) normatieve aspecten van een fenomenologie van abnormaliteit.

2 Belichaamd sociaal individu

Allereerst was het Maarten Coolens analyse van het “ik kan” die mij uitnodigde om nog eens beter na te denken over hoe we de relatie tussen individu en wereld of omgeving moeten denken. Coolen schrijft dat Iris Youngs idee van de inhibitie van de intentionaliteit, i.e. “het kan maar ik kan niet” eigenlijk secundair is, en dat dit mogelijk gemaakt wordt door een fundamenteeler “ik kan”. Het “het kan maar ik kan niet”, zo schrijft Coolen, vindt plaats in een reeds geconstitueerde wereld, terwijl het existentiële “ik kan” het ontsluiten of constitueren van een wereld impliceert (p. xx). Deze analyse van Coolen is correct als we Merleau-Ponty’s manier van filosoferen opvatten als een vorm van transcendentale fenomenologie, dat wil zeggen een fenomenologie die er vanuit gaat dat er een subject is – in dit geval een belichaamd subject – dat de mogelijkheidsvoorwaarde vormt voor het ontsluiten van de wereld. Maar hierbij moeten we niet vergeten dat het transcendentale redeneren van Merleau-Ponty ons niet bij een zuiver transcendentaal subject of “ik” brengt. Het “ik” van het “ik kan” gaat niet zomaar vooraf aan de wereld die het ontsluit. Dit “ik” is altijd ook al deel van die wereld, en dat is ook precies waarom Merleau-Ponty zegt dat een compleet transcendentale reductie niet mogelijk is. Bij Merleau-Ponty is er geen sprake van een zuiver transcendentale filosofie. Er is eerder sprake van een soort cirkel van constitutie: datgene wat voorwaarde is voor het verschijnen van een wereld maakt deel uit van die wereld.

Die cirkel van constitutie wordt duidelijk als we kijken naar wat subjectiviteit behelst bij Merleau-Ponty. Voor Merleau-Ponty is het subject het *corps propre*, het geleefde lichaam, een vertaling van wat Husserl *Leib* noemde. Bij Merleau-Ponty vinden we echter geen verdere analyse over de constitutie van het geleefde lichaam – althans niet in de *Fenomenologie van de waarneming*. Hiervoor is het zinnig om terug te grijpen op het werk van Husserl, zoals Maren Wehrle terecht opmerkt, en zoals ik in diverse andere teksten ook doe (bijv. Slatman 2019). Husserl beschrijft hoe het lichaam op twee verschillende manieren aan ons zelf kan verschijnen en dus op twee verschillende manieren geconstitueerd wordt. Het lichaam wordt geconstitueerd als objectief lichaam of *Körper*, wanneer het in een bepaald perspectief verschijnt en we er fysieke kwaliteiten aan kunnen geven. Bijvoorbeeld wanneer we onszelf bekijken. Het lichaam wordt geconstitueerd als geleefd

lichaam of *Leib* door specifieke zintuiglijke gewaarwordingen. Dit zijn gewaarwordingen die gelokaliseerd zijn in bepaalde zintuigen, zoals de gewaarwordingen die optreden bij aanraken of tasten, gewaarwordingen van warmte, koude, pijn, proprioceptie en kinesthetische gewaarwordingen. Dit soort gewaarwordingen constitueren geen ding of object, maar enkel een belichaamd nulpunt, en het gevoel van wat ik “mijn-zijn” noem.

Belangrijk om hier in te zien is dus dat het lichaam als subject, als *Leib* en “ik kan”, inderdaad een nulpunt is voor al het handelen en waarnemen, maar tegelijkertijd wordt dit nulpunt gevormd, geconstitueerd door middel van zintuiglijke gewaarwordingen welke op hun beurt niet losgezongen kunnen worden van de omgeving, de wereld waarin dit lichaam zich begeeft. Ik ben het dan ook met Wehrle eens dat we het beter niet over een zuiver *Leib* kunnen hebben, maar beter over een *Leibkörper*, zoals ik ook in mijn boek *Vreemd lichaam* (2008), heb aangegeven. *Leib* betekent nulpunt van waarnemen en handelen, maar dit kan alleen geconstitueerd worden wanneer het *Leib* geraakt kan worden door iets buiten zichzelf, en om geraakt te kunnen worden moet het *Leib* dus ook een ding of object zijn, in ieder geval iets dat uitgebreid is. Nu deze cirkel van constitutie, welke ik in mijn focusartikel niet besproken heb, nader is toegelicht, kan ik ook verder ingaan op hoe we de relatie tussen het zieke of gezonde individu en de wereld kunnen preciseren.

Ziek-zijn en abnormaal-zijn zijn kwaliteiten die we toedichten aan individuen. In mijn focusartikel heb ik aangegeven dat we beide fenomenen echter alleen kunnen begrijpen als we naar de context van individuen kijken. Abnormaal-zijn wordt pas duidelijk binnen een sociale context, waarin bepaalde (impliciete) normen van kracht zijn. Abnormaal-zijn wordt inderdaad onthuld door de blik van de ander. Bij ziekte, daarentegen, lijkt de (sociale) context minder van belang omdat ziekte ervaren wordt vanuit een eerste persoonsperspectief. Wanneer iemand pijn heeft bij een gebroken been dan staat die pijnbeleving los van de context van het individu. Maar daarnaast is het ook zo, zoals beschreven door Goldstein, Canguilhem en Merleau-Ponty, dat de volle impact van een ziekte-ervaring pas begrepen kan worden als we het zieke individu in haar of zijn context plaatsen. De mate waarin iemand zichzelf als ziek ervaart, heeft alles te maken met de mate waarin de omgang met de leefwereld, met het vertrouwde, verstoord is. De mate waarin iemands “ik kan” verminderd is, zal aan de ene kant afhangen van de mate waarin iemand fysieke pijn en beperkingen heeft, maar aan de andere kant ook van de mogelijkheden, “affordances”, die de omgeving op dat moment aan het individu te bieden heeft (Rietveld & Kiverstein, 2014). Voor iemand die op krukken moet lopen, wordt een

gebouw met enkel trappen een onneembare vesting, een directe affirmatie van “ik kan niet”. Wanneer er liften in het gebouw zijn, wordt de pijn in het been niet minder, maar wordt het “ik kan” minder aangetast, en verliest het gebouw de betekenis van onneembare vesting.

In tegenstelling tot Maarten Coolen denk ik dus dat we niet echt een verschil kunnen maken tussen een primair “ik kan” en een secundair “het kan maar ik kan niet”. Dit zou namelijk betekenen dat de betekenis van de wereld primair hetzelfde zou zijn voor degene die gezond is en degene die ziek of beperkt is. Dat is nu precies niet het geval. Het niet of minder kunnen constitueert een andere wereld. Het is niet voor niets dat men zegt dat ziekte iemands leefwereld aantast. Hetzelfde geldt voor afwijkend of anders zijn. Voor vrouwen die te maken hebben met seksisme, intimidatie en geweld en daarom een gesloten lichaamshouding aannemen, is de betekenis van de wereld waarin ze leven niet dezelfde als voor individuen die hier geen rekening mee hoeven te houden. De cirkel van constitutie moeten we dan ook als volgt begrijpen: het belichaamde subject dat een wereld ontsluit, wordt zelf ook gevormd en geconstitueerd door de wereld waarin het zichzelf aantreft. De wereld waarin je jezelf aantreft en waar je altijd al deel aan hebt, is een wereld waarin bepaalde normen en machtsverhoudingen gelden. “Affordances” van de leefwereld hebben niet enkel te maken met hoe we onze ruimte inrichten (trappen, liften) of hoe dingen zijn ontworpen (een meubelstuk dat uitnodigt om te blijven staan in plaats van te gaan zitten), maar juist ook met normen en machtsverhoudingen. Een dergelijke beschrijving van de relatie tussen individu en sociale wereld vinden we niet direct terug in het werk van Merleau-Ponty, maar als we de cirkel van constitutie goed doordenken, komen we daar wel bij uit. Dat is wat ik elders socio-fenomenologie heb genoemd (Slatman 2014).

Aansluitend hierbij is het interessant om in te gaan op Veronica Vasterlings commentaar. Vasterling merkt op dat zo gauw we het over de blik van de ander hebben, het perspectief *pour autrui*, zoals Sartre het noemt, dat we het dan meestal over het derde persoonsperspectief hebben, en vrijwel nooit over het tweede persoonsperspectief. Dit vind ik een zeer belangrijke opmerking, en het kan zeker als een gemis worden opgevat dat ik het daar in mijn focusartikel niet over heb. Het is waar dat het tweede persoonsperspectief meestal niet genoemd wordt en dat we, als we het over het verschil hebben tussen een fenomenologische en een wetenschappelijke benadering van ziekte, dit gemakshalve tegen elkaar uitspelen als het eerste persoonsperspectief tegenover het derde persoonsperspectief. Voor de klinische praktijk schiet een dergelijke oppositie ook ernstig tekort. Natuurlijk zal een arts een derde persoonsperspectief aannemen als

zij of hij het lichaam van de patiënt onderzoekt, maar dit gaat vaak samen met een tweede persoonsperspectief wanneer de arts in gesprek is met de patiënt en samen met de patiënt probeert te duiden wat het probleem is en hoe dat het beste aangepakt kan worden. Voor een fenomenologie van ziekte en gezondheid is het daarom zeker belangrijk om ook het tweede persoonsperspectief te analyseren, zoals ik eerder samen met Annemie Halsema heb betoogd (Halsema & Slatman, 2017).

Interessant aan Vasterlings commentaar is dat zij van mening is dat het tweede persoonsperspectief zich niet beperkt tot de interactie met een ander persoon, zoals de interactie tussen een dokter en een patiënt. Volgens haar betreft het tweede persoonsperspectief ook de manier waarop we op impliciete wijze de wereld en mensen om ons heen begrijpen vanuit een vertrouwdheid ermee. Zolang onze vertrouwdheid en vanzelfsprekendheid van de wereld en dingen niet verbroken wordt, houden we ons op in het tweede persoonsperspectief en niet in het derde persoonsperspectief. Als voorbeeld gebruikt ze de bekende passage uit het boek van Fanon, waarin een kind zegt “Mamma, kijk, een neger, ik ben bang”. Zolang het kind deze uitspraak doet vanuit een soort vertrouwdheid, gebaseerd op het stereotype dat zwarte mensen eng zijn, zo stelt Vasterling, neemt het kind niet een derde maar een tweede persoonsperspectief in. Alleen als de zwarte man een soort verstoring van de vanzelfsprekendheid van het kind impliceert, zou het om een derde persoonsperspectief gaan. Dit kan wel waar zijn, maar de vraag is uiteraard of dat voor de zwarte man in kwestie veel uitmaakt. Vasterling stelt dat alleen het derde persoonsperspectief objectiverend is, maar wat gebeurt er dan precies met de zwarte man die door een kind als eng wordt gezien, niet omdat ze er van schrikt, maar omdat dat past bij haar sociale vooroordelen? Misschien kan dat strikt genomen geen objectivering worden genoemd, maar, en daar wil ik graag aansluiten bij wat Nicole van Voorst Vader-Bours schrijft, de impact van sociale categorisatie die gebaseerd is op vanzelfsprekendheid en *implicit bias*, kan potentieel heel schadelijk zijn.

3 Voorbij het gemiddelde: pleidooi voor inclusie en diversiteit

Het commentaar van Van Voorst Vader-Bours vormt ook een directe aanleiding om verder te denken over de praktische en zelfs klinische consequenties van wat ik een fenomenologie van ziekte en abnormaliteit heb genoemd. Het doel van mijn focusartikel was om te laten zien hoe

abnormaliteit ook onderwerp kan zijn van een fenomenologische benadering. Dit heb ik gedaan door te laten zien dat het derde persoonsperspectief en, na Vasterlings commentaar haast ik mij te zeggen, ook het tweede persoonsperspectief een directe impact kan hebben op iemands subjectiviteit, op iemands “ik kan” en dus ook op de ervaring van deze persoon vanuit het eerste persoonsperspectief. Van Voorst Vader-Bours geeft terecht aan dat dit ook direct consequenties kan hebben voor de klinische praktijk, waarbij ze het voorbeeld van hartklachten en genderbias geeft. Hartklachten worden bij vrouwen vaak slecht gediagnosticeerd omdat deze klachten zich bij vrouwen anders presenteren, terwijl de medici zijn opgeleid met het plaatje van de zogenaamde “gemiddelde mens”, de witte man. Vrouwen krijgen daardoor vaak niet de juiste behandeling voor hartklachten en worden zo, volgens Van Voorst Vader-Bours, geschaad.

Ik zou zelf zeggen dat als er suboptimale zorg wordt geboden als gevolg van stereotypering en genderbias dat er dan niet per se sprake is van “schaden” in Hippocratische zin. Het Hippocratische *primum non nocere* – allereerst niet schaden – moet toch vooral opgevat worden als een advies dat artsen ter harte moeten nemen wanneer ze over willen gaan tot een ingrijpende behandeling. In die zin is die waarschuwing met name bedoeld voor snijdende artsen. Je moet toch wel met enige zekerheid kunnen zeggen dat een operatie verbetering in een situatie brengt alvorens je het mes in iemand zet. Van Voorst Vader-Bours rekt dit “niet schaden” zo ver op zodat iedere vorm van suboptimale behandeling eronder valt. Dit lijkt me niet nodig omdat artsen naast het principe van “niet-schaden” ook horen te handelen vanuit het principe van “wel-doen” (Beauchamp, 2007). Misschien maakt het niet zo heel veel uit hoe je het benoemt, belangrijker is om in te zien dat het afwijken van het standaardplaatje, van de *every-patient*, negatieve gevolgen kan hebben voor individuele patiënten. Van Voorst Vader-Bours stelt aan het eind van haar betoog dan ook dat artsen met een opener blik naar hun patiënten moeten kijken. Daar ben ik het uiteraard helemaal mee eens.

Ook Janske Hermens doet een oproep om voorbij de gemiddelde mens te kijken, gebaseerd op Nietzsche’s lof van de abnormaliteit. Daar waar voor Quetelet de “gemiddelde mens” het ideaal is, zouden we kunnen zeggen dat Nietzsche zich juist afzet tegen deze normaliteit en een grotere diversiteit voorstaat. Uit Hermens’ commentaar wordt duidelijk dat abnormaliteit bij Nietzsche een bepaalde morele waarde heeft en dat abnormaliteit zelfs te verkiezen is boven normaliteit. Mijn fenomenologie van abnormaliteit laat zien hoe de normativiteit van gemiddeldes het leven van mensen die van de norm of het gemiddelde afwijken kan bemoeilijken. De praktische les

die we daar uit kunnen trekken is dat we de ervaringen van deze mensen serieus moeten nemen. Met Nietzsche lijkt Hermens te suggereren dat de “abnormalen” hun abnormaliteit juist moeten omarmen, omdat deze moreel te verkiezen is boven normaliteit. In mijn analyse heb ik echter aangegeven dat een ervaring van anders zijn of van abnormaliteit samen kan gaan met de verstoring van het “ik kan”. Een dergelijke vermindering van mogelijkheden en intentionaliteit is nu niet direct iets dat men zich zou moeten wensen of op een moreel voetstuk zou moeten plaatsen. In die zin past een morele waardering van abnormaliteit niet binnen een fenomenologie van abnormaliteit.

Kristien Hens laat zien dat een fenomenologie van abnormaliteit ook toegepast kan worden op autisme. Autismen behelst immers meestal een vorm van atypisch gedrag, gedrag dat afwijkt van het gemiddelde. Als we Nietzsche's redenering zouden volgen dan zouden we autisten als betere mensen kunnen zien. En omdat sommige aspecten van autisme – zoals het niet kunnen liegen of het hebben van een fotografisch geheugen – opgevat kunnen worden als positieve menselijke eigenschappen, kan het in sommige gevallen heel verleidelijk zijn om het atypische van autisme te verheerlijken. Hens laat echter zien dat zelfs als we autisme als een normale variant opvatten binnen de diversiteit van menselijk gedrag, en dus niet per se als een afwijking, dat dit atypische gedrag nog steeds een bron van lijden kan zijn. In sommige gevallen wordt dit lijden veroorzaakt door een overgevoelige zintuiglijkheid, maar in de meeste gevallen is het zo dat wanneer mensen lijden aan hun atypische gedrag dit direct te maken heeft met de mate waarin dit gedrag geaccepteerd wordt binnen hun directe context. Vergelijkbaar met de mogelijkheden van iemand met een gebroken been die met krukken moet lopen, wordt het “ik kan” van mensen met autisme bepaald door het samenspel van het individu in kwestie met een zijn of haar omgeving. Of autisme inderdaad tot een verminderd “ik kan” leidt, kunnen we alleen vaststellen als we de ervaringen van mensen binnen hun context analyseren. Dat is precies waar een fenomenologie van abnormaliteit voor staat. Die fenomenologie, zoals Hens mooi aanvult, moet zich ook richten op de ervaringen van (jonge) kinderen en niet alleen op die van volwassenen.

Fenomenologie is allereerst beschrijvend van aard omdat ze de doorleefde ervaringen van mensen wil duiden zonder deze (biologisch of psychologisch) te willen verklaren. Maar dit sluit niet uit dat zij ook normatief kan zijn. De fenomenologie van abnormaliteit kan wel beschouwd worden als een pleidooi voor diversiteit omdat zij een stem wil geven aan degenen die anders-zijn en niet-gemiddeld. Maar zij laat in het midden of abnormalen betere mensen zijn dan normalen.

Bibliografie

- Beauchamp, T. L. (2007) The 'four principles' approach to health care ethics, in: R. Ashcroft, A. Dawson, H. Draper, & J. McMillan (red.), *Principles of health care ethics*. West Sussex: Wiley, pp. 3-10.
- Halsema, A., & Slatman, J. (2017) The second-person perspective in narrative phenomenology, in: H. Fielding & D. Olkowski (red.), *Feminist Phenomenology Futures*. Bloomington: Indiana University Press, pp. 243-256.
- Rietveld, E., & Kiverstein, J. (2014) A rich landscape of affordances. *Ecological Psychology* 26(4), pp. 325-352.
- Slatman, J. (2008) *Vreemd Lichaam. Over medisch ingrijpen en persoonlijke identiteit*. Amsterdam: Ambo.
- Slatman, J. (2014) Multiple dimensions of embodiment in medical practices. *Medicine, Health Care and Philosophy* 17(4), pp. 549-557.
- Slatman, J. (2019) The *Körper-Leib* distinction, in: A. Murphy, G. Salamon, & G. Weiss (red.), *50 Concepts for a Critical Phenomenology*. Evanston: Northwestern University Press, pp. 203-209.

Kopij richten aan de hoofdredacteur: ANTW, Dr. Ronald Tinnevelt, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9049, 6500 KK Nijmegen; bij voorkeur per email: r.tinnevelt@jur.ru.nl. Auteursinstructies zijn te vinden via: <http://nl.aup.nl/nl/tijdschriften/algemeen-nederlands-tijdschrift-voor-wijsbegeerte.html>.

Boeken ter recensie richten aan: ANTW, Dr. Ronald Tinnevelt, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9049, 6500 KK Nijmegen

Email: r.tinnevelt@jur.ru.nl

Uitgever

Amsterdam University Press

Nieuwe Prinsengracht 89

1018 VR Amsterdam

E-mail: info@aup.nl

www.aup.nl

Abonnementsprijzen 2020

Papier en online

Instituten € 268,35 per jaar (incl. btw)

Particulieren € 71,59 per jaar (incl. btw)

Studenten € 51,50 per jaar (incl. btw)

Alleen online

Instituten € 217,36 per jaar (incl. btw)

Particulieren € 74,67 per jaar (incl. btw)

Studenten € 57,22 per jaar (incl. btw)

Eén papieren nummer: € 29,95 (incl. BTW).

Prijzen zijn exclusief verzendkosten (buitenland).

Zie voor meer informatie www.aup.nl of www.tijdschriftvoorwijsbegeerte.nl.

Wilt u op de hoogte blijven van het laatste nieuws en van interessante nieuwe artikelen en boeken van Amsterdam University Press? Schrijf u dan nu in op de nieuwsbrief, via www.aup.nl.

Omslagontwerp: Coördesign, Leiden

Lay-out binnenwerk: Konvertus/Newgen

ISSN: 0002-5275 (print)

Omslagillustratie: Auguste Rodin, Study for Galatea Bron: <https://www.metmuseum.org/art/collection/search/191846>