

# AANRAKEN ALS EERSTE EN ALS LAATSTE TAAL

Literatuurstudie  
naar het aanraken van mensen met dementie  
door geestelijk verzorgers



---

|                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| Naam:                 | Marieke C.M. Schoenmakers |
| ANR:                  | 762842                    |
| Master:               | Zorgethiek en beleid      |
| Begeleider:           | Prof. dr. C.J.W. Leget    |
| 2 <sup>e</sup> lezer: | Prof. dr. F.J.H. Vosman   |
| Datum:                | Mei 2013                  |

## INHOUDSOPGAVE

|                                         |                                                  |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| VOORWOORD                               | 5                                                |
| INLEIDING                               | 6                                                |
| Probleemstelling                        | 6                                                |
| Doelstelling                            | 7                                                |
| Vraagstelling                           | 7                                                |
| Onderzoeksopzet en opbouw van de thesis | 7                                                |
| <b>DEEL I</b>                           | <b>DE PIJLERS</b>                                |
| 1                                       | DEMENTIE                                         |
| 1.1                                     | Wat is dementie en hoe wordt het beleefd?        |
| 1.2                                     | Dementie en zingeving                            |
| 1.3                                     | Dementie als een vorm van 'kinds worden'         |
| 1.4                                     | Besluit                                          |
| 2                                       | GEESTELIJKE VERZORGING                           |
| 2.1                                     | De definitie van de beroepsvereniging            |
| 2.2                                     | De definitie van Axel Liégeois                   |
| 2.3                                     | Het zielzorgconcept van Rieke Mes                |
| 2.3.1                                   | Zielzorg                                         |
| 2.3.2                                   | Hoe kom ik thuis?                                |
| 2.4                                     | Besluit                                          |
| 3                                       | AANRAKEN                                         |
| 3.1                                     | Fysiek en therapeutisch aanraken                 |
| 3.2                                     | Aanraken volgens Axel Liégeois                   |
| 3.3                                     | Aanraken volgens Bob Boot                        |
| 3.4                                     | Besluit                                          |
| 4                                       | ZORGETHIEK                                       |
| 4.1                                     | De zorgethische traditie                         |
| 4.1.1                                   | Aandacht voor het specifieke van de situatie     |
| 4.1.2                                   | Afhankelijkheid                                  |
| 4.1.3                                   | Kwetsbaarheid                                    |
| 4.1.4                                   | Relationaliteit                                  |
| 4.2                                     | De zorgethische kernpunten als aanknopingspunten |
| 4.3                                     | Besluit                                          |
| <b>DEEL II</b>                          | <b>DE CONTEXT</b>                                |
| 5                                       | OUDERE EN DEMENTE MENSEN IN ONZE CULTUUR         |
| 5.1                                     | Waardig ouder worden?                            |
| 5.2                                     | Lichamelijkheid en ouderdom                      |
| 5.3                                     | Beeld van dementie in onze cultuur               |
| 5.4                                     | Besluit                                          |
| 6                                       | HET AANRAKEN VAN MENSEN DIE LIJDEN AAN DEMENTIE  |
| 6.1                                     | Wassen                                           |
| 6.2                                     | Psychomotorische therapie                        |
| 6.3                                     | Snoezelen                                        |
| 6.4                                     | Besluit                                          |

|          |                                                                              |    |
|----------|------------------------------------------------------------------------------|----|
| 7        | LICHAMELIJKHEID IN PASTORAAT EN THEOLOGIE                                    | 36 |
| 7.1      | Lichaam als drager                                                           | 36 |
| 7.1.1    | Drager van de persoon                                                        | 36 |
| 7.1.2    | Drager van betekenissen                                                      | 36 |
| 7.2      | Lichaam in de theologie                                                      | 38 |
| 7.2.1    | Lichamelijkheid in de theologie                                              | 38 |
| 7.2.2    | Feministische theologie                                                      | 39 |
| 7.3      | Besluit                                                                      | 40 |
| 8        | AANDACHT VOOR COMMUNICATIE MET MENSEN MET DEMENTIE                           | 42 |
| 8.1      | Psychosociaal perspectief                                                    | 42 |
| 8.1.1    | Tom Kitwood                                                                  | 42 |
| 8.2      | Onderzoek naar het aanraken van mensen met dementie                          | 43 |
| 8.3      | Besluit                                                                      | 44 |
| DEEL III | VERKENNING                                                                   | 46 |
| 9        | ONDERZOEK NAAR HET AANRAKEN VAN OUDEREN EN VAN MENSEN MET DEMENTIE           | 48 |
| 9.1      | De betekenissen van aanraken                                                 | 48 |
| 9.1.1    | De mogelijke betekenissen voor de oudere patiënt                             | 49 |
| 9.1.2    | De mogelijke betekenissen voor de verpleegkundige                            | 51 |
| 9.1.3    | Dementie                                                                     | 53 |
| 9.1.4    | Aandacht                                                                     | 54 |
| 9.2      | De lichaamsdelen die aangeraakt worden door verpleegkundigen                 | 55 |
| 9.3      | De (ethische) voorwaarden van het aanraken                                   | 55 |
| 9.4      | Aanwijzingen voor een geestelijk verzorger                                   | 56 |
| 9.5      | Besluit                                                                      | 58 |
| 10       | AANRAKEN IN HET PASTORAAT                                                    | 60 |
| 10.1     | Visie op aanraken van de beroepsvereniging                                   | 60 |
| 10.2     | Visie op aanraken van Didier Pollefeyt                                       | 60 |
| 10.3     | Pioniers op het gebied van aanraken in het pastoraat                         | 62 |
| 10.4     | Aanwijzingen voor een geestelijk verzorger                                   | 78 |
| 10.4.1   | De mogelijke betekenissen voor de pastorant                                  | 78 |
| 10.4.2   | De mogelijke betekenissen voor de pastor / geestelijk verzorger              | 81 |
| 10.4.3   | Dementie                                                                     | 83 |
| 10.4.4   | De lichaamsdelen die aangeraakt worden door de pastor / geestelijk verzorger | 83 |
| 10.4.5   | De (ethische) voorwaarden van het aanraken                                   | 84 |
| 10.5     | Besluit                                                                      | 86 |
| 11       | DE HUID ALS VERBINDING EN BEGRENZING                                         | 88 |
| 11.1     | De huid als tastzintuig                                                      | 88 |
| 11.2     | De hechtingstheorie van John Bowlby                                          | 89 |
| 11.3     | De verbindende functie van de huid                                           | 90 |
| 11.3.1   | Kleine kinderen                                                              | 90 |
| 11.3.2   | Grotere kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen                       | 91 |
| 11.3.3   | Nationale en culturele verschillen                                           | 93 |
| 11.3.4   | Verschillen tussen de seksen                                                 | 94 |
| 11.4     | De begrenzende functie van de huid                                           | 95 |
| 11.5     | Aanwijzingen voor een geestelijk verzorger                                   | 97 |
| 11.6     | Besluit                                                                      | 98 |

|              |                                            |     |
|--------------|--------------------------------------------|-----|
| 12           | LICHAAMSGERICHTE THERAPIEËN                | 100 |
| 12.1         | Maurice Merleau-Ponty                      | 100 |
| 12.2         | Gestalttherapie                            | 100 |
| 12.2.1       | Ontstaan                                   | 101 |
| 12.2.2       | Doel en werkwijze                          | 101 |
| 12.2.3       | Bruikbare inzichten voor pastores          | 102 |
| 12.3         | Haptonomie                                 | 103 |
| 12.3.1       | Ontstaan                                   | 104 |
| 12.3.2       | Doel en werkwijze                          | 105 |
| 12.3.3       | Bruikbare inzichten voor pastores          | 106 |
| 12.4         | Aanwijzingen voor een geestelijk verzorger | 108 |
| 12.5         | Besluit                                    | 110 |
| 13           | DEMENTIE ALS 'KINDS WORDEN'                | 112 |
| 13.1         | Dementie tot nu toe                        | 112 |
| 13.2         | Tom Kitwood                                | 113 |
| 13.3         | Bère Miesen                                | 115 |
| 13.4         | Rien Verdult                               | 119 |
| 13.4.1       | Het dementieproces                         | 120 |
| 13.4.2       | Aanraken van mensen met dementie           | 126 |
| 13.4.3       | De "goed genoeg moeder"                    | 129 |
| 13.4.4       | Overzicht Rien Verdult                     | 130 |
| 13.5         | Aanwijzingen voor een geestelijk verzorger | 131 |
| 13.6         | Besluit                                    | 133 |
| DEEL IV      | CONCLUSIES                                 | 136 |
| 14           | CONCLUSIES                                 | 138 |
| 14.1         | Rode draad                                 | 138 |
| 14.2         | Beantwoording vraagstelling                | 139 |
| 14.3         | Suggesties voor vervolgonderzoek           | 150 |
| SAMENVATTING |                                            | 151 |
| NAWOORD      |                                            | 152 |
| LITERATUUR   |                                            | 153 |

## **VOORWOORD**

Voor u ligt de thesis van de masteropleiding Zorgethiek en Beleid van de Universiteit van Tilburg. De thesis heeft als onderwerp het geestelijk verzorgen van mensen met dementie via aanraken, waarbij onderzocht wordt of het aanraken een manier is om hen te ontmoeten. Dementie wordt hierbij opgevat als een soort van ‘kinds worden’, omdat dit goed lijkt weer te geven wat er in het ziekteproces gebeurt, maar ook omdat we met kleine kinderen veelal contact maken door ze aan te raken.

In dit onderwerp komen diverse lijnen samen. In de eerste plaats was het voor mij van meet af aan duidelijk dat de thesis over geestelijke verzorging zou gaan, vanwege het feit dat dit het beroep is waartoe ik ben opgeleid.

Ik wist ook al vrij snel dat ik ‘iets’ wilde gaan doen met het onderwerp ‘aanraken’, omdat ik als geestelijk verzorger theoretische bagage miste over wie ik wanneer en met welk doel aanraakte. Dát aanraken heel erg helend kan zijn, daarvan was ik overtuigd. Maar waarom en hoe dan, daarover wilde ik graag meer weten.

Dat de focus op mensen met dementie kwam te liggen was een logisch vervolg op mijn werk als (inval) geestelijk verzorger in verpleeghuis De Riethorst te Geertruidenberg. In 2011 heb ik daar een half jaar dementerenden<sup>1</sup> begeleid. Ik merkte toen wat ik jaren eerder als stagiaire ook als eens ervaren had, namelijk dat je bij mensen die lijden aan dementie niet zoveel hebt aan je aangeleerde gespreksvaardigheden. Op lichamelijk contact daarentegen reageerden veel mensen heel positief. Sommigen kwamen echt een knuffel halen, net zoals mijn dochtertje Neda vaak doet. Ook de aanwezige poppen, knuffelbeesten en de vaak pure wijze van reageren deden me aan haar denken. Het was derhalve een feest der herkenning toen ik aan het begin van de masteropleiding de dissertatie van Madeleine Timmermann onder ogen kreeg, met als onderwerp presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor dementerenden. Daarin las ik dat zij het dementieproces als een soort van “kinds-woorden” opvat.<sup>2</sup> Zodoende ontstond de idee om met deze visie op dementie aan de slag te gaan.

Zowel het ‘aanraken’ als het ‘kinds-woorden’ zag ik ook terug in het onderzoek dat ik voor het vak ‘Veldverkenning en Veldonderzoek’ heb uitgevoerd eind 2011 en begin 2012. Ik observeerde – eveneens in De Riethorst – een geestelijk verzorger op de psychogeriatrische afdelingen. Zij raakte demente mensen op een affectieve manier aan en zo nu en dan benaderde zij hen op een wijze die deed denken aan hoe een ouder met zijn of haar kind communiceert.

Het onderwerp sluit al met al nauw aan bij mijn beroep als geestelijk verzorger en bij mijn ervaringen als zodanig met mensen die lijden aan dementie. Ook bouwt het voort op mijn onderzoek in het verpleeghuis. Dit alles hielp me bij het schrijven van deze thesis. Het was me echter niet gelukt zonder de prettige en deskundige begeleiding van Carlo Leget en van 2<sup>e</sup> lezer Frans Vosman. Ook de naam van geestelijk verzorger en haptotherapeut Jorien Schippers mag niet onvermeld blijven; zij heeft de tijd genomen om me bij te praten over haptonomie, alsmede om me zeer bruikbare literatuurtips te geven over de huid als tastzintuig.

Het thuisfront tenslotte ben ik ontzettend erkentelijk voor de steun tijdens deze studie. Zo hebben mijn ouders vaak op Neda gepast als ik colleges had. Mijn allergrootste dank gaat echter uit naar mijn partner Ferry. Hij zag hoe graag ik deze studie wilde doen en nam mijn twijfels weg door te zeggen dat ik er echt voor moest gaan. Hij maakte het mogelijk dat ik mijn baan – waarin voor mij geen toekomst was - op kon zeggen zodat ik fulltime kon studeren, en klaagde nooit als ik weer eens met mijn neus in de boeken zat. Echt super!

Marieke Schoenmakers

Tilburg, mei 2013

---

<sup>1</sup> ‘Dementerenden’ of ‘demente mensen’ zijn termen die uitdrukken dat de mens en zijn ziekte samenvallen. Maar mensen met dementie blijven op de eerste plaats mens. Een betere benaming is ‘mensen met dementie’. Omwille van de leesbaarheid worden de eerstgenoemde (en soortgelijke) termen echter ook in de thesis gebruikt.

<sup>2</sup> Timmermann 2010, 37-44.

## **INLEIDING**

In de inleiding wordt de probleemstelling van het onderzoek beschreven, waaruit de doelstelling en de vraagstelling voortvloeien. Vervolgens komt de onderzoeksopzet aan de orde.

### **Probleemstelling**

Enkele decennia geleden was het algemene beeld dat een geestelijk verzorger weinig te doen had bij mensen met dementie; het lag buiten de grenzen van het pastoraat. Gelukkig wordt hier tegenwoordig anders over gedacht.<sup>3</sup> In studies die pastores opleiden ligt de nadruk echter nog steeds op het begeleiden van mensen die verstandelijk in orde zijn. Er is weinig aandacht voor mensen die dit niet zijn, zoals mensen die lijden aan dementie. En dit betekent dat geestelijk verzorgers vooral getraind worden in het voeren van (levensbeschouwelijke) gesprekken. Maar bij dementerenden volstaan gespreksvaardigheden niet omdat ze een beroep doen op de taal en de cognitie, terwijl juist deze vermogens bij hen zijn aangetast.<sup>4</sup> Woorden zaaien daardoor vaak verwarring.<sup>5</sup>

Vanwege dit gebrek aan scholing zullen veel geestelijk verzorgers, die voor het eerst met dementerenden werken, niet goed weten hoe hen bij te staan. Jos Hettinga bijvoorbeeld schrijft dat hij letterlijk met zijn mond vol tanden stond. Al doende ontdekte hij meer en meer hoe hij pastor kon zijn voor deze mensen.<sup>6</sup> Waarschijnlijk geldt dit al-doende-leren voor de meeste geestelijke verzorgers, aangezien onderzoeken van Roy e.a. (1997) en van Rieke Mes (2011) uitwijzen dat velen vooral pragmatisch en intuïtief handelen, zonder een methode, theoretisch model of referentiekader.<sup>7</sup>

Om de mens met dementie daadwerkelijk te bereiken, zijn andere vormen van communicatie nodig naast het voeren van gesprekken. Aanraken is dan één van de mogelijkheden. Het aanraken is – aldus Hettinga – heel vaak “(...) de manier om naast iemand te staan en contact te maken”. Zeker bij dementerenden. Hij schrijft dat geestelijk verzorgers van dementerenden minder “mensen van het woord” zouden moeten zijn. De “taal van de aanraking” schuift hij daarbij – naast enkele andere non-verbale communicatievormen - naar voren als een manier om de dementerende te ontmoeten.<sup>8</sup>

Dat aanrakingen goed en fijn kunnen zijn is een ervaring die veel mensen hebben. Aanrakingen zijn echter ook complex, in die zin dat eenzelfde aanraking door de betrokken partijen verschillend geïnterpreteerd kan worden, wat mogelijk tot misverstanden leidt. Aanrakingen in een pastorale setting zijn nog complexer - met uitzondering van rituele handelingen zoals de handoplegging - vanwege de problematiek van het seksuele misbruik, alsook de aanwezige machtsongelijkheid tussen de pastor en de - doorgaans afhankelijke en kwetsbare - gesprekspartner. Juist aanrakingen kunnen hierdoor als grensoverschrijdend ervaren worden.<sup>9</sup>

In een groter verband speelt ook mee hoe er in de cultuur met aanraken wordt omgegaan; de westerse samenleving is in het algemeen niet zo aanrakingsgericht.<sup>10</sup> Er wordt zelfs gesproken over een “taboe” op aanraken.<sup>11</sup> Het aanraken in het pastoraat is daarbij nog weinig (ethisch) doordacht; met name intuïtie en de eigen verhouding tot lichamelijkeheid lijken te bepalen of en hoe een geestelijk verzorger aanraakt.<sup>12</sup> Specifieke literatuur op dit terrein is er eveneens weinig. Meestal wordt er over aanraken geschreven binnen het kader van het thema seksualiteit.<sup>13</sup>

---

<sup>3</sup> Mes 2011, 116.

<sup>4</sup> O.a. Hettinga 2006a, 382-383; Mes 2011, 205.

<sup>5</sup> Hettinga 2006a, 382.

<sup>6</sup> Hettinga 2006a, 383.

<sup>7</sup> Mes 2011, 15-16.

<sup>8</sup> Hettinga 2006a, 383, 385-386. Vgl. Mes 2011, 214.

<sup>9</sup> Liégeois 2010a, 91, 96-97, 102.

<sup>10</sup> Davis 1993, 80.

<sup>11</sup> Montagu 1972, 213; Meul 1999, 45; Lootens 2010, 108.

<sup>12</sup> Meul 1999, 66-67, 72.

<sup>13</sup> Liégeois 2010a, 106.

## **Doelstelling**

Het aanraken, specifiek het aanraken van dementerenden door geestelijk verzorgers, verdient nadere aandacht omdat het mogelijk bijdraagt aan de (geestelijke) zorg voor deze mensen.

Het onderwerp van de thesis - waarmee de master Zorgethiek en Beleid wordt afgerond - is dan ook “de taal van de aanraking”. Het doel van de thesis is een bijdrage te leveren aan de kennis met betrekking tot de vraag of en op welke wijze het aanraken voor geestelijk verzorgers een manier kan zijn om mensen met dementie te ontmoeten. Hierbij is er aandacht voor de betekenis van het aanraken voor beide partijen, alsook voor de morele grenzen die gerespecteerd behoren te worden.

Het onderwerp sluit goed aan bij de master vanwege het feit dat hierin de zogenaamde zorgethiek centraal staat. De zorgethiek is een politiek-ethische stroming die draait om de vraag wat goede zorg nu eigenlijk is en waarbij voor de beantwoording van die vraag ondermeer de context en de relatie tussen zorgdrager en -vrager in ogenschouw genomen worden. In dit literatuuronderzoek staat óók de vraag naar goede (pastorale) zorg centraal en zal de vraag of het aanraken als goed ervaren wordt mede afhangen van de situatie en van de positie van wie aanraakt.

## **Vraagstelling**

Uit de doelstelling vloeit de volgende vraagstelling voort:

*Met welke manieren van aanraken kan een geestelijk verzorger zijn of haar betekenis voor iemand die lijdt aan dementie vergroten?*

Om deze vraagstelling te beantwoorden komen in de thesis onderstaande deelvragen aan bod:

- wat kan het betekenen voor mensen met dementie om aangeraakt te worden?
- wat kan het betekenen voor een geestelijk verzorger om aan te raken?
- welke aanrakingen passen bij het beroep van geestelijk verzorger?
- welke morele grenzen behoren door de geestelijk verzorger gerespecteerd te worden als het gaat om het aanraken van mensen met dementie?
- wanneer is het aanraken van mensen met dementie door een geestelijk verzorger in zorgethisch opzicht als goede zorg te beschouwen?

## **Onderzoeksopzet en opbouw van de thesis**

Het onderzoek is gebaseerd op bestaande literatuur en bestaat uit vier delen. In deel I van de studie worden de vier pijlers neergezet: dementie (hoofdstuk 1), geestelijke verzorging (hoofdstuk 2), aanraken (hoofdstuk 3) en zorgethiek (hoofdstuk 4). Van de eerste drie pijlers worden er definities gegeven. Ook worden er keuzes gemaakt voor bepaalde benaderingswijzen. Zo wordt dementie in deze thesis opgevat als een soort van ‘kinds worden’. Enerzijds omdat dit beeld goed lijkt aan te geven wat er in het ziekteproces gebeurt, anderzijds omdat het mogelijk licht werpt op de (on)mogelijkheden van het aanraken van dementerenden. We communiceren met kleine kinderen immers vooral door ze aan te raken. Aanraken wordt daarom ook wel de ‘eerste taal’ genoemd die men leert. Wellicht is het eveneens zeer geschikt als ‘laatste taal’, wat meteen de titel van de thesis verklaart.

In hoofdstuk 4 wordt nader ingezoomd op de zorgethiek en de kernpunten ervan, te weten: aandacht voor het specifieke van de situatie, afhankelijkheid van de zorgvrager, kwetsbaarheid en de zorgrelatie. Deze kernpunten zijn als criteria voor de beoordeling of aanraken in bepaalde situaties als goede zorg te beschouwen is.

Deel II beschrijft de context van het onderzoek. Er wordt gereflecteerd op de oudere en de demente mens in onze cultuur (hoofdstuk 5), en op de ogenblikken – zoals wassen en snoezelen – waarop dementerenden in verpleeghuizen worden aangeraakt (hoofdstuk 6). Daarna volgt een bezinning op lichamelijke in het pastoraat en in de theologie (hoofdstuk 7) omdat dit nauw

samenhangt met het onderwerp ‘aanraken’. Als laatste (hoofdstuk 8) wordt duidelijk dat de thesissen aansluit bij een groeiende belangstelling voor communicatie met dementerenden.

In deel III wordt het onderwerp van de studie, het aanraken van dementerenden door geestelijke verzorgers, nader onderzocht. Concreet worden vijf thema’s verkend ter beantwoording van de vraagstelling.

Bij het eerste thema (hoofdstuk 9) wordt gekeken naar relevant onderzoek inzake het aanraken van ouderen en van mensen met dementie. Dit onderzoek blijkt nog in de kinderschoenen te staan.

Het tweede thema is dat van het pastoraat (hoofdstuk 10), waarin het lichaam – in een zorgsetting meestal een bron van lijden – een veelvoorkomend gespreksonderwerp is, maar waarin er nog maar weinig over lichamelijke en aanraken is nagedacht. Wel zijn er enkele pioniers die dit thema opgepakt hebben en die een aanzet hebben gegeven voor een ethisch raamwerk voor pastores. Daarnaast zijn er geestelijk verzorgers die schrijven over hun ervaringen met het aanraken van mensen. Het zal duidelijk worden dat niet iedereen het aanraken op prijs stelt.

De huid zelf is het derde thema (hoofdstuk 11). De huid blijkt het meest voorname en misschien ook wel het meest verwaarloosde zintuig te zijn. De huid verbindt ons – via aanraken – met anderen. En de huid stelt ook grenzen, het scheidt buiten van binnen. Evenwicht tussen die verbindende en begrenzende functie is essentieel om te kunnen functioneren.

Het vierde thema behandelt twee lichaamsgerichte therapieën, te weten de gestalttherapie en de haptotherapie (hoofdstuk 12). Voor de eerste therapie is gekozen omdat er in de jaren ’80 van de vorige eeuw pogingen zijn ondernomen om lichaamswerk in het pastoraat te integreren. De haptonomie – de achterliggende theorie van de haptotherapie – wordt door diverse onderzoekers op het gebied van dementie getipt als een benaderingswijze die vruchtbaar is. Ze lijkt met haar nadruk op het affectieve aanraken, met haar kijk op het lichaam als betekenisdrager en met een visie waarin de mens als bezielde wezen beschouwd wordt, handvatten te kunnen geven voor het aanraken van dementerenden in een pastorale setting.

Bij het vijfde thema ten slotte wordt de oude metafoor van dementie, het ‘kinds worden’, uitgediept (hoofdstuk 13) omdat dit – zoals juist vermeld – mogelijk aanwijzingen geeft voor het aanraken van demente mensen. Het ‘kinds worden’ is onlangs door Madeleine Timmermann in haar dissertatie over presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor dementerenden opnieuw onder de aandacht gebracht. Ze heeft het ontleend aan Rien Verdult, die op zijn beurt weer geïnspireerd is door Bèrre Miesen met zijn onderzoek naar gehechtheid en ouderfixatie bij mensen met dementie.

In deel IV wordt de thesissen afgerond met conclusies (hoofdstuk 14). Concreet worden de hoofdvragen en de deelvragen beantwoord, alsook suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

## **DEEL I      DE PIJLERS**

In het eerste deel worden de vier pijlers neergezet die de richting van de studie bepalen. Deze pijlers zijn: dementie, geestelijke verzorging, aanraken en zorgethiek.

|             |                        |
|-------------|------------------------|
| Hoofdstuk 1 | Dementie               |
| Hoofdstuk 2 | Geestelijke Verzorging |
| Hoofdstuk 3 | Aanraken               |
| Hoofdstuk 4 | Zorgethiek             |

## **1 DEMENTIE**

De eerste pijler is dementie. Aan de orde komt wat het is en hoe het beleefd wordt (§ 1.1), wat voor invloed het dement worden op zingeving heeft (§ 1.2), en welke visie op dementie in deze thesis gehanteerd wordt (§ 1.3).

### **1.1 Wat is dementie en hoe wordt het beleefd?**

Dementie betekent letterlijk ‘ontgeesting’. Er zijn meer dan zestig ziekten die leiden tot de diagnose, waaronder Alzheimer.<sup>14</sup> De meest voorkomende symptomen – die overigens per soort dementie kunnen verschillen – zijn: geheugenstoornissen, desoriëntatie in tijd en / of plaats, het verlies van herinneringen, denkstoornissen, aantasting van het vermogen tot oordelen, waandenkbeelden, decorumverlies, taalstoornissen, verandering van persoonlijkheid en het ontremd raken.<sup>15</sup>

Naar schatting vertonen 10% van de 65-jarigen verschijnselen van dementie. Dit loopt op tot 40% van de mensen van 90 jaar en ouder. Een adequate behandeling ontbreekt. De ziekte kent een dodelijk verloop; de levensverwachting is drie tot negen jaar na het vaststellen van de diagnose.<sup>16</sup>

Dementie wordt meestal in medische termen beschreven.<sup>17</sup> In deze thesis wordt uitgegaan van de beleving ervan. Het is echter lastig om als buitenstaander te achterhalen wat dementie betekent voor degene die het treft. Wel zijn er beelden of stadia die kunnen helpen er iets van te begrijpen. Engelen en Peters onderscheiden drie stadia: het bedreigd zijn, het verzonken zijn en het verdwaald zijn. Van der Kooij heeft daar nog een fase tussengevoegd, die van het verborgen ik:<sup>18</sup>

1. De fase van het bedreigde ik → Hoort bij de licht dementerende mens en gaat vaak gepaard met gevoelens van angst, onzekerheid, depressiviteit en onveiligheid. Het dreigend verlies staat centraal. De dementerende probeert te verbergen dat hij of zij achteruit gaat. Kenmerkende reacties zijn prikkelbaarheid, gespannenheid, gelatenheid, onverschilligheid en nervositeit. In deze fase is er veel behoefte aan erkenning en waardering.
2. De fase van het verdwaalde ik → De communicatie wordt steeds lastiger voor de matig dementerende mens. Ook is hij of zij als het ware verdwaald in het geheugen, het lichaam, de omgeving, in de tijd en in zijn of haar beleving van zichzelf. Men is verward en elke nieuwe situatie kan tot paniek leiden. Kenmerkende reacties zijn kwaadheid, verdriet, het geheugen aanvullen met verzinsels, dwangmatig gedrag en het naar huis willen. In deze fase is er veel behoefte aan veiligheid.
3. De fase van het verborgen ik → De dementerende raakt meer en meer opgesloten – verborgen – in zichzelf. Het wordt alsnog moeilijker om herinneringen op te halen en hierdoor worden naasten steeds minder herkend. Repeterende bewegingen komen vaak voor.
4. De fase van het verzonken ik → Men is geheel hulpbehoevend geworden. Het geheugen en de taal zijn verdwenen. De dementerende brabbelt of uit klanken. Het gedrag is rustiger omdat niet meer getracht wordt om eenheid te zoeken tussen het ik en de omgeving. De mens met dementie raakt in zichzelf verzonken en lijkt steeds meer gericht op het bevredigen van primaire behoeften als eten, drinken en slapen. Ook nu verlangt men naar veiligheid.

### **1.2 Dementie en zingeving**

Onderzoek naar zingeving door dementerenden is moeilijk omdat alleen mensen met beginnende dementie nog vragen kunnen stellen over de zin van het leven.<sup>19</sup> Daarbij wordt de dementerende, zo schrijft Rien Verdult, hoe langer hoe meer in beslag genomen door alledaagse situaties omdat deze steeds meer problemen opleveren. Men heeft – naarmate het ziekteproces voort-

---

<sup>14</sup> Timmerman 2010, 21.

<sup>15</sup> Mes 2001, 13-14.

<sup>16</sup> Timmermann 2010, 24-25.

<sup>17</sup> Verdult 1993, 28; Kitwood 1997, 1. Vgl. Miessen 2003, 714.

<sup>18</sup> Mes 2001, 16-17; Timmermann 2010, 30-33; Mes 2011, 62-63.

<sup>19</sup> Verdult 1993, 86; Mes 2011, 107.

schrijdt - een toenemend gevoel de situatie niet aan te kunnen, en dit zorgt er niet alleen voor dat er minder ruimte is om vanaf een afstand over het leven na te denken. Het zorgt ook voor gevoelens van angst en stress. Ze kunnen hier, aldus Verdult, echter hoe langer hoe minder mee omgaan, vanwege het feit dat de mogelijkheden tot coping voor mensen met dementie afnemen.<sup>20</sup>

Bij Rieke Mes is eveneens te lezen dat het alledaagse voor dementerenden een grote opgave wordt. Zij schrijft dat de relatie met tijd en ruimte – twee belangrijke pijlers in het bestaan – verandert. Dementerenden zijn daardoor steeds minder thuis in dat eigen bestaan. Men moet zich hiertoe opnieuw zien te verhouden, maar hiervoor moet men kunnen reflecteren en dit is nu juist lastig bij dementie. Dit alles wordt nog moeilijker wanneer men – op een gegeven moment – opgenomen wordt in een verpleeghuis. Alles wat vertrouwd is wordt achtergelaten, en zelden wordt begrepen waarom.<sup>21</sup>

Anders dan Verdult, vermoedt Mes dat juist dit proces van vervreemd raken zingelevingsvragen oproept. Ze beaamt dat mensen met dementie steeds minder over het leven na kunnen denken, maar de laag van de “omvattende zin”, van het “diepere perspectief op het menselijk bestaan”, blijft volgens haar aanwezig. De beleving ervan is alleen anders, namelijk veel meer concreet. Het is de taak van de geestelijk verzorger om deze laag, aldus Mes, “(...) tot klinken te brengen, zodat de omvattende zin in alle concreetheid in mensen beleefd kan worden”.<sup>22</sup>

Hoewel er volgens Rieke Mes nog weinig bekend is over de rol van religie en spiritualiteit bij dementie – onderzoek is zoals vermeld lastig – wordt haar vermoeden gestaafd door enkele auteurs die aangeven dat mensen met dementie “spirituele noden” hebben waarvan men niet mag aannemen dat deze in het dementieproces verdwijnen. Ook haalt Mes een onderzoek van Snyder (2003) aan waaruit blijkt dat religie en spiritualiteit belangrijk zijn voor veel dementerenden, o.a. op het gebied van coping en dan zowel in positieve als in negatieve zin.<sup>23</sup>

Mes gaat er dus vanuit dat religie bij het zingelevingsproces een (grote) rol kan spelen, ook als de dementie al ver gevorderd is. Niet zozeer inhoudelijk, vanwege het verdwijnende vermogen tot reflecteren, maar vooral affectief en emotioneel. Het kan troost bieden en gevoelens van zin, veiligheid, blijdschap, herkenbaarheid en geborgenheid oproepen.<sup>24</sup> Het kan zelfs een gevoel geven van thuis komen bij zichzelf en / of bij God.<sup>25</sup>

### **1.3 Dementie als een vorm van ‘kinds worden’**

Er zijn vele brillen waardoor je naar dementie kunt kijken. In deze thesis wordt dementie beschouwd als een vorm van ‘kinds worden’. Dit betekent niet dat dementerenden letterlijk kinderen worden; het is een metafoor. Een oude metafoor die door Madeleine Timmermann onlangs nieuw leven is ingeblazen in haar promotieonderzoek over presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.<sup>26</sup>

Met deze metafoor, waaraan ook komische en hilarische aspecten kleven, wil ze een tegengeluid laten horen. De beeldvorming rondom dementie is namelijk ronduit negatief, waarover meer in hoofdstuk 5. Nu is dementie natuurlijk ook een ingrijpende ziekte, maar die negatieve beeldvorming werkt taboevorming en schaamte in de hand. Met als gevolg dat het lijden van mensen met dementie en hun naasten onnodig verzwaard wordt.<sup>27</sup>

Onder professionals is de term ‘kinds’ niet gangbaar omdat men het niet vindt passen voor mensen op leeftijd. Het gaat echter om de figuurlijke betekenis. Bovendien maakt het inzichtelijk wat er gebeurt in het dementeringsproces. Veel herinneringen en vaardigheden gaan namelijk in omgekeerde volgorde verloren. Zo blijven de herinneringen aan de kindertijd het langste intact.

---

<sup>20</sup> Verdult 1993, 88-89.

<sup>21</sup> Mes 2001, 33-34.

<sup>22</sup> Mes 2001, 29, 33.

<sup>23</sup> Mes 2011, 107-108. Vgl. Vandenhoek, De Clercq & Fizez 2008, 20.

<sup>24</sup> Mes 2001, 29, 35.

<sup>25</sup> Mes 2011, 13.

<sup>26</sup> Timmermann 2010, 35, 38.

<sup>27</sup> Timmermann 2010, 27, 37.

Mensen met dementie reizen als het ware terug in de tijd naar de periode van hun kind-zijn. Daarbij moeten steeds meer taken worden overgenomen, taken die kinderen ook niet kunnen. Denk hierbij aan praktische zaken als (jezelf) wassen en eten koken, maar ook aan immateriële zaken als het bieden van veiligheid en houvast in een complexe wereld. Het communiceren via taal tenslotte gaat ook steeds lastiger en verdwijnt op den duur.<sup>28</sup>

Het voordeel van de metafoor van het ‘kinds zijn’ is dat het niet alleen het dementieproces verheldert, maar dat het ook ruimte biedt aan wat Timmermann “humor en een zekere speelsheid” noemt. Het verlicht het beeld van dementie. Het maakt duidelijk dat er heus nog wel wat valt te lachen. Een ander voordeel is dat dementie zo minder als een ziekte maar meer als iets natuurlijk gezien wordt. Je begint en eindigt weer als kind... dementie is zo de voltooiing van “de kringloop van het leven”. In culturen met een dergelijke levensvisie tref je dementie – volgens hun manier van kijken – niet aan.<sup>29</sup>

Tenslotte impliceert de metafoor dat mensen met dementie - evenals kinderen - kwetsbaar zijn, wat van degenen die voor hen zorgen een grote verantwoordelijkheid vraagt.

Toch bevat de metafoor ook pijnlijke kanten. Zo is het heel wat anders om je kind te verschonen dan je vrouw. Je kind is immers op weg naar de zelfstandigheid, terwijl je vrouw alleen maar verder achteruit zal gaan. Ook kan het heel verdrietig zijn om je vader met knuffelbeesten in bed te zien liggen. Daarbij is het complicerende dat er vaak allerlei herinneringen door elkaar lopen, zowel van het heden als het verleden.<sup>30</sup>

De metafoor kan eveneens negatieve associaties oproepen, bijvoorbeeld van ongelijkheid en van paternalisme. Het is echter niet de bedoeling dat demente ouderen kinderachtig of kleinerend behandeld worden.<sup>31</sup>

Voor het beeld van dementie als een soort van ‘verkindsing’ is in deze thesis gekozen omdat het vermoedelijk inzichtten oplevert betreffende het aanraken van dementerenden. Dit vanwege het feit dat we met kleine kinderen vooral communiceren door ze aan te raken. Gestalttherapeut Greet Cassiers noemt aanraken daarom “(...) de eerste taal die een mens in zijn leven krijgt aangereikt”.<sup>32</sup> Op latere leeftijd wordt die taal meer en meer vervangen door woorden.<sup>33</sup>

In dit literatuuronderzoek wordt het vermoeden onderzocht dat mensen met dementie, mede omdat ze min of meer teruggaan in de kindertijd, baat kunnen hebben bij aanraking. Aanraking is misschien wel niet enkel de eerste taal, maar ook de laatste taal....

Hierbij dient voor de volledigheid nogmaals opgemerkt te worden dat het niet de bedoeling is dat de genoemde pijnlijke kanten en negatieve associaties van de metafoor ‘kinds worden’ opgeroepen worden.

In hoofdstuk 13 wordt nader ingegaan op het ‘kinds worden’.

#### **1.4 Besluit**

In dit hoofdstuk over dementie zijn bepaalde keuzes gemaakt die van belang zijn voor de rest van het literatuuronderzoek. Zo staan de belevingsaspecten van dementie centraal, en wordt Rieke Mes gevolgd in haar stelling dat religie bij mensen met dementie een belangrijke rol kan spelen. Tenslotte is voorgesorteerd op een visie die het dement worden als een soort van ‘kinds worden’ opvat.

---

<sup>28</sup> Timmermann 2010, 37-39.

<sup>29</sup> Timmermann 2010, 40-41, 43-44.

<sup>30</sup> Timmermann 2010, 40-41.

<sup>31</sup> Timmermann 2010, 37-38, 40.

<sup>32</sup> Cassiers 2009, 224.

<sup>33</sup> Moy 1981, 89.



Deze thesis richt zich op de geestelijk verzorger, de tweede pijler. In dit hoofdstuk wordt geestelijke verzorging daarom nader omschreven. Eerst komt de meest bekende definitie - van de beroepsvereniging - aan bod (§ 2.1). Daar wordt vervolgens (§ 2.2) de definitie van Axel Liégeois naast gezet, vanwege het feit dat deze Belgische hoogleraar Praktische Theologie een belangrijke pionier is op het gebied van aanraken in het pastoraat. Op zijn definitie wordt derhalve voortgeborduurd in deze thesis, óók omdat ze aansluit bij zowel het zorgethische gedachtegoed als bij het christendom, de traditie van waaruit geestelijke verzorging hier wordt ingekleurd.

Tot slot (§ 2.3) wordt ingezoomd op het concept van geestelijke verzorging voor mensen met dementie van Rieke Mes, waarop zij eind 2011 gepromoveerd is. Het concept is door haar speciaal ontworpen voor deze doelgroep omdat de gangbare definities en doelstellingen van geestelijke verzorging – zo ook die van de beroepsvereniging en van Liégeois – uitgaan van een gesprekspartner zonder cognitieve problemen. Haar promotieonderzoek geeft daarbij een goede indruk van de hedendaagse geestelijke verzorging aan dementerenden (in Nederland).

### **2.1 De definitie van de beroepsvereniging**

De ontwikkeling van het beroep van geestelijk verzorger is nauw verweven met de geschiedenis van de in 1971 opgerichte Vereniging van Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen (VGVZ). Deze vereniging maakt zich o.a. sterk voor de profilering en de positionering van het vak.<sup>34</sup>

In 2002 heeft de VGVZ een beroepsstandaard opgesteld. Geestelijke verzorging (in en vanuit zorginstellingen) wordt hierin als volgt gedefinieerd: “de *professionele en ambtshalve begeleiding* van en *hulpverlening* aan mensen bij hun *zingeving* en *spiritualiteit*, vanuit en op basis van *geloofs- en levensovertuiging* en de professionele *advisering* inzake ethische en / of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming”.<sup>35</sup> Overigens is er zowel binnen als buiten de vereniging discussie over de noodzaak van de ambtelijke binding.

Als doel van geestelijke verzorging wordt genoemd: “het aandachtig en liefdevol present zijn bij en begeleiden van de processen van zingeving en spiritualiteit, met het oog op het geestelijk welbevinden van de cliënt”.<sup>36</sup>

### **2.2 De definitie van Axel Liégeois**

De definitie van geestelijke verzorging van de VGVZ is erg bekend en wordt dan ook veel gebruikt.<sup>37</sup> Er zijn echter nog andere definities in omloop. De theoloog Axel Liégeois definieert pastorale begeleiding – wat in de thesis gelijk wordt gesteld aan geestelijke verzorging – als volgt: “de versterkende relatie tussen de pastor en de gesprekspartner waarbij de pastor vanuit de christelijke traditie, gemeenschap en spiritualiteit de gesprekspartner begeleidt in de verheldering en verdieping van zijn / haar eigen zin- of geloofsbeleving”.<sup>38</sup>

Vergeleken met de definitie van de VGVZ, legt Liégeois meer nadruk op de relatie. Hij meent dat die relatie een “heel sterk middel” is in de pastorale begeleiding.<sup>39</sup> Dit past bij het belang dat de zorgethiek aan de zorgrelatie hecht, waarover meer in hoofdstuk 4.

Het doel van die relatie - zo schrijft Liégeois - is de ander sterker te maken in zijn of haar eigen beleving van “zin of geloof”. Hiermee zegt hij niet alleen dat die ander steviger in zijn of haar (al dan niet gelovige) levensbeschouwing komt te staan, maar óók dat hij of zij zelf de verantwoordelijkheid op zich kan nemen voor het proces van “verhelderen en verdiepen”.<sup>40</sup>

Het versterken van de ander heeft voor Liégeois overigens nog een ander doel; hij wil tegenwicht bieden aan de altijd aanwezige machtsongelijkheid in de pastorale relatie.<sup>41</sup> Het gaat hier met andere woorden om asymmetrie, en dit is eveneens een kernpunt van de zorgethiek.

---

<sup>34</sup> VGVZ 2002, 6.

<sup>35</sup> VGVZ 2002, 5.

<sup>36</sup> VGVZ 2002, 10.

<sup>37</sup> Mes 2000, 29.

<sup>38</sup> Liégeois 2010a, 94.

<sup>39</sup> Liégeois 2010a, 94.

<sup>40</sup> Liégeois 2010a, 94, 97.

<sup>41</sup> Liégeois 2010a, 94, 97.

Wat verder opvalt is dat de definitie van Liégeois een christelijke inkleuring heeft, in tegenstelling tot de definitie van de VGVZ. Nu heeft de VGVZ ook niet-christelijke leden, maar voor de invulling van het beroep is een levenbeschouwelijke positiebepaling noodzakelijk. Als geestelijk verzorger werk je namelijk altijd vanuit een bepaalde levensovertuiging.<sup>42</sup> In deze thesis wordt uit de (brede) christelijke theologie geput om de (on)mogelijkheden te verkennen wat betreft het aanraken van mensen met dementie door geestelijk verzorgers.

Liégeois' definitie komt in het volgende hoofdstuk, over aanraken, opnieuw aan de orde. Hij stelt namelijk dat de intentie van het aanraken gericht moet zijn op de hierboven beschreven doelen van de pastorale begeleiding: versterken, verhelderen en / of verdiepen.<sup>43</sup>

### **2.3 Het zielzorgconcept van Rieke Mes**

Bovenstaande beschrijvingen van geestelijke verzorging zijn algemeen en niet toegespitst op bepaalde doelgroepen, zoals mensen die lijden aan dementie. Zo heeft de VGVZ het over "geestelijk welbevinden", terwijl dementie nu juist 'ontgeesting' betekent.<sup>44</sup> En het versterken van de levensvisie en de verantwoordelijkheid die Liégeois hiervoor vraagt lijken evenmin van toepassing op dementerenden. Het laat zien dat de gangbare concepten te cognitief zijn; er wordt uitgegaan van mensen met een helder verstand.<sup>45</sup>

Het is dan ook niet vreemd dat het promotieonderzoek van Rieke Mes uitwijst dat veel geestelijk verzorgers van dementerenden pragmatisch en intuïtief handelen; ze hebben immers geen definitie of theoretisch model ter ondersteuning. Zij besloot daarop zelf op zoek te gaan naar een praktisch-theologisch concept voor deze geestelijk verzorgers.<sup>46</sup>

#### **2.3.1 Zielzorg**

Als uitgangspunt voor haar concept koos Rieke Mes de zielzorg. Ze viel voor dit referentiekader toen ze hierover Tjeu van Knippenberg hoorde spreken. Mes beseftte dat hier de sleutel lag voor het definiëren van geestelijke zorg aan dementerenden.<sup>47</sup>

Van Knippenberg onderscheidt een tijds- en een ruimtedimensie in het leven, welke als het ware omvat en overstegen worden door het transcendente. Dit transcendente brengt hij in verband met God. De ziel nu is voor hem als theoloog "het beeld van God in de mens"; het is een "grensinstrument" om in contact te treden met de oorsprong, met het transcendente, met God.<sup>48</sup>

Psychologisch gezien is de ziel het "werkelijke zelf". Het is "datgene wat een mens ten diepste eigen is".<sup>49</sup> Mes borduurt hier op voort door te stellen dat de ziel de constante factor is in mensen die niet verdwijnt of verandert naarmate de dementie voortschrijdt. Ze vermoedt zelfs dat de ziel juist meer ruimte krijgt als de tijds- en ruimtedimensie van deze mensen verstoord raken. Het is dan ook deze laag waarop ze als geestelijk verzorger probeert af te stemmen.<sup>50</sup>

Mes moest overigens wel de nodige weerstand overwinnen alvorens met het begrip 'zielzorg' aan de slag te kunnen. Ze schrijft – in navolging van Doris Nauer – dat het begrip belast is met het dualistische denken van Plato. Dit houdt in dat de ziel tegenover het lichaam wordt geplaatst, waarbij de ziel dan zuiverder en hoger zou zijn dan het 'zondige' lichaam.<sup>51</sup> Ook impliceert het dat de mens op deze manier niet als een eenheid beschouwd wordt.<sup>52</sup>

De ziel moest dus bevrijd worden van het 'Platoonse juk' en dit is gedaan door te kijken naar de oorspronkelijke betekenis ervan, waarvoor – door o.a. Kees Waaijman en Doris Nauer - het bijbelse boek Genesis geraadpleegd is. 'Ziel' blijkt ontleend te zijn aan het Hebreeuwse 'nephesh', dat in het scheppingsverhaal door God in de mens geblazen werd om hem tot leven te

---

<sup>42</sup> Mes 2011, 16.

<sup>43</sup> Liégeois 2010a, 98.

<sup>44</sup> Mes 2000, 30.

<sup>45</sup> Mes 2011, 108.

<sup>46</sup> Mes 2011, 15-17.

<sup>47</sup> Mes 2000, 29.

<sup>48</sup> Van Knippenberg 2005, o.a. 21, 77.

<sup>49</sup> Van Knippenberg 2005, 76.

<sup>50</sup> Mes 2000, 30-31; Mes 2001, 33. Vgl. Hettinga 2006a, 385; Siepel 2007, 36, 185-186.

<sup>51</sup> Mes 2011, 21

<sup>52</sup> Nieuwenhuis 2001, 48-49; Mes 2011, 21.

wekken. Nephesh betekent ‘levensadem’ en op basis van het feit dat de mens niet zonder kan, wordt geconcludeerd dat men niet alleen een ziel *heeft*, maar ook *is*; ziel en lichaam zijn één.<sup>53</sup>

### 2.3.2 Hoe kom ik thuis?

In haar dissertatie, met als titel ‘Hoe kom ik thuis?’ beschrijft Mes de zoektocht naar theologische concepten die betrekking hebben op dementie. Wereldwijd blijken er maar enkele van deze concepten te bestaan, waaronder dat van Saunders (2002). Het interessante aan zijn model is dat hij Jezus als uitgangspunt neemt in zijn rol van helende pastor, die door aanraken de héle mens geneest en die juist naar de meest kwetsbaren gaat.<sup>54</sup> Dit sluit mooi aan bij de vraagstelling van de thesis, maar wordt hier niet verder uitgediept omdat Saunders vooral een theologisch mensbeeld uitwerkt waarin plaats is voor de dementerende. Het gaat dus niet zozeer over aanraken.

Als theoretische onderbouwing voor haar concept voor geestelijke verzorging aan dementeren kiest Rieke Mes, uiteindelijk, voor het postmoderne zielzorgconcept van Doris Nauer. ‘Postmodern’ wil zeggen dat Nauer uitgaat van de idee dat er geen alomvattende waarheid bestaat. Ook geeft het aan dat er in dat ene concept tal van andere – bijbelse, psychologische en sociale – concepten verweven zijn.<sup>55</sup>

Nauers concept leent zich niet voor de context waar Mes op doelt; die van de demente mens in het verpleeghuis. Ze past daarom dit model aan door er de praktijk naast te leggen. Daarvoor heeft ze elf geestelijk verzorgers geïnterviewd aan de hand van vragen die het concept van Nauer volgden. Daarna heeft ze theorie en praktijk met elkaar in gesprek gebracht. Dit leidt dan tot haar praktisch theologisch zielzorgconcept voor mensen met dementie.<sup>56</sup> Samengevat bestaat dit model uit diverse elementen, waarvan voor deze thesis de volgende van belang lijken te zijn:<sup>57</sup>

- Godsbeeld → Voor dementeren zijn de aspecten troost en veiligheid belangrijk.
- Mensbeeld → Inclusief mensbeeld, volgens welke  lke mens - hoe geschonden ook - als evenbeeld van God beschouwd wordt. Relationaliteit is essentieel omdat het “persoon-zijn” van de mens alleen door betrokken anderen “onthuld” kan worden.
- Doelstelling → Vele doelen komen langs, o.a. het “(non) verbaal ontmoeten en begeleiden”, de “zorg voor het lichaam”, en het bijdragen aan “lichamelijke en psychische heling”.
- Competenties, rollen en houding → O.a. non-verbaal kunnen communiceren. Dit is een voorname aanvulling vanuit de praktijk (de interviews) op het model van Nauer.

In het kader van de thesis is het opvallend dat er in het zielzorgconcept van Mes vrijwel niets over aanraken staat. Er komt duidelijk naar voren dat non-verbale communicatie belangrijk is, waarmee de geïnterviewde geestelijk verzorgers doelen op activiteiten als muziek luisteren, een kaarsje aansteken, levensboeken bekijken, het laten zien van voorwerpen en het gebruik van geuren. Ook wordt het snoezelen genoemd, een vorm van zintuiglijke activering waarover meer te lezen is in hoofdstuk 6. De aanraking komt echter amper aan bod. Het wordt wel door de respondenten als belangrijk gezien, en één van hen zegt ook “haptonomisch” te werken, maar daar blijft het bij.<sup>58</sup>

## 2.4 Besluit

De definitie van geestelijke verzorging van Axel Liégeois, de pionier van de pastorale aanraking, is leidraad in de thesis omdat hij hiermee stelt aan welke doelen het aanraken behoort te voldoen. Van Rieke Mes leerden we welke elementen van belang zijn voor de geestelijke verzorging van mensen met dementie, waaronder non-verbale communicatie. Bijzonder interessant daarnaast is haar idee van de ziel als het eigene van de (demente) mens. Tenslotte kwam uit haar onderzoek naar voren dat het aanraken als ‘tool’ voor geestelijke verzorgers van dementeren als belangrijk gezien wordt, maar verder niet in beeld komt.

<sup>53</sup> Mes 2011, 21-23. Vgl. Van Knippenberg 2005, 75; Vandenhoeck, De Clercq & Fizez 2008, 103.

<sup>54</sup> Mes 2011, 109.

<sup>55</sup> Mes 2011, 145, 148, 178, 180.

<sup>56</sup> Mes 2011, 181, 189.

<sup>57</sup> Mes 2011, 243-248.

<sup>58</sup> Mes 2011, 205, 211.



Het ‘aanraken’ is de derde pijler van deze thesis. Op het eerste gezicht lijkt het wellicht overbodig om hiervan een nadere omschrijving te geven. Toch blijkt er heel wat over te zeggen. Om te beginnen wordt er een onderscheid gemaakt tussen het fysieke en het therapeutische aanraken (§ 3.1). Daarna (§ 3.2) worden de drie soorten aanrakingen besproken die volgens Axel Liégeois in het pastorale gesprek voorkomen. Als laatste (§ 3.3) komen de inzichten van haptonoom Bob Boot aan de orde inzake dit onderwerp. Alle drie de invalshoeken leiden uiteindelijk tot een definitie van aanraken die in deze thesis gehanteerd wordt (§ 3.4).

#### **3.1 Fysiek en therapeutisch aanraken**

In onderzoeken naar het aanraken door verpleegkundigen worden er diverse soorten aanrakingen beschreven. Zo onderscheidt Meehan (1998) “physical touch” en “therapeutic touch”, alhoewel beide typen vaak als therapeutisch ervaren worden.<sup>59</sup> Ze beogen echter iets anders. Therapeutic touch heeft als doel de energiebanen van de patiënt, en daarmee ook diens gezondheidstoestand, in positieve zin te beïnvloeden. Fysiek contact is hiervoor niet noodzakelijk.<sup>60</sup> Physical touch wordt door Routasalo (1996) weer onderscheiden in “necessary” en in “non-necessary touch”. De eerstgenoemde vorm van aanraken is gekoppeld aan verpleegkundige handelingen waarvoor huidcontact nodig is. De tweede vorm is “willekeurig” en gaat gepaard met emoties. Als voorbeeld wordt het vasthouden van iemands hand genoemd. Dit is strikt genomen onnodig omdat het niet verbonden is aan een bepaalde taak. Wel vermelden Gleeson & Timmins dat zulke aanrakingen heel erg belangrijk en ook nodig kunnen zijn voor de patiënt.<sup>61</sup> Het moge duidelijk zijn dat het in deze thesis gaat om de non-necessary touch, maar dan door geestelijk verzorgers en niet door verpleegkundigen.

#### **3.2 Aanraken volgens Axel Liégeois**

Liégeois heeft in 2010 een artikel geschreven over de ethiek van de lichamelijke aanrakingen binnen het pastoraat. Hierin maakt hij verschil tussen “brede” en “smalle” lichamelijke aanrakingen. De brede definitie luidt als volgt: “het lichamelijke of lijfelijke contact tussen twee personen waarbij een lichaamsdeel van de ene raakt aan een lichaamsdeel van de andere”. Deze omschrijving is echter te omvattend omdat hier – zo geeft hij aan – ook mensen onder vallen die per ongeluk tegen elkaar aan stoten, die elkaar begroetten door de handen te schudden, en die seksueel contact hebben. Vandaar dat Liégeois met een smalle definitie komt. Dit is: “(...) een lichamenlijk contact dat niet gericht is op de uitdrukking of verwezenlijking van een seksueel verlangen”. Hierin sluit hij dus het seksuele uit, hoewel hij daarbij de opmerking plaatst dat dit moeilijk is omdat het om een glijdende schaal gaat met aan het ene uiterste lichamenlijke aanrakingen zonder seksuele bedoelingen, en aan het andere uiterste seksuele contacten die een seksueel verlangen uitdrukken.<sup>62</sup>

Vervolgens gaat hij een stap verder door te kijken naar aanrakingen binnen het pastoraat. Aan de hand van het continuüm van lichamenlijke aanrakingen die hoogleraar klinische psychologie Mia Leijssen onderscheidt in de psychotherapie, concludeert Liégeois dat er in de pastorale begeleiding drie ‘categorieën’ aanrakingen zijn. Als eerste noemt hij de toevallige aanraking, waarbij de pastor en de pastoraat elkaar per ongeluk aanraken of aanstoten. Deze aanrakingen kunnen, terwijl er voor de pastor niets achter zit, toch een betekenis hebben voor de ander.<sup>63</sup>

De tweede categorie zijn de expressieve aanrakingen. Deze hebben aldus Liégeois wel de intentie om een gevoel over te brengen, zoals genegenheid of bemoediging. Het schouderklopje en het wat langer vasthouden van de hand van de gesprekspartner zijn hier volgens hem voorbeelden van.<sup>64</sup>

---

<sup>59</sup> Gleeson & Timmins 2004b, 19.

<sup>60</sup> Chang 2001, 822; Gleeson & Timmins 2004b, 19.

<sup>61</sup> Gleeson & Timmins 2004b, 19; Gleeson & Timmins 2004a, 542.

<sup>62</sup> Liégeois 2010a, 92-93.

<sup>63</sup> Liégeois 2010a, 93.

<sup>64</sup> Liégeois 2010a, 93.

De laatste categorie zijn de ondersteunende aanrakingen, die intensiever zijn en meestal ook wat langer duren. Deze aanrakingen dienen – de naam zegt het al – ter ondersteuning bij ervaringen die onaangenaam of confronterend zijn. Ze bieden, schrijft Liégeois, veiligheid en bescherming zodat de ander beter met gevoelens en emoties kan omgaan. Hierbij kan men denken aan het vast houden van de gesprekspartner.<sup>65</sup>

Expressieve en ondersteunende aanrakingen zijn overigens niet altijd ethisch verantwoord. Dit hangt volgens Liégeois van o.a. de context en de intentie af, waarover meer in hoofdstuk 10.<sup>66</sup>

Voor nu is het wel alvast belangrijk om te melden dat de aanraking moet bijdragen aan het doel van een pastoraal gesprek. Dit is: “(...) de gesprekspartner versterken zodat hij / zij de eigen zin- en geloofsbeleving kan verdiepen” (zie § 2.2). Nu zullen aanrakingen niet direct inwerken op die zin- en geloofsbeleving. Wel kan het - zo schrijft Liégeois – indirect helpen omdat ze de ander ondersteunen en sterker maken.<sup>67</sup>

### **3.3 Aanraken volgens Bob Boot**

Haptonoom Bob Boot zet aanraken naast tasten en voelen. Ze hebben met elkaar gemeen dat ze gaan over het leggen van contact. Ze verschillen echter van elkaar wat betreft “(...) de diepte van het contact, de emotionele laag die daarbij wordt geraakt en de intentie om te ontmoeten die erin doorklinkt”. Er zit dus een zekere gelaagdheid in.<sup>68</sup>

Bij tasten blijf je aan de buitenkant van iets of iemand. Het is een afstandelijke handeling. Wanneer je een persoon betast, dan raak je hem of haar aan alsof het een object is. Voelen gaat een laag dieper dan tasten. Je lichaam reageert er ook heftiger op door middel van gevoelens die te onderscheiden zijn in lust en onlust, alsmede in behagen en onbehagen. Van aanraken tenslotte is sprake als je de ander wilt ontmoeten, als je echt contact met hem of haar wilt aangaan. Boot verwoordt het zo:

Als ik de ander aanraak omdat ik wil voelen hoe het met hem gaat, met andere woorden als ik de ander wil ontmoeten, dan raak ik de ander in een diepere laag. Ik wil weten wat er onder de huid zit. Ik voel als het ware via de aanraking van de huid de gehele persoon.<sup>69</sup>

Aan de aanraking besteedt Boot vervolgens uitgebreid aandacht. Samengevat is voor hem een aanraking goed te noemen als ze gericht is op héél de mens en als ze de ander uitnodigt om zich te openen. Die uitnodiging geef je als het ware doordat je ook jezelf – zo schrijft hij – laat zien en voelen. Er is dus sprake van wederkerigheid, van wezenlijk contact, van ontmoeten en van afstemmen. En dit alles betekent dat een aanraking ook iets teweeg brengt bij en iets doet met de aanraker zelf.<sup>70</sup>

Bij een goede aanraking gaat het niet om de aanraking zelf. Het gaat om hetgeen erin wordt uitgedrukt. Boot heeft het o.a. over affectiviteit en vertrouwen. De ander moet het gevoel krijgen dat hij of zij zichzelf mag zijn en serieus genomen wordt. Al met al gaat het bij het aanraken om bevestiging. In de haptonomie is bevestigen een belangrijk begrip.<sup>71</sup> Hierover volgt meer in hoofdstuk 12.

### **3.4 Besluit**

Vanuit diverse invalshoeken is er naar ‘aanraken’ gekeken. Deze invalshoeken hebben de bouwstenen geleverd voor de definitie van aanraken die in deze thesis wordt gebruikt, welke als volgt luidt: aanraken is het fysieke, niet strikt noodzakelijke contact, dat niet gericht is op seksualiteit, met als doel om de ander te ontmoeten, waarbij hij of zij versterkt, ondersteund en bevestigd wordt.

---

<sup>65</sup> Liégeois 2010a, 93-94.

<sup>66</sup> Liégeois 2010a, o.a. 105.

<sup>67</sup> Liégeois 2010a, 98, 105.

<sup>68</sup> Boot 2004, 38.

<sup>69</sup> Boot 2004, 39.

<sup>70</sup> Boot 2004, 40, 46-47.

<sup>71</sup> Boot 2004, 29, 46-48.

## **4 ZORGETHIEK**

Met deze thesis wordt de master Zorgethiek en Beleid afgerond. Deze master is geënt op de zogenaamde zorgethische traditie. Hier wordt in dit hoofdstuk derhalve aandacht aan besteed. Eerst volgt een schets van het ontstaan en van de kernpunten van de zorgethiek (§ 4.1). Daarna (§ 4.2) wordt bekeken in hoeverre die kernpunten aanknopingspunten bieden voor de beoordeling of het aanraken van dementerenden door een geestelijk verzorger in bepaalde situaties als goede zorg te beschouwen is.

### **4.1 De zorgethische traditie**

In de zorgethiek staat de vraag centraal wat goede zorg is. Marian Verkerk is in Nederland één van de grondleggers. Zij beschrijft zorgethiek als volgt: “een moreel *perspectief* dat focust op de mate waarin mensen zorgzaam op elkaar betrokken zijn”.<sup>72</sup>

Zorgethiek is ontstaan in de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw uit de wijsgerige en theologische ethiek, en heeft feministische wortels. Ze is pas goed te begrijpen in de context van de traditionele medische ethiek, en daarbinnen specifiek tegen de achtergrond van het zogenaamde neoliberale denken. De zorgethiek verwerpt namelijk de idee van een mens als zijnde zeer individueel en autonoom. In plaats daarvan wordt de verbondenheid tussen mensen benadrukt. Ook is er meer aandacht voor gevoelens en voor kwetsbaarheid.<sup>73</sup>

Annelies van Heijst vat zorgethiek in vier kernbegrippen samen: aandacht voor het specifieke van de situatie, afhankelijkheid, kwetsbaarheid en relationaliteit.<sup>74</sup> Deze begrippen komen achtereenvolgens aan de orde (§ 4.1.1 t/m § 4.1.4). Waar mogelijk wordt toegespitst op dementie.

#### **4.1.1 Aandacht voor het specifieke van de situatie**

In de zorg wordt veel gewerkt met protocollen en richtlijnen. Deze zijn ontwikkeld door te kijken naar wat bij de meeste mensen werkt. Vaak levert het navolgen ervan dan ook het gewenste resultaat op. Daarbij is het handig dat niet bij elke patiënt of bewoner het wiel opnieuw uitgevonden hoeft te worden. Routines kunnen echter gevaarlijk zijn omdat ze volgens Van Heijst mogelijk tot “blindheid” leiden, waardoor zorgverleners niet of minder snel door hebben dat wat standaard is niet goed is voor deze patiënt. Zorgethiek focust dan ook op het bijzondere en het unieke van de (situatie van de) patiënt.<sup>75</sup>

Bij ernstig zieke mensen, en / of bij mensen die niet helder van geest zijn, is het extra moeilijk om te achterhalen wat goed is voor hen. Omdat ze het dikwijls niet kunnen zeggen. Wel geven ze vaak non-verbale signalen af waaruit op te maken is hoe ze de zorg ervaren.<sup>76</sup> Zo zag Madeleine Timmermann dat mensen met dementie veelvuldig “jammeren” en protesteren tijdens het wassen. Daarop heeft ze in haar promotieonderzoek letterlijk een “jammer- en responslijst” ontwikkeld om hulpverleners handvatten te geven om hier adequaat op te reageren.<sup>77</sup>

#### **4.1.2 Afhankelijkheid**

In de medische ethiek wordt de autonomie en vrijheid van de patiënt benadrukt. Deze is vrij om te beslissen wat er gebeurt. Dit is inderdaad een goed recht, alleen lijkt vergeten te worden dat een mens vaak helemaal niet zo autonoom en vrij handelt als hij of zij denkt. Dat geldt helemaal bij ziekte; dan voel je je niet zelden te beroerd om helder na te denken. Bovendien ben je in die situatie afhankelijk van professionals die je verzorgen en (hopelijk) beter maken. Er is met andere woorden sprake van asymmetrie binnen de zorgrelatie. En dit zet grote vraagtekens bij het autonomiebeginsel.<sup>78</sup>

---

<sup>72</sup> Van Heijst 2005, 37.

<sup>73</sup> Van Heijst 2008, 135.

<sup>74</sup> Van Heijst 2008, 135-136.

<sup>75</sup> Van Heijst 2008, 136-137. Vgl. Leget 2010, 90.

<sup>76</sup> Van Heijst 2008, 146.

<sup>77</sup> Timmermann 2010, 15, 243-245.

<sup>78</sup> Van Heijst 2008, 137-142; Leget 2010, 90.

De zorgethiek zet niet onafhankelijkheid, maar juist verbondenheid voorop. Het is volgens Timmermann die verbondenheid met een ander, die de mens tot bloei doet komen. Het zorgen voor iemand wordt in dit licht dan ook als een groot goed beschouwd. Ze benadrukt hierbij dat zorgen altijd tweerichtingsverkeer is; er is iemand die zorg geeft en er is iemand die zorg ontvangt. Gedurende het leven veranderen deze rollen. Als kind wordt er voor je gezorgd. Als volwassene zorg je voor jezelf en eventueel voor anderen. Wanneer je oud bent, kan het zijn dat je opnieuw zorg nodig hebt. Dit hoort bij het leven.<sup>79</sup> De mate waarin je zorg behoeft zegt dus niets over je waardigheid. Het is voor Van Heijst juist het “kernthema” van zorgethiek om “waardigheid” en “behoefte” bij elkaar te houden.<sup>80</sup> Met een dergelijk – zorgethisch – mensbeeld verliest dementie haar scherpe randjes. Autonomie en onafhankelijkheid zijn nog steeds waarden die gekoesterd worden, maar ze worden wel gerelativeerd.<sup>81</sup>

Het bovenstaande laat overigens zien dat het beeld van dementie voor een groot deel cultureel bepaald is.<sup>82</sup> Dit wordt helemaal duidelijk aan de hand van een reizigersverslag dat Madeleine Timmermann onder ogen kreeg. Daarin wordt verhaald over een circa 93-jarige vrouw uit een bergdorpje in de Himalaya. Haar dochter geeft aan dat ze sinds een jaar of vier steeds kinderlijker en agressiever wordt. Ze maakt zich er echter geen zorgen over omdat het volgens haar de natuur is; je begint als kind en eindigt als kind. In deze cultuur wordt dementie dus niet als een ziekte, maar als onderdeel van de natuurlijke kringloop van het leven gezien. En het is hierom dat Timmermann de visie van dementie als een vorm van ‘verkindsing’ binnen de zorgethische traditie vindt passen.<sup>83</sup>

#### 4.1.3 Kwetsbaarheid

De mens is kwetsbaar op grond van zijn lichamelijkheid. Aftakeling, ziekte en dood horen bij het leven. Deze zijde van het bestaan wordt echter steeds meer ontkend en / of weggestopt, waardoor de moderne mens zich steeds minder raad weet met lijden en tegenslag. In de geneeskunde zie je dit terug doordat men sterk gefocust is op het beter maken van mensen. Er zijn echter grenzen die niet te nemen zijn. Wanneer dit onvoldoende beseft wordt bestaat het gevaar dat er te lang doorbehandeld wordt – ook als verlegenheidsoplossing van artsen – terwijl de resterende kostbare tijd beter aangewend kan worden om zoveel mogelijk in rust van het leven en van dierbaren afscheid te nemen en waar mogelijk tot aanvaarding te komen.<sup>84</sup>

Een ander gevaar is dat mensen verlaten worden die niet meer te genezen zijn. Zo tellen oude en zieke mensen steeds minder mee en er is vanuit de maatschappij maar weinig aandacht voor mensen die in zorginstellingen verblijven.<sup>85</sup>

De zorgethiek benadrukt de kwetsbare kant van het leven wél, vanuit het weten dat iedereen vroeg of laat getroffen wordt door ziekte, lijden en dood. Iedereen kan dus ook te maken krijgen met dementie. Als dit in de samenleving doordringt dan komen mensen die dement worden en hun naasten minder in een isolement terecht; er is dan meer ruimte voor de verdrietige kanten van het leven.<sup>86</sup>

#### 4.1.4 Relationaliteit

Alleen door in relatie te gaan staan met een patiënt of bewoner kunnen de zorgverleners als het ware die persoon ‘lezen’ en er daardoor achter komen wat hij of zij nodig heeft. Dit betekent weer dat zorgen niet gereduceerd mag worden tot het uitvoeren van verrichtingen; die verrichtingen behoren ingebed te zijn in een relatie.<sup>87</sup> De relatie is voor Annelies van Heijst zo essentieel om goede zorg te kunnen leveren, dat ze deze opgenomen heeft in haar definitie van zorgen;

---

<sup>79</sup> Timmermann 2005, 46.

<sup>80</sup> Van Heijst 2005, 40.

<sup>81</sup> Timmermann 2005, 46.

<sup>82</sup> Norman 2003, 482.

<sup>83</sup> Timmermann 2010, 37, 43-44.

<sup>84</sup> Van Heijst 2008, 142-146; Leget 2010, 90-91.

<sup>85</sup> Van Heijst 2005, 70-71; Van Heijst 2008, 54-55.

<sup>86</sup> Timmermann 2005, 46.

<sup>87</sup> Van Heijst 2008, 146-148.

zorgen is voor haar “*geen daad maar een betrekking en binnen die betrekking worden dingen gedaan*”.<sup>88</sup>

Een (zorg)relatie met een dementerende verschilt echter in sommige opzichten van een relatie met een cognitief gezond persoon. Madeleine Timmermann geeft aan dat relaties met dementerende mensen een meer “momentaan” karakter krijgen vanwege de geheugenproblemen. Dit geldt des te meer voor de relaties met de verpleegkundigen en verzorgenden, die de demente mens pas in het verpleeghuis leert kennen. Het is voor hem of haar moeilijk om anderen te herkennen, zeker als het om ‘nieuwe’ mensen gaat. Het begrip ‘relatie’ kent hierdoor een meer bescheiden invulling omdat er van wederkerigheid steeds minder sprake is. De professional is de “hoeder” van de relatie en verantwoordelijk voor de afstemming met de dementerende.<sup>89</sup>

Of het daadwerkelijk lukt om met hem of haar in relatie te gaan staan, is aldus Timmermann te zien aan kleine dingen zoals een glimlach, een aai, ontspanning of een knuffel. Ze schrijft daarbij dat dagelijkse zorghandelingen geschikt zijn om op de dementerende af te stemmen, omdat ze in het hier en nu leven en omdat ze juist hierbij veel hulp nodig hebben. Het lichaam krijgt in dit kader bijzonder veel aandacht. Dit omdat mensen met dementie steeds meer samenvallen met en gereduceerd worden tot hun lichaam, in die zin dat ze geen kou of honger *hebben*, maar kou en honger *zijn*. De toon waarop je praat, de sfeer en lichamelijke aanrakingen zijn voor Timmermann daarom belangrijker dan gesproken taal.<sup>90</sup> Overigens richt zij zich met haar onderzoek specifiek op verpleegkundigen en verzorgenden. Het wassen en verzorgen van dementerenden behoort niet tot het takenpakket van een geestelijk verzorger.

#### **4.2 De zorgethische kernpunten als aanknopingspunten**

In dit literatuuronderzoek wordt bestudeerd of en hoe een geestelijk verzorger door aanraken zijn of haar betekenis voor mensen met dementie kan vergroten. Er wordt hierbij o.a. gekeken naar de morele grenzen die door de geestelijk verzorger gerespecteerd behoren te worden. Deze grenzen zullen vermoedelijk – dit moet nog blijken - vooral afhangen van de kwetsbaarheid van de demente mens en van de positie van degene die aanraakt.

Er wordt in de thesis ook gekeken naar de vraag wanneer aanraken als goede zorg te beschouwen is. Naast het respecteren van die morele grenzen, is het hierbij waarschijnlijk van belang om met de demente mens in relatie te gaan staan. Vanuit de idee dat je pas dan (figuurlijk) kunt aftasten of de ander er voor open staat, alsmede of het bijdraagt aan de doelen van de pastorale begeleiding. En pas dan krijg je toegang tot (het lichaam van) de dementerende. Het komt dus aan op maatwerk; wat goed is voor de één, hoeft niet goed te zijn voor de ander.

De zorgethische kernpunten kunnen zo richting geven aan (het onderzoek naar) het aanraken van dementerenden. Andersom kan het onderzoek wellicht eveneens een bijdrage leveren aan de zorgethiek, omdat aanraken een manier kan zijn om iemand zijn of haar waardigheid te bestendigen.<sup>91</sup> En waardigheid is een belangrijk item gebleken binnen de zorgethiek.

#### **4.3 Besluit**

In hoofdstuk 4 is de thesis in een zorgethisch perspectief geplaatst. Dementie wordt hierdoor iets minder zwaar omdat in een zorgethisch mensbeeld ruimte is voor de pijnlijke kanten van het leven, zoals ziekte, lijden en dood. Daarbij helpen de kernpunten van de zorgethiek – aandacht voor het specifieke van de situatie, afhankelijkheid, kwetsbaarheid en relationaliteit – vermoedelijk bij de beantwoording van de vraag of en wanneer het aanraken van dementerenden door geestelijk verzorgers als goede zorg te beschouwen is. Hetzelfde geldt voor de vraag wat de morele grenzen zijn die niet overschreden mogen worden. Ook hier kunnen de kernpunten de weg wijzen.

---

<sup>88</sup> Van Heijst 2005, 66.

<sup>89</sup> Timmermann 2010, 320-321

<sup>90</sup> Timmermann 2010, 320-322.

<sup>91</sup> Vgl. Van Segbroek 1994, 37.



## **DEEL II      DE CONTEXT**

Voordat in deel III het eigenlijke onderzoek start, krijgt het in deel II inbedding door de context te beschrijven:

|             |                                                    |
|-------------|----------------------------------------------------|
| Hoofdstuk 5 | Oudere en demente mensen in onze cultuur           |
| Hoofdstuk 6 | Het aanraken van mensen die lijden aan dementie    |
| Hoofdstuk 7 | Lichamelijkheid in pastoraat en theologie          |
| Hoofdstuk 8 | Aandacht voor communicatie met mensen met dementie |



In het vorige hoofdstuk, over zorgethiek, werd duidelijk dat de visie op ouderdom en dementie een culturele component kent. Deze component wordt hier uitgediept. Ouder worden in onze cultuur wordt als problematisch ervaren (§ 5.1). Een belangrijk onderdeel van dit probleem is het in het verval rakende lichaam, wat als afwijkend geldt (§ 5.2). Tenslotte is er aandacht voor de wijze waarop tegen dementie aangekeken wordt (§ 5.3).

### **5.1 Waardig ouder worden?**

De Leuvense ethici Chris Gastmans en Linus Vanlaere schetsen in hun boek “Cirkels van Zorg” (2005) een ethisch raamwerk voor de ouderenzorg. Hun vertrekpunt is de constatering dat het moeilijk is om waardig ouder te worden in een samenleving waarin “dynamiek” en “onafhankelijkheid” in hoog aanzien staan. Het behoud van “fysieke en geestelijke gezondheid” en de daarbij horende “zelfredzaamheid” zijn dan erg belangrijk. Ouder worden, zeker als dit gepaard gaat met ziekte en kwalen, past niet in dit plaatje.<sup>92</sup>

Filosoof en gerontoloog Jan Baars heeft dit thema verder doordacht. Volgens hem zijn er twee paradoxale tendensen in onze cultuur in de omgang met het ouder worden. De eerste paradox is “de versnelde maatschappelijke veroudering” van mensen, terwijl de gemiddelde levensduur alsmäär stijgt. Dit verklaart hij door het feit dat mensen vanaf de jaren '80 steeds vroeger stoppen met werken, als uitvloeisel van regelingen die het voor werkgevers aantrekkelijk maken om oudere en daardoor duurder werknemers af te laten vloeien. Maar omdat in onze samenleving ‘het oud zijn’ gekoppeld is aan ‘het niet werken’, is in de definitie van ‘oudere’ de leeftijd gedaald van 55 en soms zelfs naar 50 jaar. Wat er weer toe leidt dat mensen in die leeftijdscategorie moeilijker aan een nieuwe baan komen. Verder speelt ook nog – onterecht - de idee dat oudere werknemers minder productief zijn. Dit alles resulteert in een samenleving waarin ‘oudere’ snel buitenspel worden gezet op de arbeidsmarkt.<sup>93</sup>

De tweede paradox is voor Baars het “jong willen of moeten blijven, terwijl men ouder wordt”. Deze paradox wordt extra gevoeld door de groep die als gevolg van de eerste paradox zonder werk is komen te zitten en daardoor eerder de stempel ‘oud’ krijgt. Het oud zijn wordt gezien als een tekort, als een afwijking van het normale. Wat dat normale precies is, is niet bekend. Wel wordt het geassocieerd met o.a. jong, dynamisch en aantrekkelijk. En zo wordt verwacht dat ouderen het ouder worden min of meer ontkennen door mee te doen aan allerlei voor hen door de markt of door zorginstellingen ontwikkelde activiteiten. Ze hebben geen ander perspectief aangereikt gekregen; ze denken dat de ouderdom weinig zinvol is en laten deze levensfase meer en meer invullen door de dominante jongerencultuur waarin actief zijn de norm is.<sup>94</sup>

De vraag naar wat er voor nodig is om goed ouder te worden wordt daardoor amper gesteld, dan wel overschaduwd door vragen over de betaalbaarheid van de pensioen- en zorglasten. Onze cultuur is – zo schrijft Baars – te zeer gericht op “(...) het beheersen, wegnemen of tijdig voorkomen van mogelijke bedreigingen”. Het ouder worden is ook zo’n bedreiging. Uiteindelijk lopen de pogingen om de veroudering tegen te gaan spaak. Maar met deze onbeheersbaarheid en kwetsbaarheid kan de moderne mens niet goed omgaan. Ouderen worden daarom overgebracht naar zorginstellingen, die zo min mogelijk mogen kosten. Ze worden feitelijk “weggestopt”.<sup>95</sup>

### **5.2 Lichamelijkheid en ouderdom**

De wens om de veroudering tegen te gaan heeft een lange historie omdat het, aldus Baars, gebaseerd is op de onzekerheid van het menselijk bestaan. En deze wens heeft veel goeds opgeleverd; we leven langer en zijn gezonder door o.a. betere hygiëne, betere gezondheidszorg, betere voeding en betere arbeidsomstandigheden. Hierdoor kunnen mensen zich een toekomst als ou-

---

<sup>92</sup> Gastmans & Vanlaere 2005, 13-14.

<sup>93</sup> Baars 2006a, 44-45, 47, 67.

<sup>94</sup> Baars 2006a, 10-11, 54, 63, 67, 70.

<sup>95</sup> Baars 2006a, 11; Baars 2006b, 39.

dere voorstellen die niet alleen in het teken van verval en aftakeling hoeft te staan, zoals vroeger het geval was; toen haalden veel mensen de pensioensgerechtigde leeftijd niet eens.<sup>96</sup>

Er kleven echter ook nadelen aan de neiging om het ouder worden uit te stellen. Het heeft namelijk onder invloed van de commercie geresulteerd in een – in de woorden van Baars – “*anti-verouderings-markt*”.<sup>97</sup> Deze markt, waar miljarden in omgaan, houdt zich zoal bezig met cosmetische chirurgie, leefstijltrainingen, voedingssupplementen e.d. Baars heeft principieel bezwaar tegen de “antiverouderingsindustrie” omdat er zodoende weinig aandacht is voor het positieve van het ouder worden. In plaats daarvan wordt “(...) de illusie (...) gecultiveerd dat beperkingen en lijden niet bij het leven horen, maar het resultaat zijn van slecht levensmanagement”.<sup>98</sup>

Het meest “lucratieve probleem” is volgens Baars de vraag hoe er goed en jong uit te blijven zien.<sup>99</sup> In dit kader kan ook het “maakbare lichaam” gezien worden, waar Annelies van Heijst en Goedele van Edom - afzonderlijk van elkaar en met een tijdsverschil van 17 jaar - over schrijven. Beiden geven aan dat schoonheidsidealen van alle tijden zijn, maar dat de wijze waarop dit heden ten dage gestalte krijgt nieuw is. En dit komt enerzijds door de invloed van de moderne media, waardoor we overspoeld worden met beelden van het perfecte, jonge, gezonde en slanke lichaam. Anderzijds helpt het ‘maakbaarheidsbesef’ een handje; dat perfecte lichaam is steeds meer binnen handbereik door de ontwikkelingen binnen de cosmetische industrie.<sup>100</sup>

Nu is het op zich heel begrijpelijk en niet verkeerd dat mensen er jong en mooi uit willen blijven zien. Één van de keerzijdes hiervan is dat mensen die geen volmaakt lichaam hebben, waaronder zieken, ouderen en lichamelijk gehandicapten, als afwijkend worden gezien. Van Heijst geeft ook nog aan dat deze ‘afwijkende’ lichamen zelden in het openbaar te zien te zijn.<sup>101</sup>

### **5.3 Beeld van dementie in onze cultuur**

Een ander nadeel van het streven naar een steeds langer leven is dat bepaalde – voorheen zeldzame – ziektes steeds meer voorkomen. Dementie is hiervan een duidelijk voorbeeld. Met het aantal ouderen neemt ook het aantal mensen met dementie toe. En naar verwachting zal dit aantal de komende jaren fors stijgen.<sup>102</sup>

Voor Madeleine Timmermann is dit reden te meer om de negatieve beeldvorming rond dementie – via de metafoor van ‘verkindsing’ - een halt toe te roepen, zoals in het eerste hoofdstuk (zie § 1.3) kort ter sprake is gekomen. Ze signaleerde namelijk dat deze ziekte omgeven is met gevoelens van taboe en schaamte. Met behulp van de Amerikaanse filosoof Susan Sontag (1933-2004) is ze gaan kijken waarom dit zo is.

Sontag heeft in de jaren ’70 en ’80 van de vorige eeuw geanalyseerd hoe er in verschillende tijden tegen ernstige ziekten is aangekeken. Ze schrijft dat de vrees voor sommige ziekten, zoals kanker vanaf de jaren ’50 en aids vanaf de jaren ’80, dermate grote vormen aanneemt dat die een geheel eigen leven gaat leiden. De hiermee gepaard gaande angstfantasieën kunnen mythische trekken aannemen. Met als gevolg dat de ziekte en degenen die er aan lijden gestigmatiseerd worden. Pas wanneer de oorzaken (grotendeels) bekend worden en er behandelmethode komen die de dodelijke ziekte genezen of transformeren naar een chronische kwaal, wordt de angst ingedamd en worden het weer ‘gewone’ ernstige ziekten.<sup>103</sup>

Elk tijdperk heeft zijn eigen zeer gevreesde ziekten. Timmermann nu stelt in haar dissertatie dat dementie in onze tijd dit stempel draagt. Haar stelling werkt ze uit door de door Sontag benoemde criteria van dergelijke ziekten, als het ware toe te passen op dementie. Ze concludeert dan dat aan deze vier criteria – veel voorkomend en gevreesd, onbekende oorzaak, dodelijk verloop, het ontbreken van een adequate behandeling – voldaan wordt. Verder schrijft ze dat de

---

<sup>96</sup> Baars 2006a, 10-11, 77, 81.

<sup>97</sup> Baars 2006b, 3. Vgl. Baars 2006a, 189-190.

<sup>98</sup> Baars 2006a, 79, 85.

<sup>99</sup> Baars 2006a, 82.

<sup>100</sup> Van Heijst 1993, 11-13; Van Edom 2010, 13. Vgl. Ganzevoort 1997, 171; Baars 2006a, 54.

<sup>101</sup> Van Heijst 1993, 13-14; Van Edom 2010, 15-17. Vgl. Ganzevoort 1997, 171; Baars 2006b, 44.

<sup>102</sup> Timmermann 2005, 45; Mes 2011, 43, 59.

<sup>103</sup> Timmermann 2010, 23.

angst – paradoxaal genoeg – aangejaagd wordt door het onbekende; niemand weet wat het is om dement te zijn.<sup>104</sup>

Dát dementie inderdaad zeer gevreesd is, weet Timmermann bevestigd in de media. Veel mensen willen liever dood zijn dan dement kopte het dagblad Trouw in 2004. Dit idee wordt versterkt door prominenten, zoals voormalig minister van Volksgezondheid Els Borst, nota bene zelf arts, die op televisie verklaart niet meer te willen leven als ze te dement is om haar kinderen te herkennen. Ook de Belgische schrijver Hugo Claus, die in 2008 de dood verkoos boven het verder dement worden, deed zo mee aan de negatieve beeldvorming.<sup>105</sup>

Dementie zélf komt echter maar zelden in beeld. De dementerende prinses Juliana bijvoorbeeld verscheen in haar laatste levensjaren niet meer in het openbaar.<sup>106</sup> En (de weinige) films waarin personages dementie hebben geven meestal een vertekend beeld van de ziekte en van de beleving ervan, aldus onderzoeker Debby Gerritsen en psychogerontoloog Yolande Kuin.<sup>107</sup> Geen wonder dat veel mensen geen realistische voorstelling hebben van de ziekte.

Timmermann noemt overigens – naast de vier criteria van Sontag en de angst voor het onbekende – nóg een belangrijke reden voor de vrees voor dementie; de angst voor “ontluistering”, “schande”, “ontmenselijking” en “vernedering”.<sup>108</sup> Eenzelfde gedachte is te lezen bij Gerritsen en Kuin. Zij verwoorden het zo:

Dementie doet iets met een mens dat velen blijkbaar als ongepast beschouwen en mensonteerend noemen. Vanuit ons eigen, cognitief gezonde perspectief is het moeilijk te verdragen een dement iemand te zien knoeien met eten, te zien plassen in de prullenbak of een goedbedoelende verzorgende de huid vol te zien schelden.<sup>109</sup>

Interessant is de suggestie van Timmermann dat we met dit alles extra moeite hebben, juist omdat het lijnrecht indruist tegen wat in onze samenleving als zeer belangrijk gezien wordt, namelijk “identiteit, autonomie, rationaliteit en onafhankelijkheid”.<sup>110</sup> Politicoloog en geestelijk verzorger Paul Mulders schrijft iets vergelijkbaars:

Zonder de suggestie te doen van een direct oorzakelijk verband is het beeld van dementie misschien wel een spiegel voor de culturele armoede rondom ouderdom die voor onze samenleving zo kenmerkend is. Een door verlies gedesoriënteerde of dementerende oudere kan niet anders dan een vreemdeling of nomade zijn in een cultuur die rationalistische waarden als beheersing, controle en eigenmachtigheid hoog in het vaandel heeft.<sup>111</sup>

En hiermee is de cirkel rond, omdat we zo terug zijn bij de vraag naar het waardig ouder worden van Chris Gastmans en Linus Vanlaere, waarmee dit hoofdstuk opende.

## **5.4 Besluit**

De laatste eeuw zijn we er een eind in geslaagd om ziekte, aftakeling en dood te beheersen. Hierdoor leven we langer dan ooit, en blijven we eveneens gezonder dan ooit. Één van de keerzijdes hiervan is dat mensen moeilijk met lijden en gebrek kunnen omgaan. Dit is duidelijk terug te zien in de lichaamscultuur waarin jong, slank en mooi zijn de norm is, en al wat daarvan afwijkt verborgen wordt. Waarschijnlijk is deze visie op ouderdom en lichamelijkeheid er mede de oorzaak van dat dementie in onze samenleving als een zeer gevreesde ziekte beschouwd wordt; het staat haaks op hoog aangeschreven waarden als autonomie en zelfredzaamheid.

Onze samenleving staat voor de uitdaging om ouderdom, kwetsbaarheid, lelijkheid, dementie e.d. te accepteren als iets dat bij het leven hoort. De zorgethiek (zie hoofdstuk 4) biedt hiervoor handvatten.

---

<sup>104</sup> Timmermann 2010, 23-27.

<sup>105</sup> Timmermann 2010, 34-35.

<sup>106</sup> Timmermann 2010, 27.

<sup>107</sup> Gerritsen & Kuin 2012, 29.

<sup>108</sup> Timmermann 2010, 28.

<sup>109</sup> Gerritsen & Kuin 2012, 29.

<sup>110</sup> Timmermann 2010, 28. Vgl. Kitwood 1997, 14.

<sup>111</sup> Mulders 2006, 17. Vgl. Kitwood 1997, 14.



Kleine kinderen vertederen. Veel mensen voelen daarom de behoefte om ze aan te raken. Met oudere mensen, dement of niet, is dat anders. Hun voorkomen roept meestal niet automatisch vertedering op. Wie raakt hen nog aan?

Precies deze vraag stelde Laura Reedijk-Boersma zichzelf jaren geleden. In 1979 schreef ze een boekje, 'De aanraking', waarin ze als pastor van een verzorgingshuis (niet-wetenschappelijk) reflecteerde op de positieve aspecten van aanraken. Daarin formuleerde ze haar vraag als volgt:

Elkaar aanraken – broodnodig, ook voor oude mensen. Door wie worden zij nog liefdevol aangeraakt? Ja, ze worden professioneel, beroepsmatig geholpen door verpleegkundigen en bejaardenhulpsters. Geholpen bij het aan- en uitkleden, bij het naar de w.c. gaan, bij het wassen en baden. Maar dat is iets anders dan de liefdevolle vriendelijke aanraking die 'zo maar' wordt gegeven, of liever 'uitgewisseld'. De oudere mens verliest één voor één zijn familieleden, zijn vrienden, man of vrouw. Er zijn mensen die niemand meer hebben die hen tutoyeert. De intimiteit met een geliefd mens is weggefallen. Er wordt nooit meer zo maar een schouder gestreeld, een arm om je heen gelegd, uit liefde, uit vriendschap.<sup>112</sup>

Reedijk-Boersma constateerde dus dat ouderen voornamelijk functioneel worden aangeraakt. Meerdere onderzoeken bevestigen dit. Scurfield (1998) schrijft dat ouderen – zeker in zorginstellingen – weinig aangeraakt worden.<sup>113</sup> En diverse andere recente studies wijzen uit dat verpleegkundigen het noodzakelijke (taakgerichte) aanraken meer gewoon vinden en meer prioriteit toekennen dan het aanraken omwille van sociale en emotionele behoeftes.<sup>114</sup>

Het aanraken van dementerenden staat centraal in dit hoofdstuk. Het gaat specifiek over het aanraken door andere disciplines dan geestelijk verzorgers, om te kunnen beoordelen wat de mogelijke toegevoegde waarde is van het aanraken door deze beroepsgroep.

De dementerende mens wordt aangeraakt tijdens het wassen (§ 6.1) en mogelijk ook tijdens de psychomotorische therapie (§ 6.2) en het snoezelen (§ 6.3). Er staat bewust 'mogelijk' omdat deze activiteiten niet aan alle mensen met dementie worden aangeboden. Evenmin is er daarbij altijd sprake van fysiek contact tussen de zorgverlener en de bewoner.

## **6.1 Wassen**

Mensen met dementie worden aangeraakt tijdens het wassen. Dit wassen is volgens Linus Vanlaere, Trees Coucke & Chris Gastmans niet enkel een hygiënisch gebeuren maar ook een praktijk waarin "waardigheid wordt gerealiseerd", mits er sprake is van een "zorgzame interactie" tussen de oudere en de verzorgende. Zij stellen namelijk dat iemands waardigheid is ingebed in zijn of haar lichamelijkheid. Wanneer het wassen door de zorgverlener als routine wordt opgevat dan bestaat het gevaar dat de oudere enkel gezien wordt als een lichaam en niet als een – in de woorden van VanLaere, Coucke en Gastmans – "bezield lichaam". Er is dan sprake van objectificatie en de zorgvrager wordt op deze manier geweld aan gedaan; hij of zij wordt "gedepersonaliseerd".<sup>115</sup>

Met behulp van de Franse filosoof Gabriël Marcel (1889-1973) wordt het bovenstaande wat verder uitgediept. Hij heeft op fenomenologische wijze het onderscheid tussen 'probleem' en 'mysterie', en tussen het lichaam als 'object' en het lichaam als 'subject' geanalyseerd.<sup>116</sup>

Een probleem is – teruggaande op de etymologie – iets wat buiten jezelf ligt en je persoonlijke existentie derhalve niet raakt. Het behoort tot de wereld van het objectieve en is te meten, te controleren e.d. Wanneer men dit betreft op het lichaam dan kan het – op grond van zijn sterfe-

<sup>112</sup> Reedijk-Boersma 1979, 10. Vgl. Davis 1993, 70-71.

<sup>113</sup> Gleeson & Timmins 2004b, 18.

<sup>114</sup> Gleeson & Timmins 2004b, 19; Gleeson & Timmins 2004, 542-543. Vgl. Van Weert e.a. 2003, 312.

<sup>115</sup> Vanlaere, Coucke & Gastmans 2010, 196-197. Vgl. Gleeson & Timmins 2004b, 20.

<sup>116</sup> Burggraeve & Cornu 1994, 5.

lijkheid – als een ding, een object of probleem beschouwd worden. Tegelijkertijd plaatst men zichzelf zo als het ware buiten het lichaam.<sup>117</sup>

Er is nog een andere benadering mogelijk volgens Marcel, een benadering die het lichaam niet reduceert tot probleem, maar het juist tot mysterie verheft. Zo bezien is het lijf niet enkel een ding dat los staat van het zelf; het subject is er “intiem, reëel en vitaal bij betrokken”. Men kan zichzelf niet buiten het lichaam plaatsen, en dit is wat Marcel met ‘mysterieus’ bedoelt. Hij zinspeelt niet op iets geheimzinnigs.<sup>118</sup>

Terwijl het benaderen als probleem dus scheidt en uiteen legt, wordt het benaderen als mysterie getypeerd door “participatie en aanwezigheid bij”. En in plaats van het objectieve kennen, gaat het bij het mysterie om medeleven en van binnenuit zien, voelen en begrijpen. Dit is een vorm van kennen die Marcel ‘erkennen’ noemt.<sup>119</sup>

Toegepast op het wassen van mensen maakt de filosofie van Gabriël Marcel begrijpelijk dat wanneer het lichaam geobjectiveerd en geproblematiseerd wordt, de persoon feitelijk gescheiden wordt van zijn of haar lichaam. Het is dan niet meer zijn of haar lijf, maar zomaar een lijf. Diegene die ‘in’ dat lijf zit wordt dan niet erkend, maar juist vernietigd.<sup>120</sup>

Als het lichaam daarentegen gezien wordt als een mysterie, als drager van een persoon, dan kan het wassen ook een mogelijkheid zijn om elkaar te ontmoeten. Timmermann constateerde in haar onderzoek over de afstemming op mensen met dementie dat het wassen helaas “(...) de status heeft van ‘even afwerken’ in plaats dat het als een kans gezien wordt om samen tijd door te brengen en iemand aandacht te geven en misschien wel te verwennen”.<sup>121</sup>

Overigens merkt Marcel op dat het lichaam als mysterie, waarin de persoon samenvalt met zijn of haar lichaam, evenmin een helemaal juiste interpretatie is. De waarheid ligt ergens in het midden. Het is niet zo dat je lichaam een object is en dat je dus een lichaam *hebt*. En het is ook niet zo dat je lichaam enkel een mysterie is en dat je dus een lichaam *bent*. Het ‘ik’ bevindt zich op de “grenszone tussen hebben en zijn”.<sup>122</sup> Dit wordt duidelijk door te kijken naar zieke mensen. Ze *zijn* niet hun ziekte, ze *hebben* een ziekte. Maar die ziekte beïnvloedt dikwijls ook weer hun *zijn*.<sup>123</sup>

## **6.2 Psychomotorische therapie**

Vanaf de jaren '70 wordt psychomotorische therapie (pmt) toegepast in de psychiatrie. Sinds circa 20 jaar wordt pmt in toenemende mate aangeboden in zorginstellingen waar mensen met dementie verblijven, door speciaal daartoe opgeleide therapeuten.<sup>124</sup>

Bewegen en lichamelijkheid staan centraal bij pmt. Vooral dementerenden die via hun lijf laten blijken dat er iets aan de hand is komen voor pmt in aanraking. Denk hierbij aan uitingen van onrust, apathie en agressie, maar ook aan mensen die niet meer goed kunnen praten (afasie) of die heel erg verstandelijk zijn aangelegd.<sup>125</sup>

Pmt is voornamelijk gestoeld op de ideeën van fenomenoloog Merleau-Ponty (1908-1961). Hij stelde dat de mens met name via zijn lichaam met de wereld verbonden is. Het lichaam wordt – zo formuleren psychomotorische therapeuten Nicolette Albers e.a. – dan ook gezien als “basis van het persoonlijke bestaan” omdat het niet alleen waarneemt, maar ook de “bron” is van “behoeften, verlangens en emoties”. De mens is dus, aldus Merleau-Ponty, zijn lichaam (terwijl Marcel, zo lazten we net, het lichaam situeert op de grens tussen *hebben* en *zijn*). En vandaar dat

---

<sup>117</sup> Burggraeve & Cornu 1994, 5-6.

<sup>118</sup> Burggraeve & Cornu 1994, 6.

<sup>119</sup> Burggraeve & Cornu 1994, 6.

<sup>120</sup> Burggraeve & Cornu 1994, 7.

<sup>121</sup> Burggraeve & Cornu 1994, 8; Timmermann 2010, 309.

<sup>122</sup> Burggraeve & Cornu 1994, 7.

<sup>123</sup> Vgl. Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 607; Van Heijst 2008, 155.

<sup>124</sup> Droës & Lauriks 2007, 80.

<sup>125</sup> Albers e.a. 2003, 540. Vgl. Droës & Lauriks 2007, 80.

het lichaam voor de psychomotorische therapeut de ingang vormt voor het - letterlijk - te lijf gaan van psychosociale problematiek.<sup>126</sup>

Er zijn twee methoden van pmt, de lichaams- en de bewegingsgeoriënteerde. Voor deze thesis lijkt vooral de eerstgenoemde methodiek interessant te zijn.

De lichaamsgeoriënteerde methode is gebaseerd op de idee dat het lichaam een opslagruimte is van bewuste, maar vooral van onbewuste ervaringen. Iedereen kent wel mensen die door chronische stress erg gespannen zijn en daardoor een lijf hebben dat als een pantser aanvoelt.<sup>127</sup>

Bij deze methode worden o.a. ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen en massage ingezet, waarbij gelijktijdig gevraagd wordt naar gevoelens en ervaringen. Bij mensen met dementie is dit laatste meestal niet meer mogelijk. Bij hen wordt ontspanning, zintuigprikkeling en het maken van contact beoogd. Albers e.a. noemen het zogenaamde hydro-bad en handmassage als mogelijke middelen om dit te bereiken.<sup>128</sup>

De bewegingsgeoriënteerde methode gaat uit van de idee dat de mens niet alleen zijn lichaam beweegt, maar ook zijn 'zelf'. Ter verduidelijking wordt het voorbeeld gegeven van iemand met sociale angst die zich houderig en onzeker beweegt.<sup>129</sup>

Bij mensen met dementie bestaat deze vorm van pmt uit spel en sportieve activiteiten. Als doelen hiervan worden door Albers e.a. ondermeer het hebben van plezier, het weer vertrouwd raken met het eigen lichaam en het kunnen uiten van gevoelens via bewegen genoemd. Zo beschrijven ze hoe een dementerende vrouw haar frustraties kwijt kan door heel hard met een bal te gooien. Tijdens het gooien wordt er gepraat over hoe moeilijk het is om met vergeetachtigheid om te gaan.<sup>130</sup>

Pmt wordt meestal in groepsverband gegeven, maar bij bepaalde personen is individuele therapie beter en gepaster. Pmt blijkt goed aan te slaan bij mensen met dementie omdat het een non-verbale vorm van hulpverlening is.<sup>131</sup>

### **6.3 Snoezelen**

Snoezelen lijkt overeenkomsten te vertonen met (met name de lichaamsgeoriënteerde) pmt, en dit verklaart wellicht waarom er psychomotorische therapeuten zijn die snoezelen met dementerenden. Het wordt echter vooral gedaan door verpleegkundigen en vrijwilligers. Er zijn overigens óók geestelijk verzorgers die snoezelen met deze doelgroep, zo blijkt uit het promotieonderzoek van Rieke Mes, maar hieruit is niet op te maken in hoeverre zij hierbij de bewoners aanraken.<sup>132</sup>

'Snoezelen' is een samentrekking van 'snuffelen' en 'doezelen'. Deze woorden geven meteen aan waar het bij snoezelen omgaat; enerzijds zintuigprikkeling, anderzijds ontspanning.<sup>133</sup> In de literatuur worden daarnaast nog het maken van contact genoemd, alsmede aandacht.<sup>134</sup>

Sinds de jaren '70 wordt er gesnoezeld in de gehandicaptenzorg. Daar krijgen mensen met ernstige verstandelijke beperkingen in een speciaal daartoe ingerichte ruimte prikkels toegediend, bestemd voor alle zintuigen (licht, geur, geluid, smaak en tast). Later is deze activiteit overgenomen door zorgverleners die werken met mensen met een vergevorderde fase van dementie.<sup>135</sup>

---

<sup>126</sup> Albers e.a. 2003, 528, 531-532.

<sup>127</sup> Albers e.a. 2003, 532-533.

<sup>128</sup> Albers e.a. 2003, 538. Vgl. Droës & Lauriks 2007, 80.

<sup>129</sup> Albers e.a. 2003, 532. Vgl. Droës & Lauriks 2007, 80.

<sup>130</sup> Albers e.a. 2003, 534, 536.

<sup>131</sup> Albers e.a. 2003, 541-543.

<sup>132</sup> Mes 2011, 113.

<sup>133</sup> Norman 2003, 484.

<sup>134</sup> Van Weert 2004, 313; Vandenhoek, De Clercq & Fivez 2008, 189.

<sup>135</sup> O.a. Vandenhoek, De Clercq & Fivez 2008, 188-189.

In sommige zorginstellingen is het snoezelen geïntegreerd in de dagelijkse zorg. Vooral de ochtendzorg lijkt hiervoor – voor verpleegkundigen – geschikt te zijn omdat men dan met bijvoorbeeld lekkere ruikende zeep en zachte handdoeken het wassen en aankleden comfortabeler kan maken.<sup>136</sup>

Volgens Hulme e.a. (2009), zijn veel studies naar de effecten van snoezelen bij mensen met dementie zwak te noemen vanwege de matige onderzoeksontwerpen en het geringe aantal deelnemers.<sup>137</sup> Daarnaast hebben veel studies betrekking op het snoezelen in de snoezelruimte en niet in de dagelijkse zorg, met uitzondering van het onderzoek van Van Weert e.a. (2004).<sup>138</sup> Ook is enkel het korte-termijn effect gemeten.<sup>139</sup>

Die onderzoeksresultaten zijn dus veelal niet goed bruikbaar, niet statistisch significant, soms zelfs conflicterend.<sup>140</sup> Nader onderzoek is nog nodig. Wel zijn de resultaten over het algemeen positief. Volgens Mertens (2003) bijvoorbeeld kan snoezelen activeren, interesse wekken en herinneringen oproepen. Daarnaast verhoogt het de aandacht, neemt het angsten weg, geeft het zekerheid, bevordert het relaties en geeft het vreugde. Van Weert e.a. (2005) concluderen iets soortgelijks; snoezelen brengt ontspanning en rust en roept daardoor een “verhoogd welbevinden” op.<sup>141</sup>

Dát snoezelen zo goed lijkt aan te slaan kan verklaard worden doordat het geen beroep doet op intellectuele vaardigheden, maar op het non-verbale.<sup>142</sup> En juist het non-verbale is zeer belangrijk voor mensen met dementie, zo bleek uit het promotieonderzoek van Rieke Mes naar geestelijke verzorging bij deze doelgroep (zie § 2.3).

Theoloog Anne Vandenhoeck en pastores Heidi de Clercq en Bart Fivez schrijven in hun boek ‘Verborgene Diepte’ (2008) overigens dat snoezelen vooral effect heeft bij mensen met de ziekte van Alzheimer. Deze ziekte tast namelijk specifiek de dominante hersendelen aan waar de taal en de logica gesitueerd zijn. De niet-dominante delen van de hersenen zijn echter gevoelig voor muziek, tast, bekende (bijbel)teksten, gebeden en symbolen. Daarom kunnen mensen met Alzheimer nog wel geraakt worden hierdoor.<sup>143</sup>

In andere studies is geen onderscheid gemaakt tussen de effecten van snoezelen bij verschillende vormen van dementie; de bij die studies betrokken bewoners moesten enkel voldoen aan het criterium van matig tot ernstig dement zijn.<sup>144</sup> Daarbij zijn cognitieve stoornissen, waartoe ook het vermogen om te spreken en logisch na te denken, kenmerkend voor alle soorten dementie.<sup>145</sup> Vermoedelijk zijn de gunstige resultaten van het snoezelen dus niet beperkt tot mensen met Alzheimer. Ook dit zal onderzoek moeten uitwijzen.

Een andere passage van Vandenhoeck, De Clercq & Fivez die aandacht verdient gaat over het toepassen van de principes van het snoezelen in pastorale en religieuze context. Ze vinden daarvoor de kapel bij uitstek geschikt. Daar is van alles te zien en te beleven. Er zijn beelden, kaarsen, bloemen en een bijbel. De pastor kan de bewoner voorwerpen, zoals een missaal of een rozenkrans, laten aanraken of vastpakken. Er kunnen kaarsen en wierookstokjes aangestoken worden. Op de achtergrond klinkt religieuze muziek die eventueel meegezongen kan worden.<sup>146</sup> Het pastoraal snoezelen heeft volgens Vandenhoeck, De Clercq & Fivez als doel de “spirituele dimensie” van de demente mens aan te boren. Ze kunnen zo het gevoel krijgen geborgen te zijn in een voor hen vertrouwde religieuze setting. Het kan ze ook het gevoel geven in verbinding te staan met God.<sup>147</sup>

---

<sup>136</sup> Van Weert 2004, 315-316.

<sup>137</sup> Hulme e.a. 2009, 760.

<sup>138</sup> Van Weert 2004, 313.

<sup>139</sup> Holtkamp e.a. 1997, 127; Norman 2003, 484.

<sup>140</sup> Hulme e.a. 2009, 760.

<sup>141</sup> Mes 2011, 58. Vgl. Holtkamp e.a. 1997, 127; Norman 2003, 484; Van Weert e.a. 2004, 321-324; Vandenhoeck, De Clercq & Fivez 2008, 189; Hulme e.a. 2009, 760.

<sup>142</sup> Van Weert 2004, 312-313.

<sup>143</sup> Vandenhoeck, De Clercq & Fivez 2008, 189.

<sup>144</sup> Vgl. Hulme e.a. 2009, 757.

<sup>145</sup> Mes 2011, 43-44.

<sup>146</sup> Vandenhoeck, De Clercq & Fivez 2008, 189-190.

<sup>147</sup> Vandenhoeck, De Clercq & Fivez 2008, 190.

Over het pastorale snoezelen is trouwens geen andere literatuur gevonden dan 'Verborgene Diepte'. Om hier wat meer over te weten te komen is navraag gedaan bij co-auteur Bart Fivez (e-mails van 16 en 17 juli 2012). Hij geeft aan dat ze in woon- en zorgcentrum Betlehem te Herent (België), waar hij en De Clercq werk(t)en, voor zover bekend de enigen waren die aan deze vorm van snoezelen deden ten tijde van het schrijven van het boek. De passage hierover is dan ook gebaseerd op hun eigen observaties, alsook op die van het verplegend personeel. Zo zien ze dat bewoners meestal rustiger terug komen van het pastorale snoezelen. Ook merken ze dat bewoners die nauwelijks nog praten toch flarden van bekende gebeden meebidden, terwijl ze dit in een viering veel minder doen.

Wat betreft het verschil met het gewone snoezelen liet Fivez weten dat bij het pastorale snoezelen prikkels gebruikt worden uit de christelijke traditie, zoals de reeds genoemde kaarsen, bijbels e.d.

Als laatste is gevraagd naar mogelijke negatieve ervaringen of angstige reacties. Die hebben zij nog nooit waargenomen. Wel blijven sommige mensen onrustig omdat ze – aldus Fivez – blijven steken in gedachten als: “ik moet naar huis”, of “mijn kinderen wachten op mij”.

#### *Namaste Care Programme*<sup>148</sup>

Naast het (pastorale) snoezelen moet ook het zogenaamde Namaste Care Programme vermeld worden, dat de Amerikaanse Joyce Simard in 2003 ontwikkeld heeft voor mensen met een gevorderd stadium van dementie. 'Namaste' is een Hindoeïstische term die vertaald kan worden met 'het eren van de ziel binnenin de mens'. Deze term vond Simard passen bij dementerenden omdat de communicatiemogelijkheden afnemen.

Namaste Care wordt in Nederland voor zover bekend niet toegepast. Het doet heel erg denken aan snoezelen omdat – in een speciaal daartoe ingerichte ruimte – de zintuigen gestimuleerd worden. Zo worden hand- en voetmassage genoemd, alsook het zachtjes kammen van de haren, het gebruik van lekkere geuren, het tonen van mooie foto's e.d.

Vermoedelijk is Namaste Care intensiever dan snoezelen, in die zin dat het om een programma gaat bestaande uit activiteiten voor elke dag van de week. Een ander verschil is dat het belang van “loving touch” – en daarmee van het tastzintuig – meer lijkt te worden benadrukt.

Het doel van Namaste Care is het bevorderen van comfort en plezier. De ervaringen met het programma zijn heel positief. Op verschillende plaatsen in de wereld wordt er tegenwoordig onderzoek naar gedaan.

## **6.4 Besluit**

Om het aanraken door geestelijk verzorgers te kunnen plaatsen, is in dit hoofdstuk gekeken naar de situaties waarin mensen met dementie momenteel worden aangeraakt. In het algemeen blijkt dat ouderen in zorginstellingen weinig 'zomaar' liefdevol aangeraakt worden. Het moment waarop ze wel worden aangeraakt – het wassen – wordt door verpleegkundigen echter doorgegaan niet gezien als een kans om iemand te ontmoeten. Timmermann heeft onderzocht dat wassen de status heeft van 'even afwerken', terwijl met behulp van de fenomenoloog Marcel duidelijk is geworden dat het lichaam dan geobjectiveerd wordt, en de mens van wie dat lichaam is daardoor niet gezien wordt.

Dementerenden kunnen ook aangeraakt worden bij de psychomotorische therapie (pmt), bij het snoezelen, en in het kader van het (vermoedelijk) aan snoezelen verwante Namaste Care Programma. Het aanraken bij pmt gebeurt vooral bij de lichaamsgeoriënteerde methode, waarvan de doelen ontspanning, zintuigprikkeling en contact zijn. Theoretisch gezien is pmt interessant voor de thesis vanwege de visie op bewegen en lichamelijke relatie tot iemands identiteit; hoe je beweegt zegt veel over hoe je in het leven staat. Hier hangt mee samen dat het lijf beschouwd wordt als opslagruimte van (on)bewuste ervaringen.

Snoezelen, waarin aanraken een manier is om het tastzintuig te prikkelen, is eveneens gericht op aandacht, ontspanning en contact. Veel dementerenden lijken er positief op te reageren. Het is daar-

---

<sup>148</sup> Hockley & Stacpoole 2012, 283; European Association for Palliative Care 2012; [www.namastecare.com](http://www.namastecare.com), geraadpleegd op 30 november 2012.

om toe te juichen dat het snoezelen in een aantal zorginstellingen geïntegreerd is in de dagelijkse zorg.

Het Namaste Care Programma tenslotte is in Nederland waarschijnlijk nog onbekend, maar lijkt een intensieve vorm van snoezelen te zijn, met meer nadruk op het liefdevolle aanraken.

Pmt, snoezelen en Namaste Care slaan goed aan bij mensen met dementie omdat het om non-verbale manieren van communiceren gaat. Dit doet vermoeden dat een benadering van geestelijke verzorging, waarin oog is voor het lichamelijke en voor het aanraken omwille van de – versterkende, ondersteunende en / of bevestigende – ontmoeting, vruchtbaar kan zijn. Te meer omdat ouderen – en dus ook dementerenden – weinig liefdevol aangeraakt worden. Wellicht kan dit aanraken geïntegreerd worden in het pastorale snoezelen, een vorm van snoezelen waar Vandenhoeck, De Clercq & Fizez voor pleiten. Dit ligt echter buiten het bestek van deze thesis.

Over lichamelijkheid in de pastorale context – en daarmee ook het aanraken – is nog maar weinig nagedacht. In dit hoofdstuk komen de oorzaken hiervan aan de orde (§ 7.2). Maar als eerste wordt gereflecteerd op het lichaam als drager, te weten als drager van de persoon en als drager van betekenissen (§ 7.1), om duidelijk te maken hoe belangrijk het lichamelijke in het pastoraat kan zijn.

### **7.1 Lichaam als drager**

‘Lichamelijkheid’ is een thema dat doorgaans niet aan bod komt in de opleiding tot geestelijk verzorger. Het is echter een belangrijk element in het pastoraat. Pastores zijn namelijk een groot deel van hun tijd fysiek aanwezig bij ‘hun’ mensen. Ze zijn hen letterlijk nabij.<sup>149</sup> Verder ligt er eigenlijk altijd een fysiek probleem – waartoe ook psychiatrische klachten worden gerekend – ten grondslag aan de opname in een zorginstelling. En juist dan is de zieke zich meer dan wie ook bewust van zijn of haar lichaam.<sup>150</sup> Men beseft dan vaak pas goed dat een mens niet kan bestaan zonder lichaam; het is drager van de persoon (§ 7.1.1). Daarnaast is het drager van betekenissen (§ 7.1.2).

#### **7.1.1 Drager van de persoon**

Ons bestaan is door en door lichamenlijk. Denk alleen al aan het gegeven dat een seksuele ontmoeting tussen man en vrouw aan de oorsprong van (bijna) elke mens ligt.<sup>151</sup> Of aan alle zintuiglijke indrukken die we via ons lichaam opdoen en waardoor we ons verhouden tot onszelf, tot elkaar en tot de wereld.<sup>152</sup> Zonder lichaam zijn we feitelijk nergens.

In de psychologie – met name in de sociale psychologie – is er altijd meer aandacht geweest voor het lichamenlijke dan in de theologie, aldus pastoraal theoloog Ruard Ganzevoort. Volgens deze tak van wetenschap is je lichaam bepalend voor wie je bent. Zo worden jongens en meisjes meteen vanaf hun geboorte anders benaderd, en spelen lengte, gewicht, huidskleur e.d. een rol bij hoe we onszelf en anderen zien. Daarnaast worden alle ervaringen als het ware lichamenlijk bemiddeld omdat we ze via onze zintuigen opdoen. Vooral bij kleine kinderen is dit goed zichtbaar; zij communiceren heel direct over hun gevoelens van lust, genot, honger en pijn. Later worden zij hierin geremd en nemen zo min of meer afstand van hun lichaam. Wat overigens niet wil zeggen dat het lichaam minder belangrijk wordt; ‘zaken’ als eten, drinken, seksualiteit, uitstraling en aantrekkingskracht kennen een sterke lichamenlijke component. Je kunt dus nooit totaal afstand doen van je lijf.<sup>153</sup>

Dat het ‘persoon-zijn’ nauw verwezen is met lichamenlijkheid schrijven ook Vanlaere, Coucke & Gastmans in hun reflectie op hoe ouderen in zorginstellingen het wassen ervaren (zie § 6.1). Daar is dit onderwerp toen ook nader verkend met behulp van filosoof Gabriël Marcel, die stelt dat het lichaam een mysterie is omdat men zichzelf er niet buiten kan plaatsen.

#### **7.1.2 Drager van betekenissen**

Geestelijk verzorger Evelien Lust maakt in het ziekenhuis dagelijks mee wat het lichaam kan betekenen. Zo schetst ze het verhaal van Sophie, een jonge vrouw die als gevolg van kanker één van haar borsten moet missen en daar – logisch – heel verdrietig over is. De vrouw vertelde aan Lust hoe onzeker ze vroeger over haar borsten was, die in haar ogen te klein waren. Gelukkig vond haar latere man dat helemaal niet erg; die noemde ze liefkozend ‘pommeltjes’. Ook vertelde ze trots dat haar borsten groter waren geworden en gebleven als gevolg van twee zwanger-

---

<sup>149</sup> Polspoel e.a. 2010, 206.

<sup>150</sup> Van Segbroek 1994, 33; Boot 2004, 244.

<sup>151</sup> Nijs 1994, 53. Vgl. Polspoel e.a. 2010, 206.

<sup>152</sup> Lambrechts 1994, 16. Vgl. Lootens 2010, o.a. 107; Polspoel e.a. 2010, 206.

<sup>153</sup> Ganzevoort 1997, 169.

schappen, en dat haar beide kinderen lang aan haar borsten hadden “getutterd”. En nu lag ze hier, borst kwijt en vele chemokuren in het vooruitzicht.<sup>154</sup>

Het verhaal van Sophie maakt duidelijk dat het lichaam als het ware een verhaal vertelt en zo het levensverhaal mede vormt.<sup>155</sup> Volgens filosoof en theoloog Dominiek Lootens is het juist op momenten van overweldigende pijn of genot dat lichaam en levensverhaal samen op gaan. Wat in de praktijk betekent dat het levensverhaal – althans bij immense pijn – opgeschort of zelfs geblokkeerd raakt omdat er geen woorden zijn die kunnen uitdrukken wat er met je gebeurt.<sup>156</sup> Het lichaam zelf drukt dat echter vaak wél uit, zoals ook te lezen was in de paragraaf over psychomotorische therapie (zie § 6.2); het lichaam gaat als een pantser aanvoelen bij chronische stress.<sup>157</sup> Het leven laat dus letterlijk – en niet alleen in de vorm van littekens - sporen na op je lijf. Theoloog Anne Vandenhoeck en pastores Heidi de Clercq en Bart Fizez schrijven in dit kader:

De groeven van de rimpels, de vorm van de handen, de houding van het hele lichaam vertellen vaak een verhaal. De schittering in de ogen of juist de dofheid vertellen vaak ook iets over de binnenkant – de ogen zijn de spiegels van de ziel.<sup>158</sup>

En juist bij dementie is het volgens hen heel erg zichtbaar hoe iets puur lichamelijks – het dementieproces – alle andere dimensies van de bewoner heel sterk beïnvloeden.<sup>159</sup>

Het bovenstaande geeft al een indruk van de mogelijke betekenissen van het lichaam. Via de eerder genoemde pastoraal theoloog Ganzevoort wordt dit thema wat verder uitgediept. Hij heeft namelijk nagedacht over hoe mensen de “schending” van hun lijf – door welke oorzaak dan ook – beleven. Omgekeerd redenerend kan hiervan de betekenis van het lichaam in zijn algemeen afgeleid worden. Met behulp van inzichten van ontwikkelingspsycholoog Erik Erikson komt Ganzevoort tot de conclusie dat een lichamelijke schending bedreigend is omdat er nogal wat aangetast kan worden:<sup>160</sup>

- het basisvertrouwen in het leven, in anderen en in zichzelf;
- de autonomie omdat men dikwijls (al dan niet tijdelijk) afhankelijk wordt van anderen;
- de mogelijkheid tot initiatief, omdat geschonden zijn het krijgen van hulp en steun impliceert;
- bekwaamheid, oftewel productiviteit en prestatievermogen;
- de identiteit, omdat de nieuwe rol van ‘zieke’ de oude rollen - die zo bepalend zijn voor de identiteit - verandert of zelfs vervangt;
- intimiteit, omdat het geschonden lichaam aanleiding kan zijn voor isolement en distantie;
- generativiteit, waarmee Ganzevoort het voor een ander kunnen zorgen bedoelt, inclusief het voort kunnen brengen van nieuw leven (vruchtbaarheid);
- integriteit, in die zin dat het gezonde lichaam de heilheid van het leven symboliseert, terwijl het gekwetste lichaam symbool staat voor chaos en zinloosheid;
- het gevoel van onschendbaar- of onaantastbaarheid.

Uit deze lijst blijkt dat het lichaam, en alles wat ermee gebeurt, invloed heeft op wie wij zijn.<sup>161</sup> Ook laat het zien welke thema's een geestelijk verzorger kan tegenkomen in het pastorale contact.

În dat pastorale contact – eigenlijk in elke ontmoeting - is het lichaam trouwens ook medebepalend voor hoe je op elkaar reageert. Als je geraakt wordt door het lijden (of blijdschap) van de ander, dan voel je dat in je lijf. Je wordt er letterlijk door getroffen. Zeker op momenten dat je jezelf kwetsbaar voelt, sta je doorgaans meer open voor het verdriet van anderen. Dominiek

---

<sup>154</sup> Lust 2010, 219-221.

<sup>155</sup> Lust 2010, 219-221. Vgl. Talma 2010, 180-184.

<sup>156</sup> Lootens 2010, 112.

<sup>157</sup> Albers e.a. 2003, 532-533. Vgl. Reybrouck 1994, 25; Polspoel e.a. 2010, 207.

<sup>158</sup> Vandenhoeck, De Clercq & Fizez 2008, 99. Vgl. Lambrechts 1994, 16; Talma 2010, 180.

<sup>159</sup> Vandenhoeck, De Clercq & Fizez 2008, 99.

<sup>160</sup> Ganzevoort 1997, 172-173.

<sup>161</sup> Polspoel e.a. 2010, 206.

Lootens meent dan ook dat het “toegang hebben tot je eigen lichaamservaring” een voorwaarde is om het lijden van de ander op te merken.<sup>162</sup> Iets soortgelijks is te lezen bij pastores Marina Riemslag & Tinne Grolus. Zij schrijven over het “lichamelijk medemenselijk aanvoelen”, dat een getraïne pastor zou moeten kunnen; veel emoties (ook van anderen) zijn lijfelijk te ervaren.<sup>163</sup>

## **7.2 Lichaam in de theologie**

Na deze verkenning is het op het eerste oog vreemd dat lichamelijkheid een zo onderbelicht thema is in studies die opleiden tot een pastorale functie. Het is echter te begrijpen gelet op de overheersende negatieve lichaamsbeleving in de christelijke theologie (§ 7.2.1). Het is met name de feministische theologie geweest die het onderwerp lichamelijkheid (opnieuw) opgepakt heeft (§ 7.2.2).

### **7.2.1 Lichamelijkheid in de theologie**

Het christendom wordt vaak ten onrechte als puur lichaamsvijandig gezien, meent Annelies van Heijst. Bij nader inzien is het gecompliceerder. Volgens haar zijn er in de christelijke traditie drie soorten reacties op het lichaam:<sup>164</sup>

1. Ontkennen → Hier wordt bedoeld op het theologische thema van de overwinning van de geest op het ‘vlees’. Het lichaam wordt geassocieerd met zonde, schuld en eindigheid, terwijl de geest staat voor zuiverheid en eeuwigheid. Dit lichaam-geest-dualisme is overigens niet typisch christelijk; het is overgenomen uit de Griekse filosofie en door allerlei ontwikkelingen gemeengoed geworden in het christendom.
2. Beamen → Terwijl enerzijds het lichaam dus als slecht gezien wordt, zijn er anderzijds tal van bijbelse verhalen waarachter juist een heel positief lichaamsbeeld schuilt. Denk bijvoorbeeld aan het eerste scheppingsverhaal, waar het lichaam deel uitmaakt van de schepping en door God als ‘goed’ beoordeeld wordt. Maar ook aan Paulus die het lichaam metaforisch de tempel van de Heilige Geest noemt. Heel bekend daarnaast zijn de talrijke genezings- en wonderverhalen uit de evangeliën, die zeer fysiek van aard zijn, en in het verlengde daarvan de opstandingsverhalen.
3. Ontkennend beamen → Iets wat verboden is wordt vaak een obsessie. Zo ook met het lichaam. Dit heeft, aldus Van Heijst, aangespoord tot bepaalde vormen van lijdensverheerlijking en masochisme, alsook tot lustvijandigheid, fatalisme en doodsdrijf.

Het lichamelijke is dus zeker niet alleen iets slechts in de christelijke theologie. Wanneer je kijkt naar de verrijzenis en de menswording, is het christendom wellicht zelfs de traditie “(...) die de hoogste waarde heeft toegekend aan het lichaam (...)”, zo schrijft pastoraal theoloog Jean-Guy Nadeau. Het dualistische denken staat volgens hem haaks op het lichaamsbeeld uit de evangeliën, wat overeenkomt met Annelies van Heijst. Dat later toch het onderscheid tussen lichaam en geest benadrukt is komt door diverse oorzaken, waaronder een aantal kerkvaders die hun minachting voor het lichaam niet onder stoelen of banken staken. Interessant is nu de bewering van Nadeau dat die minachting niet gebaseerd was op de idee dat lichaam en geest radicaal van elkaar verschillen, integendeel. Ze beseften juist dat er nauwe verwantschap is; alles wat het lijf overkomt, overkomt ook de ziel. En daarmee staat meteen het eeuwige heil op het spel. Zijn conclusie is dan ook dat als de traditie al geprobeerd heeft lichaam en ziel (als drager van de geest) van elkaar te scheiden, ze feitelijk juist – wellicht onbedoeld – de verbondenheid ertussen heeft laten zien.<sup>165</sup>

Dit alles neemt helaas niet weg dat het lichaam eeuwenlang ondergewaardeerd is als gevolg van de – in de woorden van Ruard Ganzevoort - eenzijdige fixatie op zonde en schuld.<sup>166</sup> Volgens filosoof Hein Stufkens is er dan ook een “uiterst negatief verband” tussen christelijke cultuur en

---

<sup>162</sup> Lootens 2010, 112-113.

<sup>163</sup> Riemslag & Grolus 2010, 125-126.

<sup>164</sup> Van Heijst 1993, 15-20. Vgl. Stufkens 1994, 44-48.

<sup>165</sup> Nadeau 2002, 62-64, 67, 70.

<sup>166</sup> Ganzevoort 1997, 170.

lichaamsbeleving, waarbij met name de seksualiteit het moest ontgelden. Seksuele begeerte zou onnatuurlijk zijn, in strijd met de wil van God.<sup>167</sup>

Er waren overigens wel stromingen binnen het christendom met een niet-dualistisch mens-, wereld-, en Godsbeeld, die seksualiteit beschouwden als iets moois en zelfs als een manier om tot een mystieke ervaring te komen. Deze zijn echter door het officiële christendom met harde hand bestreden. Voor een deel tevergeefs, want dergelijke holistische gedachten komen de laatste decennia weer sterk naar voren en worden – zo meent Stufkens – door velen gezien “(...) als een mogelijke uitweg uit de natuur- en lichaamsvijandige christelijk cultuur”.<sup>168</sup>

### 7.2.2 Feministische theologie

Dat juist de feministische theologie een belangrijke verzetshaard is geweest inzake het lichaam-geest-dualisme is niet zo vreemd, wanneer je je bedenkt dat dit dualisme – aldus Maaïke de Haardt – ook seksspecifiek is; geest wordt geassocieerd met redelijkheid en mannelijkheid, terwijl lichaam wordt gekoppeld aan natuur, materie en vrouwelijkheid. Dit vanwege het feit dat vrouwen menstrueren en kinderen baren. Vrouwen kwamen hierdoor echter in een geminachte positie terecht. Het lichaam werd immers als zondig beschouwd. En hieruit volgden weer – zo schrijven theologes Anneleen Decoene & Annekatrien Depoorter – allerlei “onderdrukkende stereotyperingen”, zoals de vanzelfsprekendheid waarmee vrouwen geacht werden te trouwen, kinderen te krijgen en de zorgtaken op zich te nemen. Deze vrouwonvriendelijke benadering is in de christelijke traditie gevoed door vrouwen ofwel als verderfelijk te zien – zoals Eva die Adam verleidt – ofwel door vrouwen als Maria van hun fysieke gesteldheid te ontdoen en ze als puur, zuiver en maagdelijk voor te stellen.<sup>169</sup>

Voorals feministische theologen uitten volgens Decoene & Depoorter kritiek op deze “(...) reductie en determinatie van vrouwen tot hun lichamelijke natuur”. Dit door duidelijk te maken dat biologische processen altijd een culturele component kennen, alsmede door vraagtekens te zetten bij de heersende rollenpatronen. Daarnaast werden uiteraard pogingen ondernomen om het dualistische denken zichtbaar te maken en vervolgens te ontmaskeren. Dit is gedaan door te wijzen op geloofsvoorstellingen waarin het lichaam wel een positieve rol speelt, en die er – zo zagen we al bij Annelies van Heijst – genoeg zijn. Met name de incarnatiegedachte is hierbij aangegrepen, aldus Decoene & Depoorter: “(...) juist de menswording van God doorbreekt alle dualistische kaders waarin God en mens ver van elkaar gelegd worden”.<sup>170</sup>

Niet alle feministische theologen waren overigens blij met deze hernieuwde aandacht voor het lichaam. Hoe waardevol ook, ongewild werd door deze theologen juist het verband tussen vrouwelijkheid en lichamelijke onderstreept in plaats van doorbroken. Men werd daarom een te essentialistische en deterministische visie verweten.<sup>171</sup>

Een ander kritiekpunt dat theologe Anne-Marie Korte verwoordt, is dat de feministische theologie niet mag blijven hangen in de strijd tegen het dualisme, maar het daarentegen moet overstijgen. De christelijke traditie staat inderdaad ambivalent tegenover het lichaam. Het opheffen van deze ambivalentie is echter niet de oplossing omdat veel mensen daadwerkelijk een moeizame relatie met hun eigen lijf hebben. Een te “innige samenhang van lichaam en geest” zou onrecht doen aan deze ervaringen. Korte pleit er dan ook voor om lichamelijke als “hermeneutische categorie” op te vatten. Wat betekent dat altijd vanuit een bepaalde context over het lichaam moet worden gesproken.<sup>172</sup>

Decoene & Depoorter noemen tenslotte nog enkele andere punten van kritiek op de feministisch-theologische visie op het lichaam. Zo zou ze bijvoorbeeld vooral geënt zijn op het lijf van de gezonde, westerse, en witte vrouw, uit de middenklasse van de samenleving.<sup>173</sup>

---

<sup>167</sup> Stufkens 1994, 45-46. Vgl. Decoene & Depoorter 2010, 34-35.

<sup>168</sup> Stufkens 1994, 47.

<sup>169</sup> Decoene & Depoorter 2010, 34-35.

<sup>170</sup> Decoene & Depoorter 2010, 36-38.

<sup>171</sup> Decoene & Depoorter 2010, 33, 39. Vgl. Korte 1995, 236, 238.

<sup>172</sup> Korte 1995, 243, 247, 249. Vgl. Decoene & Depoorter 2010, 41-42.

<sup>173</sup> Decoene & Depoorter 2010, 40-41.

Twee feministische theologen verdienen nadere aandacht omdat zij over lichamelijkheid hebben geschreven in een pastorale context. Het zijn Elisabeth Moltmann-Wendel en Elaine Graham.

De Duitse theologe Moltmann-Wendel heeft in 1994 een boek geschreven met als titel 'Mein Körper bin ich' en met als ondertitel 'Neue Wege zur Leiblichkeit'. Ze houdt hierin een pleidooi voor een "theologie voor de lichamelijkheid". Dit is in haar ogen geen nieuwe theologie, maar wel een manier van denken en handelen die de incarnatie en daarmee "het lijf als bezielde lichaam" als uitgangspunt neemt. Dit houdt voor haar o.a. in dat er aandacht is: "(...) voor lijf en leven van de meest uiteenlopende gemarginaliseerde groepen: vrouwen, ouderen, lesbiennes, homoseksuelen, gekleurde mensen". Ook schrijft ze dat deze theologie kiest voor het lichaam, voor het leven, voor het hier en nu. Hiermee neemt ze afscheid van de "zondetheologie", en van "zelfbedachte fantasieën over een andere wereld, die ten koste gaan van de genezing van de mens hier (...)".<sup>174</sup>

Moltmann-Wendel heeft in haar boek ook e.e.a. geschreven over het lichaam als vergaarpplaats van ervaringen en over het belang van aanraken.<sup>175</sup> Het laatstgenoemde komt in hoofdstuk 10 aan bod.

Elaine Graham is een Engelse theologe. In 1998 verscheen van haar hand het artikel 'Woorden tot vlees gemaakt: belichaming en praktische theologie'. Net als Moltmann-Wendel zet ook zij het lichaam centraal; ze wil een nieuw model ontwerpen voor de praktische theologie, dat gebaseerd is op "pastorale, ethische en theologische aspecten van belichaming". Als ideaal vertrekpunt van deze theologie zijn voor haar "de verhalen van zorg verlenen en zorg ontvangen", omdat dit altijd "belichaamde verhalen" zijn. Hierover schrijft ze:

Degenen die pastorale zorg verlenen of ontvangen zien zich steeds gesteld voor dilemma's van ziekte, seksualiteit, armoede, handicaps en ouder worden. De pastorale ontmoeting zelf is (...) op verschillende manieren belichaamd: de aanraking, hetzij informeel of als een ritueel van zalving of genezing; of geruststellend oogcontact, het gesprek van persoon tot persoon.<sup>176</sup>

Graham baseert haar theologie eveneens op de incarnatieleer en op de idee dat het lichaam alles opslaat wat iemand meemaakt. En evenals Moltmann-Wendel heeft ze aandacht voor gemarginaliseerde groepen. Graham benadrukt echter meer het pijnlijke lichaam. Vaak zijn het namelijk juist die momenten van lijden die ons confronteren met "de diepere lagen" in onszelf.<sup>177</sup>

### **7.3 Besluit**

De bovenstaande twee paragrafen maken duidelijk dat lichamelijkheid een niet te ontkennen gegeven is in het pastoraat, maar dat er - vermoedelijk vanwege de ambivalente houding van de christelijke traditie - in opleidingen weinig aandacht voor is. Gelukkig is er vooral dankzij de feministische theologie steeds meer oog voor het lichaam in het pastorale contact.

---

<sup>174</sup> Moltmann-Wendel 1994, 177-180.

<sup>175</sup> Moltmann-Wendel 1994, 178.

<sup>176</sup> Graham 1998, 100, 103-104.

<sup>177</sup> Graham 1998, 104-107.



Deze thesis past in een tijd waarin er meer belangstelling is voor communicatie met mensen met dementie. Die groeiende belangstelling is voortgekomen uit een psychosociale kijk op dementie, waar met name Tom Kitwood hard voor gestreden heeft (§ 8.1). Deze kijk heeft er ondermeer toe geleid dat emotionele en gedragsproblemen van mensen met dementie niet meer overal automatisch beantwoord worden met medicijnen. In plaats daarvan zijn er alternatieve behandelingen ontwikkeld die de persoon met dementie meer centraal zetten. Hiertoe behoren ook de in hoofdstuk 6 genoemde psychomotorische therapie en het snoezelen.<sup>178</sup>

Aanraken is eveneens te beschouwen als zo'n alternatieve behandeling. Er zijn diverse onderzoeken uitgevoerd naar het aanraken van mensen met dementie door (met name) verpleegkundigen. Deze worden kort aangestipt (§ 8.2) om er vervolgens in hoofdstuk 9 verder op door te gaan omdat ze voor geestelijk verzorgers aanwijzingen bevatten voor het aanraken.

### **8.1 Psychosociaal perspectief**

Aan het einde van de 20e eeuw zijn er in Europa en Amerika nieuwe zorgmethoden ontstaan voor mensen met dementie, die 'belevingsgericht' genoemd worden. Rieke Mes schrijft - in navolging van De Lange (2004) - dat de hiertoe behorende concepten drie punten gemeen hebben, namelijk "respect voor de waardigheid van de persoon en diens subjectieve beleving van de werkelijkheid", "nadruk (...) op communicatie met dementerenden, ondanks hun beperkingen" en tot slot het beschouwen van demente mensen "als individuen met eigen geschiedenis, wensen en behoeften".<sup>179</sup>

Ten grondslag aan deze belevingsgerichte zorg ligt een veranderde kijk op dementie. Dementie wordt niet meer enkel vanuit een medisch en neurobiologisch perspectief benaderd, maar ook vanuit een psychosociaal perspectief.<sup>180</sup> Dit houdt in dat hoe de ziekte zich bij een individu manifesteert voor een deel sociaal geconstrueerd is. Enerzijds is van belang hoe de dementerende behandeld wordt door zowel degenen die voor hem of haar zorgen, als door de maatschappij via de beelden die er over dementie bestaan. Anderzijds gaat elke demente mens op een unieke manier om met de (steeds groter wordende) beperkingen, o.a. op basis van zijn of haar persoonlijkheid, levensgeschiedenis en copingmechanismen.<sup>181</sup>

Met een zorgethische bril op herkennen we overigens in deze omschrijving van het psychosociale perspectief meteen een aantal zorgethische kernbegrippen, zoals 'oog hebben voor het unieke van de situatie' (zie § 4.1.1) en 'relationaliteit' (zie § 4.1.4).

#### **8.1.1 Tom Kitwood**

Het werk van de Britse psycholoog Tom Kitwood (1937-1998) is van grote invloed geweest op het vestigen van dit psychosociale perspectief.<sup>182</sup> In zijn boek 'Dementia Reconsidered' uit 1997 verwerpt hij het gevestigde medische paradigma omdat hierin dementie als iets "technisch" wordt opgevat, vergelijkbaar met een computer waarvan de hardware niet meer goed werkt. Het persoonlijke en unieke van de dementerende blijft volledig buiten beeld. Daarbij is dit paradigma erg negatief en deterministisch; er zou alleen maar sprake zijn van achteruitgang waartegen niets te doen valt. Kitwood zet hier een ander paradigma tegenover, "Person Centred Care" genaamd, dat zowel recht doet aan de "neuroscience" als aan de persoon met dementie, waarin ook voorstellen worden gedaan voor effectieve zorg aan deze mensen.<sup>183</sup>

De aanleiding voor Kitwoods onderzoek op het gebied van dementie was het besef dat er voor deze mensen meer gedaan kon worden, met name in de wijze van benaderen. Hij had de indruk

<sup>178</sup> Hulme e.a. 2009, 756-7763. Vgl. Kitwood 1997, o.a. 2.

<sup>179</sup> Mes 2011, 60.

<sup>180</sup> Miesen 2003, 714.

<sup>181</sup> Norman 2003, 482.

<sup>182</sup> Norman 2003, 482.

<sup>183</sup> Kitwood 1997, 1-2, 4, 34-37.

dat een deel van de symptomen van dementie niet veroorzaakt wordt door problemen in de hersenen, maar door een gebrek aan begrip en aan goede zorg. Dementerenden worden - dikwijls niet opzettelijk – genegeerd, gestigmatiseerd, ontkracht, vernederd e.d. En dit leidt uiteindelijk tot depersonalisatie; de dementerende wordt niet (meer) als een persoon gezien. Wat er volgens hem weer voor zorgt dat het dementieproces harder voortschrijdt. Dementie is in zijn ogen namelijk een wisselwerking tussen neurologische beschadigingen en “malignant social psychology”.<sup>184</sup>

Omgekeerd kan de sociale psychologie ook ten goede ingezet worden om de “personhood” van de dementerende te versterken. ‘Personhood’ is een centraal begrip bij Kitwood, wat hij – met behulp van de filosofie van Martin Buber - als volgt omschrijft: “It is a standing or status that is bestowed upon one human being, by others, in the context or relationship and social being. It implies recognition, respect and trust”. Uit deze definitie blijkt hoezeer hij de relatie met anderen - denk aan de zorgethiek (zie § 4.1.4)! - van belang vindt. Het zijn deze anderen die de personhood van de demente mens kunnen voeden, en wel door ze te erkennen en door met ze te samenwerken, te spelen, te vieren e.d.<sup>185</sup>

De ideeën van Tom Kitwood hebben de afgelopen decennia veel belangstelling gekregen van zorgverleners ten behoeve van de ontwikkeling van psychosociale behandelingen. De doelen van deze behandelingen zijn heel gevarieerd, maar hebben meestal de communicatie met de demente mens op het oog.<sup>186</sup>

Overigens is er ook kritiek gekomen op zijn werk. Het zou o.a. te weinig empirisch onderbouwd zijn, alsmede een te grote verantwoordelijkheid bij de verzorgenden leggen. Er wordt namelijk door Kitwood beweerd dat iemand met dementie niet in een vegetatieve toestand hoeft te komen als er goed voor hem of haar wordt gezorgd.<sup>187</sup>

In hoofdstuk 13 wordt nader ingegaan op het gedachtegoed van Tom Kitwood, omdat hij o.a. massage als vorm van positieve interactie noemt, alsook omdat hij ten aanzien van de zorg voor mensen met dementie refereert aan de zogenaamde transactionele analyse en de bijbehorende rollen van ouder, kind en volwassene.

## **8.2 Onderzoek naar het aanraken van mensen met dementie**

In 1986 voerden de Zweden Astrid Norberg, Else Melin en Kenneth Asplund een kleinschalig experimenteel onderzoek uit. Ze stimuleerden twee vrouwen met een vergevorderd stadium van de ziekte van Alzheimer via muziek, aanraken en het presenteren van voorwerpen. Zij zagen dat de vrouwen vooral op muziek reageerden en concludeerden voorzichtig dat dit een vorm van communicatie is die aanslaat bij mensen in het laatste stadium van dementie.<sup>188</sup>

Het onderzoek was één van de eerste op het terrein van psychosociale interventies ter bevordering van de communicatie met dementerenden, en in die zin te beschouwen als een mijlpaal. Dat is vermoedelijk ook de reden dat het hierover gepubliceerde artikel, ondanks dat het onderzoek nogal beperkt was, in de decennia erna veel belangstelling heeft gekregen.<sup>189</sup>

In hun experiment bestudeerden Norberg, Melin en Asplund zoals vermeld mede de effecten van aanraken. Nu, ruim 25 jaar later, staat onderzoek hiernaar echter nog steeds in de kinderschoenen.<sup>190</sup> Er zijn in de afgelopen jaren wel meer onderzoeken uitgevoerd naar het aanraken – door met name verpleegkundigen - van ouderen en van mensen met dementie, maar deze zijn nogal eens bekritiseerd omwille van de validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid.<sup>191</sup> Zo voldeden bij een literatuuronderzoek van Hansen, Jørgensen & Ørtenblad (2006) slechts 2 van de 34 gevonden studies naar de effecten van aanraken en van therapeutic touch (zie § 3.1) bij mensen met dementie aan de criteria – waaronder een controlegroep - waaraan volgens hen

<sup>184</sup> Kitwood 1997, 3-4, 46-47, 51.

<sup>185</sup> Kitwood 1997, 8, 10-12, 90-91, 119-120.

<sup>186</sup> Norman 2003, 483.

<sup>187</sup> Mes 2011, 65. Vgl. Norman 2003, 483.

<sup>188</sup> Norman 2003, 481.

<sup>189</sup> Norman 2003, 481.

<sup>190</sup> Gleeson & Timmins 2004a, 545. Vgl. Chang 2001, 821.

<sup>191</sup> Norman 2003, 484; Gleeson & Timmins 2004a, 544-545; Hansen, Jørgensen & Ørtenblad 2006, 8; Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007, 162; Hulme e.a. 2009, 757.

goed onderzoek moet voldoen. Dit betekent dat enkel die twee onderzoeken als ‘hard’ bewijs gelden dat aanraken bij deze doelgroep positief uit kan pakken. Het eerste onderzoek is van Eaton (1986), die ontdekte dat dementerenden die tijdens het eten niet alleen verbaal aangemoedigd maar ook zachtjes aangeraakt worden, meer eten dan dementerenden die alleen mondeling worden aangespoord om te eten. Het andere onderzoek (Remington 2002) laat zien dat hand-massage op de korte termijn tot minder agitatie leidt.<sup>192</sup>

Uit o.a. de literatuurstudie van Hansen, Jørgensen & Ørtenblad blijkt dat het nog niet mogelijk is om definitieve conclusies te trekken over de effecten van het aanraken van mensen met dementie. Nader onderzoek is dan ook nodig voordat het eventueel wordt geïmplementeerd in de zorg. Wel valt niet te ontkennen dat veel onderzoeken – meer of minder wetenschappelijk correct – positieve resultaten laten zien.<sup>193</sup> Bij dementerenden zouden massage en andere vormen van “tactiele stimulatie” leiden tot ondermeer verminderde agitatie, verlichting van pijn, ontspanning, kalmte en een verbeterde stemming.<sup>194</sup> Daarnaast worden het verminderen van lijden, het verbeteren van de zorgrelatie en het gaan zien van de persoon achter de dementerende als effecten genoemd, alsook verbeterde communicatie, minder depressie en meer alertheid.<sup>195</sup> Dit alles is overigens niet verbazingwekkend, aangezien eerder in de thesis bleek dat de psychomotorische therapie, het snoezelen en het zogenaamde Namaste Care Programma - methodes waarin er in mindere of meerdere mate aangeraakt wordt - doorgaans positief uitpakken voor mensen met een ernstige vorm van dementie (zie § 6.3).

Het Zweedse onderzoek waarmee deze paragraaf openende, en waarin de twee vrouwen amper reageerden op het aanraken, valt hierbij qua resultaten wel uit de toon. Hoewel uit het volgende hoofdstuk (9) zal blijken dat aanraken niet voor iedereen positief uitpakt. In dat hoofdstuk wordt nader ingezoomd op onderzoeken naar het aanraken van ouderen in zorginstellingen – dus niet enkel van dementerenden. Hierin wordt duidelijk dat je mensen alleen kunt aanraken als ze je dichtbij laten komen, en niet iedereen wil of kan dat. Daarbij kun je mensen met dementie door ze aan te raken ook ‘overstimuleren’, met alle gevolgen van dien. Tot slot is het de vraag of de positieve effecten die bij veel mensen optraden, veroorzaakt werden door het aanraken zelf, of door de grotere hoeveelheid tijd en aandacht die de bewoners erdoor kregen van de verpleegkundigen. Ook deze vraag wordt in hoofdstuk 9 uitgediept met behulp van andragoloog, theoloog en filosoof Andries Baart.

### **8.3 Besluit**

De laatste decennia is het medische paradigma van dementie meer en meer vervangen door, of op z’n minst aangevuld met een psychosociaal paradigma. Hierdoor is de persoon die aan dementie lijdt veel centraler komen te staan. De Britse psycholoog Tom Kitwood heeft in dit proces een grote rol gespeeld. Door hem beseften men dat een deel van de problemen waar dementerenden mee kampen niet veroorzaakt wordt door beschadigingen in de hersenen, maar door onbegrip en door een verkeerde manier van zorgen die de ‘personhood’ van de demente mens ondermijnt.

Deze psychosociale omwenteling heeft tot veel meer belangstelling voor het communiceren met mensen met dementie geleid, waarvan ook deze thesis getuigt. En één van de manieren waarop die communicatie verbeterd kan worden lijkt het aanraken te zijn. Uit onderzoek blijkt namelijk – hoewel het bewijs hiervoor (nog) niet overtuigend is – dat aanraken een positief effect heeft op dementerenden. Daarom is in dit hoofdstuk kort ingegaan op onderzoeken naar de effecten van het aanraken van demente mensen. In het volgende hoofdstuk krijgt dit een uitgebreid vervolg.

---

<sup>192</sup> Hansen, Jørgensen & Ørtenblad 2006, 4-7.

<sup>193</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 602.

<sup>194</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 602; Gleeson & Timmins 2004a, 544; Gleeson & Timmins 2004b, 19-20; Sörrie & Kihlgren 2007, 163-164.

<sup>195</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 601, 605-606; Hansen, Jørgensen & Ørtenblad 2006, 6; Skovdahl, Sörrie & Kihlgren 2007, 162, 164-165, 168-169.



### **DEEL III      VERKENNING**

Nadat in deel I de pijlers zijn neergezet en in deel II de context is geschetst, wordt in deel III getracht de vraagstelling van de thesis te beantwoorden, die ter herinnering hieronder nogmaals wordt weergegeven:

*Met welke manieren van aanraken kan een geestelijk verzorger zijn of haar betekenis voor iemand die lijdt aan dementie vergroten?*

Op deze vraag wordt getracht een antwoord te vinden via de volgende deelvragen:

- wat kan het betekenen voor mensen met dementie om aangeraakt te worden?
- wat kan het betekenen voor een geestelijk verzorger om aan te raken?
- welke aanrakingen passen bij het beroep van geestelijk verzorger?
- welke morele grenzen behoren door de geestelijk verzorger gerespecteerd te worden als het gaat om het aanraken van mensen met dementie?
- wanneer is het aanraken van mensen met dementie door een geestelijk verzorger in zorgethisch opzicht als goede zorg te beschouwen?

Hiertoe worden de volgende vijf – min of meer op zichzelf staande - thema's verkend:

|              |                                                                    |
|--------------|--------------------------------------------------------------------|
| Hoofdstuk 9  | Onderzoek naar het aanraken van ouderen en van mensen met dementie |
| Hoofdstuk 10 | Aanraken in het pastoraat                                          |
| Hoofdstuk 11 | De huid als verbinding en begrenzing                               |
| Hoofdstuk 12 | Lichaamsgerichte therapieën                                        |
| Hoofdstuk 13 | Dementie als 'kinds worden'                                        |

Hierbij zullen de in hoofdstuk 3 geformuleerde definitie van aanraken - aanraken is het fysieke, niet strikt noodzakelijke contact, dat niet gericht is op seksualiteit, met als doel om de ander te ontmoeten, waarbij hij of zij versterkt, ondersteund en bevestigd wordt - en de in hoofdstuk 4 besproken zorgethische kernpunten - aandacht voor het specifiek van de situatie, afhankelijkheid, kwetsbaarheid en relationaliteit - als zoeklicht fungeren.



In het vorige hoofdstuk zijn beknopt de resultaten van onderzoeken naar het aanraken van mensen met dementie weergegeven. In dit hoofdstuk wordt hier nog eens uitgebreid bij stil gestaan, waarbij ook onderzoeken naar het aanraken van ouderen in zorginstellingen worden meegenomen.

De betreffende onderzoeken – over zowel ouderen als mensen met dementie - zijn opgespoord via de database Medline, met de trefwoorden ‘touch’ en ‘dementia’. Deze zoektocht heeft plaatsgevonden in april 2012. Artikelen van 10 jaar en ouder zijn niet meegenomen, tenzij de inhoud ervan echt iets bijdroeg aan deze thesis. Dit resulteerde in negen artikelen.

In de meeste artikelen wordt er geen definitie van ‘touch’ gegeven; het is een brede term voor allerlei soorten aanrakingen.<sup>196</sup> Het aanraken in de gevonden onderzoeken varieert dan ook van klassieke massage in een aparte ruimte, tot het zachtjes aanraken tijdens een zorghandeling. En bij behoorlijk wat onderzoeken staat niet eens vermeld wat het aanraken inhield. Ondanks deze onduidelijkheid is er voor gekozen om alle studies over ‘touch’ mee te nemen in de thesis. Na de beschrijving van de belangrijkste bevindingen van die onderzoeken wordt in een aparte paragraaf gereflecteerd op de bruikbaarheid ervan voor geestelijk verzorgers. Het zal namelijk duidelijk zijn dat een geestelijk verzorger niet gaat masseren op een behandeltafel. Wel is het voor te stellen dat hij of zij zachtjes de schouders of een hand van een bewoner masseert, zoals ook – meestal door verzorgend personeel of door therapeuten – gedaan wordt in het kader van psychomotorische therapie, snoezelen en / of van het Namaste Care Programma (zie § 6.3).

Alle onderzoeken – voor een groot deel literatuurreviews - zijn gepubliceerd in verpleegkundige en / of geriatrische tijdschriften. Het waren ook bijna altijd verpleegkundigen (een enkele keer een onderzoeker) die de aanrakingen verrichtten. Dit is niet vreemd als je bedenkt dat zij met patiënten en bewoners vaak fysiek contact hebben tijdens de verzorging. Hierdoor zijn ze niet alleen gewend om mensen aan te raken, maar wordt het ook eerder geaccepteerd om de persoonlijke ruimte – wat het lichaam toch wel is – te betreden.<sup>197</sup> En dat maakt zelfs dat zij volgens Gleeson & Timmins primair degenen zijn om – naast de fysieke behoeftes zoals wassen en voeden – via het aanraken te voorzien in de emotionele, sociale en psychologische behoeftes van hun patiënten, waaronder liefde en erkenning.<sup>198</sup> De vraag is echter of ze dit beseffen aangezien ouderen vooral functioneel worden aangeraakt, zoals in hoofdstuk 6 besproken is.

Of verpleegkundigen inderdaad bij uitstek geschikt zijn om die rol te vervullen wordt hier in het midden gelaten. Wel is het duidelijk dat fysiek contact niet tot het takenpakket van de geestelijk verzorger behoort. Hierdoor kunnen de bevindingen uit de onderzoeken naar het aanraken van ouderen en dementerenden niet één op één overgenomen worden door geestelijk verzorgers.

De geraadpleegde onderzoeken worden geanalyseerd aan de hand van een aantal thema's. Als eerste (§ 9.1) worden de betekenissen van het aanraken weergegeven, voor zowel de patiënt als de zorgverlener, waarbij ook ingegaan wordt op de vraag wat aandacht met mensen doet. Dit omdat een aantal onderzoekers zich afvraagt of het positieve effect aan het aanraken zelf toegeschreven moet worden, dan wel aan de extra aandacht die de bewoners hierdoor kregen van de verpleegkundigen. Vervolgens komen de lichaamsdelen die de verpleegkundigen aanraken aan de orde (§ 9.2), alsook de (ethische) voorwaarden waaraan voor het aanraken voldaan moet worden (§ 9.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanwijzingen voor een geestelijk verzorger; wat kan hij of zij leren van de onderzoeken betreffende het aanraken in het pastoraat (§ 9.4)?

## **9.1      De betekenissen van aanraken**

Het aanraken doet iets met de bewoner of patiënt (§ 9.1.1), maar ook met de zorgverlener (§ 9.1.2). Bij mensen met dementie kan het aanraken daarbij ook voor de noodzakelijke stimulatie zorgen om de cognitieve achteruitgang te beperken, mits er sprake is van de juiste dosering (§

<sup>196</sup> Gleeson & Timmins 2004a, 544-545; Gleeson & Timmins 2004b, 19.

<sup>197</sup> Chang 2001, 820-821; Gleeson & Timmins 2004a, 542.

<sup>198</sup> Gleeson & Timmins 2004a, 542; Gleeson & Timmins 2004b, 19.

9.1.3). In de laatste subparagraaf (§ 9.1.4) wordt de vraag gesteld of het niet de aandacht is – in plaats van of naast het aanraken – dat de mensen goed doet.

#### 9.1.1 De mogelijke betekenissen voor de oudere patiënt

Een veel aangehaald artikel over aanraken is 'The conceptual structure of physical touch in caring' van Sung OK Chang (2001). Hierin geeft hij – de titel zegt het al – een conceptueel raamwerk van het aanraken in de zorg, op basis van literatuuronderzoek en van diepte-interviews met zorgverleners. Zodoende rafelt hij het aanraken uiteen in vijf dimensies, welke gerelateerd zijn aan het bevorderen van (1) het fysieke, (2) het emotionele en (3) het “mind-body” welzijn, alsmede aan (4) spiritualiteit en aan (5) het vervullen van een bepaalde sociale rol.<sup>199</sup> Deze dimensies – die niet altijd strikt van elkaar te scheiden zijn - worden in deze thesis opgevat als lagen van betekenis.

De dimensies van Chang worden achtereenvolgens besproken en waar mogelijk aangevuld met bevindingen uit andere onderzoeken. Overigens merkt Chang voorafgaand aan de beschrijving van de dimensies op – en later herhaalt hij het nog enkele malen – dat de betekenis van het aanraken afhankelijk is van de eigen interpretatiekaders van de participanten.<sup>200</sup> Hiermee maakt hij duidelijk dat de betekenissen van het aanraken niet veralgemeniseerd mogen worden. Dit wordt bevestigd door diverse andere onderzoekers.<sup>201</sup> De vijf dimensies – die de positieve effecten van aanraken belichten - worden zo enigszins gerelativeerd; iedereen reageert er anders op! Wat weer heel erg aansluit bij het zorgethische gedachtegoed (zie § 4.1.1), waarin gefocust wordt op wat goed is voor deze patiënt.

##### *Bevorderen van fysiek comfort*

Chang heeft in de literatuur gevonden dat aanraken bevorderlijk is voor de bloedsomloop, het lymfesysteem en het zenuwstelsel. Uit zijn eigen veldonderzoek komt ook nog het verminderen van pijn naar voren.<sup>202</sup> In de studie van Skovdahl, Sörlië & Kihlgren (2007) worden daarnaast het vrijkomen van endorfines, het verbeteren van het immuunsysteem, kalmte en ontspanning genoemd, alsmede betere communicatie, concentratie en alertheid. Dit laatste sluit aan bij onderzoek van Hansen, Jørgensen & Ørtenblad (2006) naar massage en aanraken bij mensen met dementie. Hieruit blijkt namelijk dat – bij bepaalde dementerenden - de cognitieve achteruitgang enigszins een halt toe geroepen kan worden door aanraken, wat nog aan de orde komt (§ 9.1.3).<sup>203</sup>

##### *Bevorderen van emotioneel comfort*

Het aanraken van de oudere bewoner heeft gevolgen voor zowel het welbevinden als voor de zorgrelatie. Wat betreft het welbevinden schrijft Chang enkel dat gevoelens van agitatie afnemen.<sup>204</sup> In de andere onderzoeken is de lijst van positieve emotionele effecten veel langer; de patiënt geniet, wordt bevestigd, gerustgesteld, getroost, ontspannen, rustig e.d., en krijgt (zelf)vertrouwen, waardering en gevoelens van warmte en van veiligheid.<sup>205</sup>

Dat de zorgrelatie als gevolg van dit alles een impuls krijgt is niet raar; het aanraken bevordert aldus Chang de affectieve band tussen de zorgverlener en de zorgontvanger. En hierdoor kan de zorgverlener de situatie van de laatstgenoemde beter aanvoelen en meer empathie tonen. Één

---

<sup>199</sup> Chang 2001, 823.

<sup>200</sup> Chang 2001, 822, 824, 826.

<sup>201</sup> Gleeson & Timmins 2004b, 19; Skovdahl, Sörlië & Kihlgren 2007, 168.

<sup>202</sup> Chang 2001, 821, 823. Vgl. Skovdahl, Sörlië & Kihlgren 2007, 163.

<sup>203</sup> Hansen, Jørgensen & Ørtenblad 2006, 2-3, 6; Skovdahl, Sörlië & Kihlgren 2007, 163-164.

<sup>204</sup> Chang 2001, 823. Vgl. Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 602; Gleeson & Timmins 2004a, 544; Gleeson & Timmins 2004b, 19-20; Hansen, Jørgensen & Ørtenblad 2006, 2; Skovdahl, Sörlië & Kihlgren 2007, 163.

<sup>205</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 602, 605; Gleeson & Timmins 2004a, 542-544; Gleeson & Timmins 2004b, 19-20; Hansen, Jørgensen & Ørtenblad 2006, 2-3, 6-8; Skovdahl, Sörlië & Kihlgren 2007, 162-169.

van de door Chang geïnterviewde verpleegkundigen zegt in dit kader heel mooi dat de patiënt ervaart “(...) that there is someone who is willing to be with him in his suffering”.<sup>206</sup> In drie andere onderzoeken wordt het verbeteren van de zorgrelatie – en relationaliteit is één van de kernpunten van de zorgethiek (zie § 4.1.4)! – eveneens genoemd.<sup>207</sup> Volgens Edvardsson, Sandman & Rasmussen (2003), die de betekenissen van het aanraken van oudere patiënten onderzocht hebben vanuit het perspectief van de verpleegkundige, komt die verbetering doordat de professionals anders tegen die patiënten aan gingen kijken. Het aanraken zorgde ervoor dat ouderen en dementerenden meer als personen gezien werden. De verpleegkundigen beseften dat zij, net zoals zichzelf, mensen zijn. Het versterkte de band tussen zorgverlener en -ontvanger.<sup>208</sup> Een laatste aspect dat de zorgrelatie ten goede komt is de communicatie. Hansen, Jørgensen & Ørtenblad (2006) zijn op studies gestuit waarin men massage ziet “(...) as a way to ‘stay in touch’ and retain a sense of meaningful, reassuring communication even when words begin to fail”.<sup>209</sup> Skovdahl, Sörlie & Kihlgren (2007) concluderen iets vergelijkbaars. Na een door hen uitgevoerd experiment met tactiele stimulatie – het zachtjes aaien van de huid – bij mensen met dementie schrijven ze dat dit een waardevolle manier van non-verbale communicatie is.<sup>210</sup>

### *Bevorderen van het “mind-body comfort”*

De hierboven uitgewerkte fysieke en emotionele dimensies van het aanraken werden door de door Chang geïnterviewde zorgverleners als het belangrijkste gezien. Velen maakten echter geen strikt onderscheid tussen het fysieke en het emotionele; lichaam en geest hangen nauw met elkaar samen. En in dit verband zagen ze het aanraken als een manier om te bemiddelen tussen lichaam en geest, om de vermogens van de patiënt te versterken om zelf te leren omgaan met aandoeningen en ziekten.<sup>211</sup>

Het aanraken kan dus volgens deze zorgverleners helpen om het ouder wordende en disfunctionerende lichaam te accepteren, wat eveneens - in een ander onderzoek - door Van Manen (1998) wordt onderschreven.<sup>212</sup>

### *Spiritualiteit*

Chang benoemt als enige expliciet de spirituele dimensie – hét terrein van de geestelijk verzorger - van aanraken. Hij komt het tegen in zowel de literatuur als bij de zorgverleners die hij naar de betekenissen van het aanraken gevraagd heeft. Uit de literatuur blijkt dat aanraken door de geschiedenis heen een element is in allerlei religieuze rituelen. In de oudheid geloofde men dat men kon genezen door de koning of door heilige figuren aan te raken, en deze traditie is voortgezet in het christendom en in andere religies. Aanraken heeft hier dus een helende functie en deze functie zag Chang min of meer terug bij gelovige respondenten. Zo vertelde een verpleegkundige: “I often touch patients in critical situations with a wish that the God’s love in me may be conveyed in my patients.”<sup>213</sup>

In meer spirituele zin – dus niet persé vanuit een godsdienstig perspectief – wordt het aanraken gezien als een modus van verbondenheid tussen twee zielen.<sup>214</sup>

### *Het vervullen van een bepaalde sociale rol*

De hierboven vermelde vier dimensies zijn afkomstig uit de literatuur en bevestigd door de bij Changs onderzoek betrokken zorgverleners.<sup>215</sup> Deze laatste dimensie is door hem zelf toegevoegd, op basis van de antwoorden van die respondenten.

<sup>206</sup> Chang 2001, 821, 823.

<sup>207</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 602, 605-606; Gleeson & Timmins 2004b, 18; Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007, 165, 169.

<sup>208</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 601, 605-606.

<sup>209</sup> Hansen, Jørgensen & Ørtenblad 2006, 2.

<sup>210</sup> Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007, 162, 169.

<sup>211</sup> Chang 2001, 823.

<sup>212</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 607.

<sup>213</sup> Chang 2001, 822-823. Vgl. Reedijk-Boersma 1979, 53.

<sup>214</sup> Chang 2001, 822.

<sup>215</sup> Chang 2001, 822.

Met het vervullen van een bepaalde sociale rol bedoelt Chang dat het aanraken moet passen bij de functie. Het aanraken heeft een sterk intentionele en gedragsmatige component in zich, en is omgeven met verwachtingen over en weer. Zo wordt van de zorgverlener verwacht dat hij of zij wil helpen en tegemoet wil komen aan de noden en de behoeftes van de patiënt. De patiënt op zijn (of haar) beurt erkent – door zich te laten aanraken – als het ware dat hij ziek en hulpbehoevend is; hij stapt in de rol van patiënt, dan wel versterkt deze.<sup>216</sup> Hiermee stipt Chang – ook als enige – het zorgethische thema ‘afhankelijkheid’ aan (zie § 4.1.2).

Volgens Chang is een dergelijk raamwerk van verwachtingen belangrijk om misverstanden te voorkomen.<sup>217</sup> De vraag die hierbij rijst is of patiënten en bewoners het wel verwachten om anders dan taakgericht aangeraakt te worden. De al eerder aangehaalde Skovdahl, Sörlie & Kihlgren (2007) merkten bijvoorbeeld dat de dementerenden die tactiel gestimuleerd werden, dit in eerste instantie maar verdacht vonden en / of de bedoeling ervan niet begrepen. Alle vijf de deelnemers hadden twee sessies nodig om zich volledig te kunnen ontspannen. Mede op basis hiervan concludeerden de onderzoekers dat aanraken makkelijker geaccepteerd wordt als het noodzakelijk is voor het uitvoeren van verpleegkundige handelingen.<sup>218</sup>

Terwijl Chang de rol van de zorgverlener benadrukt, signaleren Edvardsson, Sandman & Rasmussen (2003) dat het aanraken het tegenovergestelde teweeg kan brengen; de zorgverleners gingen de ander minder als zieke, maar meer als mens en als gelijke zien. Met als gevolg dat zij zelf min of meer uit die rol van professional stapten:

I don't feel like a member of staff anymore and I don't see this person as dependent on me either. When you give tactile massage. You're in a way equal... I'm not part of the staff, but there's a closeness, which is equal for both of us.<sup>219</sup>

Overigens is dit niet tegenstrijdig aan wat Chang schrijft over de sociale rol van de zorgverleners; ook al voelen ze zich tijdens het aanraken minder professional en meer gelijkwaardig, aan de verwachtingen dat zij willen helpen en willen voorzien in de noden van de ander doet dit niets af.

Changs dimensie van de sociale rol doet tenslotte de vraag opkomen wat voor invloed de beroepscontext heeft op de interpretatie van het aanraken door (dementerende) ouderen. Het is aannemelijk dat een geestelijk verzorger – in vergelijking tot andere zorgverleners – de spirituele dimensie meer benadrukt, dan wel dat deze dimensie voor de bewoner meer mee doet vanwege de verwachtingen die hij of zij mogelijk van de geestelijk verzorger heeft.

### 9.1.2 De mogelijke betekenissen voor de verpleegkundige

Wat het voor een verpleegkundige betekent om aan te raken is voor een deel al duidelijk geworden omdat er overeenkomsten zijn met de betekenissen voor de patiënt en bewoner; zo verbeteren de communicatie en de affectieve band met, alsmede het beeld van degene die verzorgd wordt. Dit komt de zorgrelatie en daarmee ook de verpleegkundige ten goede.

Changs onderzoek is niet gefocust op de impact van het aanraken op zorgverleners. Hij geeft enkel aan dat de betekenis ervan afhangt van het referentiekader en van de verwachtingen van de deelnemers, welke voor wat betreft de professionals gevormd zijn door opleiding en ervaring.<sup>220</sup> Daarnaast schrijft hij dat het aanraken vanuit het perspectief van de zorgverlener een “proces” is dat geleidelijk ontstaat, met het oog op het bevorderen van de psychosomatische toestand van de patiënt.<sup>221</sup>

---

<sup>216</sup> Chang 2001, 824-826.

<sup>217</sup> Chang 2001, 826. Vgl. Meul 1999, 69.

<sup>218</sup> Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007, 165, 168.

<sup>219</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 602, 605-606.

<sup>220</sup> Chang 2001, 822, 824, 826. Vgl. Gleeson & Timmins 2004b, 19.

<sup>221</sup> Chang 2001, 824.

Een onderzoek dat wel heel bewust het perspectief van de professional centraal zet is dat van de Zweden Edvardsson, Sandman & Rasmussen (2003). Zij hebben twaalf zorgverleners (voornamelijk verpleegkundigen) geïnterviewd om de betekenis te achterhalen van het aanraken van oudere patiënten, waaronder mensen met dementie. Die interviews zijn vervolgens op fenomenologisch-hermeneutische wijze geanalyseerd. De resultaten hiervan laten zien dat het aanraken van ouderen een “transformerende ervaring” is, waarbij het transformerende op meerdere aspecten slaat. De voornaamste transformatie is dat de zorgverlener zichzelf gaat zien “as both a valuable person and professional who no longer powerlessly confronts patients’ haunted and disrupted bodies, but who, by means of touch, has gained power to ease this suffering”. Men voelt met andere woorden de kracht om het lijden te verzachten en dit ervaren ze niet alleen als heel positief voor de patiënt, maar ook voor zichzelf; het geeft voldoening daadwerkelijk iets te kunnen dóen en zo verschil te kunnen maken. De zorgverleners zagen het aanraken als een “tool” dat ze zélf konden inzetten om de situatie van de patiënt te verbeteren, zonder daarbij superieuren te hoeven vragen om medicijnen of advies. Ze stonden echt versteld van wat ze met hun handen en met aanrakingen teweeg brachten. Daarbij werden ze van het aanraken zelf ook kalmer en rustiger.<sup>222</sup>

De tweede transformatie is die van patiënt naar mens, wat we al zagen bij de emotionele dimensie van aanraken. De zorgverlener zag door het aanraken meer de persoon achter de oudere en dementerende. Wat er weer voor zorgde dat de zorgrelatie verbeterde.<sup>223</sup>

De derde en laatste transformatie is dat de zorgverlener tijdens het aanraken niet alleen dingen *doet* voor de patiënt, maar er ook meer *is* voor hem of haar. Hierdoor ontstaat er – in de termen van Buber – een “ik-jij relatie” in plaats van een “ik-het relatie”. Met behulp van de filosofie van Gabriël Marcel (zie § 6.1) maken Edvardsson, Sandman & Rasmussen vervolgens duidelijk dat het lichaam door de zorgverlener niet als een instrument of object gezien wordt, maar dat ze de oudere en zieke juist via het aanraken helpen om hun oudere en falende lichaam te accepteren, wat reeds in het onderzoek van Chang naar voren kwam bij de mind-body dimensie.<sup>224</sup>

Edvardsson, Sandman & Rasmussen schrijven tot slot ook nog dat de zorgverleners “the tool of touch” vooral gebruikten als ze signalen zagen van pijn, angst en verdriet, oftewel van lijden en van nood.<sup>225</sup> Dit komt eveneens naar voren in ander onderzoek; de door de Finnen Routasalo & Isola (1996) geïnterviewde verpleegkundigen benadrukken dat ze aanraken als een vorm van communicatie beschouwen voor mensen die onrustig zijn. Daarnaast raken ze mensen aan die zich niet meer verbaal kunnen uitdrukken.<sup>226</sup> Zorgethisch gezien hebben ze dus duidelijk oog voor de kwetsbaarheid (zie § 4.1.3) van de patiënten; ze worden niet alleen gelaten in hun lijden!

In dit kader is overigens ook nog de melding van Gleeson en Timmins (2004) interessant dat diverse studies uitwijzen dat vrouwelijke verpleegkundigen meer aanraken dan mannelijke, dat vrouwelijke patiënten meer aangeraakt worden dan mannelijke, en dat aanraken meer als gewoon ervaren wordt als de zorgverlener en -vrager van hetzelfde geslacht zijn. Dit laatste zou trouwens volgens een andere studie niet gelden voor oudere mannelijke patiënten; sommigen zouden het associëren met homoseksualiteit. En volgens weer een andere studie speelt het geslacht een ondergeschikte rol bij het inzetten van “the tool of touch”. De invloed van het geslacht op het aanraken blijkt al met al niet geheel duidelijk te zijn.<sup>227</sup>

Hetzelfde geldt voor de invloed van leeftijd. Aanraken door oudere verpleegkundigen zou makkelijker geaccepteerd worden door patiënten, hoewel andere onderzoekers daar geen significant bewijs voor gevonden hebben.<sup>228</sup>

In ieder geval is wel duidelijk dat de culturele achtergrond een rol speelt bij het aanraken; in de ene cultuur zijn ze meer fysiek ingesteld dan in de andere, waarover meer in hoofdstuk 11.<sup>229</sup>

---

<sup>222</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 601, 603-606.

<sup>223</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 601, 605-606.

<sup>224</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 606-607.

<sup>225</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 604.

<sup>226</sup> Gleeson & Timmins 2004a, 543.

<sup>227</sup> Gleeson & Timmins 2004b, 19. Vgl. Davis 1993, 71; Skovdahl, Sörlië & Kihlgren 2007, 168.

<sup>228</sup> Gleeson & Timmins 2004b, 19.

<sup>229</sup> Gleeson & Timmins 2004b, 19.

### 9.1.3 Dementie

In het eerste hoofdstuk van deze thesis (zie § 1.1) zijn de fasen van dementie – het bedreigde, verdwaalde, verborgen en verzonken ik – uiteen gezet. Hieruit is op te maken dat dementerenden cognitief steeds verder achteruitgaan en in zichzelf gekeerd raken. In het vorige hoofdstuk (zie § 8.1.1) is te lezen dat dit proces vertraagd kan worden door de wijze waarop met hen omgegaan wordt, aldus Tom Kitwood. Als gevolg hiervan zijn er vele psychosociale behandelingen ontwikkeld, waaronder allerlei vormen van aanraken.

Uit literatuuronderzoek van Hansen, Jørgensen & Ørtenblad (2006) blijkt dat er een brede consensus is over de korte en de lange termijn effecten van massage en aanraken bij mensen met dementie. Op korte termijn behelzen die het gedrag, de stemming en het welbevinden, wat eerder in dit hoofdstuk (alsook in § 8.2) uitgebreid aan de orde is gekomen. Op de langere termijn kan de cognitieve achteruitgang enigszins een halt toe geroepen worden, mits deze achteruitgang (minstens gedeeltelijk) veroorzaakt wordt door gebrek aan stimulatie. Dit laatste wordt wel met de nodige voorzichtigheid beweerd, maar komt overeen met de bevindingen van Kitwood.<sup>230</sup>

Wat betreft de stimulatie van mensen met dementie, merken Norberg, Melin & Asplund (1986) op dat je ze niet alleen kunt ‘onderstimuleren’, maar ook kunt ‘overstimuleren’, wat in beide gevallen ongezonder is. Om dit te verduidelijken schrijven ze dat alle mensen psychologisch gezien de behoefte hebben aan een territorium, oftewel aan een ruimte waar ze zichzelf kunnen zijn en de controle hebben. Wanneer anderen inbreuk maken op dit persoonlijke territorium treedt er een verdedigingsmechanisme in werking; het lichaam maakt zich klaar om te vechten, dan wel te vluchten.<sup>231</sup>

Bij mensen waar de dementie al vergevorderd is, is het persoonlijke territorium vaak niet veel groter dan het eigen bed. Dit territorium wordt als het ware binnengedrongen door verpleegkundigen die de nodige zorg komen geven. Of door omgevingslawaaï zoals schreeuwende patiënten. Een bewoner kan dit als bedreigend ervaren. Hij of zij heeft echter niet meer de mogelijkheid om fysiek te vluchten. De enige optie die over blijft is om psychologisch op de vlucht te slaan, wat er op neer komt dat mensen zich terugtrekken in zichzelf en apathisch worden; ze sluiten zich af van hun omgeving.<sup>232</sup>

Het is de kunst om de juiste stimuli (en de juiste dosering) te vinden, die de zorgverlener op het spoor kan komen door goed te kijken naar de persoon met dementie. Hij of zij geeft namelijk vaak subtiele aanwijzingen hiervoor. Norman, Melin & Asplund halen een studie aan waarin men de suggestie doet dat stimuli die de bewoner vanaf de kindertijd kent waarschijnlijk goed aanslaan, vanwege het feit dat herinneringen aan deze periode het langste intact blijven. Ze zetten hier zelf echter vraagtekens bij omdat de cognitie al zo ver beschadigd kan zijn dat de dementerende alleen nog maar kan reageren op stimuli die inspelen op de emotie, zoals aanraken en muziek.<sup>233</sup> Bij deze opmerking zijn echter ook weer vraagtekens te zetten omdat hieruit blijkt dat ze aanraken niet associëren met kinderen, terwijl we juist met hen contact maken door ze aan te raken (zie § 1.3).

Specifiek over het aanraken citeren ze tenslotte Barnett (1972), die het aanraken ziet als “the earliest and most elementary medium of human communication (...)”, omdat mensen met ernstige hersenbeschadigingen regelmatig nog wel - en enkel - reageren op aanrakingen.<sup>234</sup>

Uit o.a. het onderzoek van Norberg, Melin & Asplund is al met al af te leiden dat aanraken mogelijk een prikkel is waarop dementerenden goed reageren en die een onnodig snelle achteruitgang voorkomt. Tegelijkertijd kan het juist slecht uitpakken als mensen zich erdoor bedreigd voelen doordat deze prikkel niet bij hen past, dan wel niet goed gedoseerd is.

<sup>230</sup> Hansen, Jørgensen & Ørtenblad 2006, 2-3.

<sup>231</sup> Norberg, Melin & Asplund 1986, 316.

<sup>232</sup> Norberg, Melin & Asplund 1986, 316.

<sup>233</sup> Norberg, Melin & Asplund 1986, 316.

<sup>234</sup> Norberg, Melin & Asplund 1986, 316.

#### 9.1.4 Aandacht

De onderzoekers Skovdahl, Sörlie & Kihlgren (2007) vragen zich af in hoeverre de positieve effecten van het aanraken veroorzaakt worden door het aanraken zelf, danwel door de grotere hoeveelheid tijd en aandacht die de bewoners erdoor kregen van de verpleegkundigen. Ten behoeve van het door hen uitgevoerde onderzoek kregen ze namelijk minstens wekelijks een tactiele massage – het zachtjes aaien van de huid - die gemiddeld 45 minuten duurde. Ze gaan niet dieper op deze vraag in, maar concluderen dat de combinatie van tijd, aandacht en tactiele stimulatie een goed ‘instrument’ is voor de verpleegkundige.<sup>235</sup>

Met behulp van Andries Baart wordt de vraag naar de effecten van aandacht hier wel wat nader verkend. Zonder daarmee overigens tot een sluitend antwoord te komen; aan het onderwerp ‘aandacht’ kan een afzonderlijke thesis besteed worden.

Andries Baart is de ‘geestelijk vader’ van de zogenaamde theorie van de presentie, waarover meer in hoofdstuk 10. Nu wordt ingegaan op zijn essay ‘Aandacht; etudes in presentie’ (2005), waarin hij verslag doet van zijn zoektocht naar de betekenis van aandacht. Zo heeft hij o.a. functies van positieve aandacht beschreven, die hieronder kort worden samengevat. Er staat overigens bewust ‘positieve’, omdat aandacht volgens Baart ook “rottend” kan zijn. Denk bijvoorbeeld aan zorgverleners die aandacht geven omwille van de bevrediging van hun eigen behoeftes.<sup>236</sup> Positieve aandacht doet het volgende:<sup>237</sup>

- Zoekt het goede → De zorgverlener moet er achter zien te komen wat er aan de hand is (diagnose) en wat er aan gedaan kan worden. Baart zegt het zo: “wat zou in deze situatie een goed voor *deze* zorgontvanger kunnen zijn (...)?”
- Maakt voorzichtig → Afstemmen op een ander dient behoedzaam (en voortdurend) te gebeuren.
- Maakt persoonlijk → De aandacht hoort persoonlijk te zijn. Hiermee bedoelt Baart dat je je laat raken door (de situatie van) de ander, in plaats van veilig op een afstand te blijven.
- Maakt inschrijfbaar → Je niet strikt vasthouden aan je beroepsrol, maar je afvragen: “*wie kan ik voor jou zijn*, al ben ik natuurlijk pastor, psychiater of verpleegkundige?” Dit gaat verder dan de vraag: “*wat kan ik voor je doen?*”
- Maakt aanspreekbaar → Oprecht een relatie met de ander aangaan.
- Nadert en sluit in → De ander opzoeken, waarbij deze ander gezien en geaccepteerd (ingesloten) wordt zoals hij of zij is.
- Doet een mens tevoorschijn komen → Doordat de ander erkend wordt en het gevoel krijgt in tel te zijn, krijgt hij of zij de ruimte om zichzelf te zijn. Baart schrijft dat erkenning zeer belangrijk is en als een “scheppingsdaad” is aan te merken: “het roept iemand te voorschijn”.
- Doet leven → Aandacht geeft een gevoel van geborgenheid en is als het ware “een bel waarin wij leven kunnen”; het maakt je mens.
- Ziet potenties → Voorbij de ziekte, de verslaving en het gebrek kijken naar de mens die er achter zit en naar zijn of haar mogelijkheden.
- Troost → Groot lijden omvat pijn en verdriet omdat er iets verloren is gegaan (een leven, gezondheid e.d.). De kern van het lijden is echter, aldus Baart, eenzaamheid. Door het lijden word je teruggeworpen op jezelf, maar daar is het – in zijn woorden – “niet te harden”. Bij anderen echter ook niet, omdat het lijden zo groot is dat álles en iedereen pijn doet. Wat rest is eenzaamheid en “diepe verlatenheid”. Aandacht nu troost omdat het die de eenzaamheid en verlatenheid doorbreekt. Aan de pijn en het verdriet kan de trooster weinig veranderen, maar hij of zij kan wel geborgenheid geven en de ander in relatie “trekken”.

Wanneer nu deze functies van aandacht vergeleken worden met de mogelijke betekenissen van aanraken die uit de in dit hoofdstuk behandelde artikelen naar voren zijn gekomen, dan zijn er onmiskenbaar overeenkomsten. De meest in het oog springende zijn het troosten, het bevestigen, het communiceren, het aanvoelen van wat er bij de ander speelt, het niet alleen laten in het

<sup>235</sup> Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007, 168.

<sup>236</sup> Baart 2005, 85, 87-88.

<sup>237</sup> Baart 2005, 47-84.

lijden en het in relatie gaan staan. Daarnaast haalt het aanraken eveneens de ander tevoorschijn, in die zin dat de zorgverlener de mens achter de oudere en / of dementerende gaat zien. Verder gaat men door mensen met dementie aan te raken op zoek naar wat er nog wél mogelijk is aan contact en communicatie, en focust men niet op wat verloren is gegaan.

Dát aanraken en aandacht vergelijkbare effecten kunnen hebben is overigens niet vreemd, teruggaande op wat aanraken volgens haptonoom Bob Boot is. Hij schrijft namelijk (zie § 3.3) dat een aanraking pas goed te noemen is als ze gericht is op ontmoeting en als de ander uitgenodigd wordt om zich te openen. Verder gebruikt hij termen als ‘betrokkenheid’, ‘aandacht’, ‘wederkerigheid’ en ‘bevestiging’ om een goede van een slechte aanraking te onderscheiden.

De – voorzichtige – conclusie is dan ook dat aanraken altijd aandachtig moet gebeuren, en dat de effecten van aanraken minstens gedeeltelijk veroorzaakt lijken te worden door deze aandacht.

## **9.2 De lichaamsdelen die aangeraakt worden door verpleegkundigen**

Wanneer er sprake is van non-necessary touch (zie § 3.1), dan raken verpleegkundigen meestal de handen aan. Ook aaien ze bewoners, en tikken hem of haar zachtjes aan. De armen, schouders, haren en het voorhoofd worden eveneens vaak gestreeld. De oren, hals en de genitaliën raakt men het minste of helemaal niet aan.<sup>238</sup>

Bij de onderzoeken waar systematisch werd aangeraakt, werd een groot deel van het lichaam gestimuleerd. Norberg, Melin en Asplund, die als één van de eersten onderzoek deden naar het aanraken van dementerenden (zie § 8.2), noemen de volgende lichaamsdelen: voorhoofd, wangen, oren, nek, schouders, rug, onderarmen, voeten en onderbenen.<sup>239</sup> Vanuit andere onderzoeken kunnen daar de (boven)armen en handen aan toegevoegd worden.<sup>240</sup>

Skovdahl, Sörlië & Kihlgren (2007) geven aan dat het hele lichaam – m.u.v. de genitaliën - aangeraakt kan worden, maar dat de tactiele stimulatie ook beperkt kan worden tot handen, voeten en benen. Zodoende hoeft de bewoner zich niet te veel te ontbloten, wat van belang is omdat hij of zij zich comfortabel moet voelen. Ze benadrukken dat warmte en waardigheid belangrijk zijn.<sup>241</sup>

## **9.3 De (ethische) voorwaarden van het aanraken**

In vrijwel alle onderzoeken worden voorwaarden beschreven voor het aanraken door verpleegkundigen, al wordt dat dikwijls niet expliciet zo genoemd. Omwille van de overzichtelijkheid zijn ze gerangschikt onder een drietal thema's, die nauw met elkaar samenhangen: 1) de relatie, 2) de houding, intentie en sfeer, en 3) de instemming van de bewoner.

### *Relatie*

Het aanraken behoort plaats te vinden binnen de context van een relatie.<sup>242</sup> Aanraken impliceert namelijk een bepaalde “closeness” en intimiteit, alsook vertrouwen, aldus Edvardsson, Sandman & Rasmussen (2003), en het kost tijd om dit te bereiken. Daarbij en daardoor mag je er als zorgverlener niet zomaar vanuit gaan dat de ander het aanraken op prijs stelt; niet iedereen wil iemand zo dichtbij laten komen. Sensitiviteit en respect zijn zeer belangrijk. Tenslotte schrijven Edvardsson e.a. dat het de relatie is die het moment van aanraken “transcendeert”, dus als het ware op een hoger plan tilt.<sup>243</sup>

---

<sup>238</sup> Gleeson & Timmins 2004a, 542-543; Gleeson & Timmins 2004b, 19.

<sup>239</sup> Norberg, Melin & Asplund 1986, 318.

<sup>240</sup> Hansen, Jørgensen & Ørtenblad 2006, 3.

<sup>241</sup> Skovdahl, Sörlië & Kihlgren 2007, 163.

<sup>242</sup> o.a. Chang 2001, 822, 824; Skovdahl, Sörlië & Kihlgren 2007, 169.

<sup>243</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 605-608.

Skovdahl, Sörlie & Kihlgren (2007) geven aan dat tactiele stimulatie met zorg en respect toegepast dient te worden omdat anders het gevaar bestaat dat het een techniek wordt. Daarnaast is het van belang dat de zorgvrager zich comfortabel voelt. Een sfeer van warmte en waardigheid is dan ook essentieel, wat al eerder aan bod is gekomen (zie § 9.2). Ook heeft de bewoner “a feeling of internal control” nodig.<sup>244</sup>

Edvardsson, Sandman & Rasmussen (2003) schrijven iets wat hierbij aansluit. Ter voorbereiding op de sessie van tactiele massage moesten de verpleegkundigen figuurlijk een ‘zeepbel’ creëren, om los te komen van de dagelijkse routines en procedures. Tijdens het aanraken focussten ze zich volledig op de bewoner en op het hier-en-nu. De massage zelf vond plaats in een rustige, afgezonderde ruimte, waar de bewoner de onverdeelde aandacht kreeg.<sup>245</sup>

Chang (2001) benadrukt dat de zorgverlener de intentie moet hebben om te willen helpen. De behoefte van de zorgverlener voorop behoort te staan (zie § 9.1.1).<sup>246</sup>

### *Instemming*

Eerder (zie § 9.1.3) werd duidelijk dat alle mensen – dus ook dementerenden – een eigen persoonlijke ruimte hebben. Door het aanraken treedt de zorgverlener die ruimte binnen. Het is dan ook een intieme actie en vandaar dat zowel Chang (2001) als Skovdahl, Sörlie & Kihlgren (2007) wijzen op de rechten van integriteit en onschendbaarheid.<sup>247</sup> Concreet betekent dit dat voor het aanraken toestemming nodig is van de patiënt. Bij mensen met dementie is dit echter problematisch omdat ze niet meer als wilsbekwaam worden beschouwd en omdat ze verbaal steeds minder goed hun wensen kunnen uitdrukken.<sup>248</sup> En men mag er niet zomaar van uitgaan dat iedereen het aanraken fijn vindt; onderzoek wijst uit dat er individuele verschillen zijn in hoe dit ervaren wordt. De zorgverleners moeten er derhalve goed op letten of de bewoners het aanraken echt vrijwillig ondergaan. Hiervoor is het weer nodig dat ze sensitief, oplettend en respectvol te werk gaan. Bij signalen dat de bewoner het niet prettig vindt behoort men direct te stoppen.<sup>249</sup>

Skovdahl, Sörlie & Kihlgren (2007) hebben overigens als enigen aandacht voor de gevoelens van de verpleegkundigen zelf omtrent het aanraken van ouderen. Beide partijen zijn kwetsbaar!<sup>250</sup> Dit is vanuit zorgethisch perspectief een belangrijk gegeven. Zorgen is een wisselwerking tussen zorgontvanger en –gever. Daarom is het noodzakelijk dat de laatstgenoemde óók afstemt op zichzelf en aandacht heeft voor hoe hij of zij de – soms schrijnende - zorgsituatie beleeft.<sup>251</sup> Dat geldt eveneens voor geestelijk verzorgers, omdat zij er juist bijgeroepen worden als er is sprake van groot leed.

## **9.4 Aanwijzingen voor een geestelijk verzorger**

Aanraken door verpleegkundigen wordt eerder geaccepteerd als het noodzakelijk is, concluderen Skovdahl, Sörlie & Kihlgren voorzichtig (zie § 9.1.1). Wanneer aanraken in strikte zin onnodig is wordt het al lastiger. Vermoedelijk helemaal voor een geestelijk verzorger, bij wie aanrakingen buiten het officiële takenpakket vallen. Het zit niet – in de woorden van Chang – in de sociale rol van een geestelijk verzorger ingebakken (m.u.v. de handoplegging bij rituelen). Het systematische aanraken, zoals tactiele stimulatie en massage in een aparte ruimte, waarbij grote delen van het lichaam gestimuleerd worden, lijkt dan ook niet van toepassing voor deze beroepsgroep. Voor het spontane aanraken ligt dat waarschijnlijk anders. ‘Zomaar’ de hand vasthouden of iemand vastpakken is immers niet ongebruikelijk in de pastorale ontmoeting, wat ook

<sup>244</sup> Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007, 162, 169.

<sup>245</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 604. Vgl. Hansen, Jørgensen & Ørtenblad 2006, 3.

<sup>246</sup> Chang 2001, 823-824.

<sup>247</sup> Chang 2001, 822; Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007, 168.

<sup>248</sup> Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007, 168.

<sup>249</sup> Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2003, 605, 608; Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007, 168. Vgl. Chang 2001, 822.

<sup>250</sup> Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007, 169. Vgl. Van Heijst 2005, 304.

<sup>251</sup> Van Heijst 2005, 66, 75, 304.

Liégeois schreef (zie § 3.2). Ook is het voorstelbaar, zoals vermeld in de inleiding van dit hoofdstuk, dat een geestelijk verzorger zachtjes de schouders of een hand masseert.

Er zijn geen onderzoeken bekend van het aanraken van mensen (met dementie) door geestelijk verzorgers. Wat het voor dementerenden betekent om aangeraakt te worden kan wel afgeleid worden uit de in dit hoofdstuk beschreven artikelen over onderzoeken naar het aanraken door verpleegkundigen. Zo heeft o.a. Chang (2001) laten zien dat aanraken in velerlei opzichten goed kan doen (zie § 9.1.1), wat van belang is gelet op de definitie van aanraken die in deze thesis gehanteerd wordt (zie § 3.4): aanraken in het pastorale contact moet ontmoeting, versterking, ondersteuning en bevestiging op het oog hebben.

Chang heeft het aanraken uiteengerafeld in vijf dimensies, waaronder de spirituele. Voor geestelijk verzorgers is vermoedelijk vooral deze dimensie interessant. Het is namelijk voor te stellen dat zijn of haar aanrakingen eerder spiritueel opgevat worden door de bewoner, dan het aanraken door een andere zorgverlener.

Specifiek voor dementerenden bleek het aanraken ‘goed’ in die zin dat ze mogelijk minder snel achteruit gaan (zie § 9.1.3). Wel is het zo dat de effecten vermoedelijk voor een deel op het conto van de daarmee gepaard gaande aandacht geschreven moeten worden (zie § 9.1.4). Overigens wordt in de artikelen de kanttekening gemaakt dat niet alle bewoners goed op het aanraken reageren. Vandaar dat de verpleegkundige – en dus ook de geestelijk verzorger – goed moet kijken en aanvoelen wat het aanraken met de ander doet. Zeker bij mensen met dementie, omdat zij zich – zo bleek – uit zelfverdediging (nog meer) in zichzelf kunnen terug trekken als ze het gevoel hebben dat hun persoonlijke ruimte binnengedrongen wordt (zie § 9.1.3).

Het aanraken doet ook veel met de zorgverleners (zie § 9.1.2). Men voelt zich niet langer machteloos, heeft het gevoel écht iets te kunnen doen, ziet de ander meer als mens e.d. Dit is voor een geestelijk verzorger eveneens belangrijk. Met dat verschil dat het juist eigen is aan het beroep van geestelijk verzorger om met onmacht om te kunnen gaan, om het uit te houden als er niets meer te doen valt, en om mensen – hoe ziek of beperkt ook – te zien als mens, specifiek als het evenbeeld van God (zie § 2.3.2). Hiervoor hebben geestelijk verzorgers – idealiter – het aanraken niet nodig.

Vanuit zorgethisch perspectief kan geconcludeerd worden dat alle vier de zorgethische kernpunten – aandacht voor het specifieke van de situatie, afhankelijkheid, kwetsbaarheid en relationaliteit – op de een of andere manier aan bod komen in de artikelen. Zo versterkt de zorgrelatie doorgaans door het aanraken, en moeten de zorgverleners beseffen dat elke patiënt uniek is en dus anders reageert. Kwetsbaarheid is eveneens een belangrijk thema; de verpleegkundigen geven aan dat ze “the tool of touch” juist inzetten wanneer ze zien dat de ander lijdt (zie § 9.1.2), terwijl Skovdahl, Sörlie & Kihlgren (zie § 9.3) schrijven dat beide partijen kwetsbaar zijn en dat de zorgverlener voor zichzelf helder moet hebben wat het aanraken van ouderen met hem of haar doet. Afhankelijkheid tenslotte is een item dat vooral Chang (2001) benoemt omdat de patiënt als het ware zijn of haar ziekte en behoefte erkent door zich te laten aanraken, hoewel er zorgverleners zijn die zich juist veel gelijkwaardiger gaan voelen omdat ze de ander als mensen zoals zichzelf gaan zien (zie § 9.1.1).

Wat betreft het aanraken zelf geven de uit de artikelen gedestilleerde voorwaarden (zie § 9.3) praktische aanwijzingen voor een geestelijk verzorger inzake de context (een vertrouwvolle relatie), de morele grenzen (integriteit, onschendbaarheid, interne controle en instemming), de intentie (willen helpen), de houding (kalm, rustig en aandachtig), en de sfeer (waardig en warm).

In de onderzoeken wordt ten slotte ook nog kort de invloed van de leeftijd en het geslacht van de verpleegkundigen en de patiënten aangestipt. Het lijkt er op dat vrouwen makkelijker aanraken en aangeraakt worden, alsook dat het aanraken door oudere verpleegkundigen meer geaccepteerd wordt (zie § 9.1.2). In de beroepspraktijk van een geestelijk verzorger spelen leeftijd en geslacht eveneens een rol. O.a. theologen Laura Reedijk en Axel Liégeois hebben hier afzonder-

lijk van elkaar over geschreven, waarover meer in hoofdstuk 10. Daarnaast is het inderdaad zo dat vrouwen anders op tactiele prikkels reageren, aldus Ashley Montagu. In hoofdstuk 11 komt zijn onderzoek naar de betekenis van de huid als zintuig aan de orde.

## **9.5 Besluit**

Aan de hand van onderzoeken naar het aanraken door verpleegkundigen is gekeken naar de betekenissen ervan voor zowel de patiënt als de zorgverlener. Specifiek voor mensen met dementie is gebleken dat aanraken doorgaans op korte termijn hun welbevinden verbetert, terwijl op de langere termijn er vermoedelijk minder cognitieve achteruitgang optreedt. Anderzijds kan aanraken ook negatief uitpakken als er sprake is van overstimulering of als de dementerende zich erdoor bedreigd voelt.

De resultaten van de onderzoeken zijn vervolgens waar mogelijk vertaald naar de praktijk van de geestelijk verzorger. Hierdoor werd duidelijk dat laatstgenoemde alleen spontaan kan aanraken, en dat er dus geen sprake kan zijn van bijvoorbeeld massages over het gehele lijf in een afzonderlijke ruimte, zoals sommige verpleegkundigen doen. Daarnaast werd duidelijk dat men mensen via het aanraken in allerlei opzichten goed kan doen (vermoedelijk overigens mede vanwege de aandacht die ermee gemoeid is), wat betekent dat voldaan lijkt te worden aan de eisen die in deze thesis aan een aanraking gesteld worden, namelijk dat het contact, ondersteuning, versterking en bevestiging als doelen moet hebben. Verder leerde een zorgethische analyse dat aanraken en zorgethiek goed samen kunnen gaan.

Tenslotte zijn er uit de onderzoeken naar het aanraken allerlei praktische aanwijzingen naar voren gekomen waar een geestelijke verzorger zijn of haar voordeel mee kan doen.

In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op aanraken in het pastoraat, met behulp van bronnen uit de theologie en het pastoraat zelf. Dan zal vermoedelijk duidelijk worden dat een geestelijk verzorger de door Chang benoemde spirituele dimensie van het aanraken meer oproept dan een verpleegkundige, vanwege de verwachtingen die aan zijn of haar beroepsrol kleven.



Het tweede thema dat in deel III van de thesis verkend wordt, is dat van aanraken in het pastoraat. In hoofdstuk 7 lezen we dat de christelijke traditie ambivalent tegenover het lichaam staat, maar dat er mede dankzij de feministische theologie steeds meer oog is voor het lichaam in het pastorale contact. Belangstelling voor het aanraken van patiënten, bewoners en / of pastoranten blijft hierbij echter achter. Zo ontdekte Axel Liégeois - toen hij in 2010 een artikel wilde schrijven over dit onderwerp - dat het geen zelfstandig thema in de literatuur is.<sup>252</sup> En inderdaad moest de literatuur over aanraken i.v.m. deze thesis bij elkaar gesprokkeld worden. Uiteindelijk zijn er toch behoorlijk wat teksten en artikelen gevonden van 'pioniers' op het gebied van aanraken in het pastoraat (§ 10.3). Maar voordat die worden weergegeven volgt eerst ter inleiding de visie op aanraken van de beroepsvereniging van geestelijk verzorgers (§ 10.1). Daarna wordt een artikel van pastoraal theoloog Didier Pollefeyt besproken waarin hij adviseert om juist niet aan te raken (§ 10.2). Er is voor gekozen om zijn advies in deze thesis te plaatsen omdat zijn wijze van denken vermoedelijk herkenbaar is voor iedereen die in het pastoraat werkzaam is, en derhalve ook serieus genomen dient te worden.

Het hoofdstuk wordt weer afgesloten met aanwijzingen voor een pastor (§ 10.4).

### **10.1 Visie op aanraken van de beroepsvereniging**

Sinds ruim twintig jaar is er volgens theoloog en ethicus Jacques Schenderling meer aandacht voor intimiteit en seksualiteit in pastorale relaties als gevolg van misbruikschandalen in de kerk. Dit heeft ertoe geresulteerd dat kerken en beroepsverenigingen regels en normen hebben ontwikkeld voor de omgang tussen pastor / geestelijk verzorger en de pastorant.<sup>253</sup> Deze zijn echter zeer algemeen van aard en bovendien ook negatief van karakter, in die zin dat ze gericht zijn op het voorkomen van seksuele handelingen. Zo heeft de beroepsvereniging voor geestelijk verzorgers in zorginstellingen (VGvZ) geformuleerd dat de geestelijk verzorger "geen andere dan een functionele relatie" zal hebben met de patiënt. In de toelichting op deze regel volgt dan het verbod om de patiënt "(...) op een zodanige manier aan te raken dat, naar redelijke verwachting, de patiënt en / of de geestelijk verzorger deze als seksueel of erotisch van aard zal ervaren".<sup>254</sup> Het lastige is dat de beleving van de ander zich moeilijk laat in schatten. Sommigen kiezen daarom voor de meest veilige weg, en vermijden lichamelijk contact.

### **10.2 Visie op aanraken van Didier Pollefeyt**

De Leuvense pastoraal theoloog Didier Pollefeyt heeft een artikel geschreven over "intieme aanrakingen" in het pastoraat, zonder overigens te definiëren wat hij daaronder precies verstaat. Hierin raadt hij het aanraken af. Deze aanrakingen kunnen namelijk een vorm van machtsmisbruik zijn omdat de pastorant dikwijls lichamelijk kwetsbaar is. En het risico op misbruik is volgens hem altijd aanwezig in de pastorale setting. Dit vanwege het feit dat de pastor vaak één-op-één-gesprekken voert in een aparte kamer, daarbij de ander aanmoedigt om zijn of haar gevoelens te tonen, en er vervolgens helemaal voor die ander is. Als er dan heftige emoties vrijkomen is het, aldus Pollefeyt, niet vreemd dat de pastor hier niet enkel als een "pastoraal expert" op reageert, maar ook "algemeen-menselijk". Wat verklaart dat er soms lichamelijk aangeraakt wordt.<sup>255</sup>

Omdat aanrakingen voor hem echter "per definitie meer-zinnig" zijn – de huid is zeer gevoelig – is het mogelijk dat er grenzen overschreden worden. Dit gebeurt meestal niet expres. Terwijl het aanraken voor de pastor namelijk (en als het goed is) een zuiver "pastoraal middel" is, kan de ander het beleven "als uitdrukking van diens persoonlijke gehechtheid aan en genegenheid voor" hem of haar. Wat tot misverstanden kan leiden. En dit komt weer doordat intieme aanrakingen volgens hem enkel thuis horen in een intieme relatie:

---

<sup>252</sup> Liégeois 2010a, 106.

<sup>253</sup> Schenderling 2008, 211.

<sup>254</sup> VGvZ 2002, 25.

<sup>255</sup> Pollefeyt 1998, 229.

In de christelijke opvatting van seksualiteit is menselijke heling door intieme beleving maar mogelijk wanneer intieme aanrakingen ingebed zijn in de geborgenheid van iemand die het contact beleefd als totaal-menselijk, en niet slechts als lichamelijke gymnastiek die het innerlijke niet zou beroeren.<sup>256</sup>

Het probleem is dus niet zozeer dat het de ander geen goed zou kunnen doen – intimiteit is ook voor Pollefeyt een krachtig middel met een helende werking – het probleem is voor hem “het niet-pastorale karakter van de intieme relatie”. Intieme aanrakingen – al is het nog steeds niet duidelijk wat hij daar exact mee bedoelt – horen met andere woorden niet in het pastoraat thuis. Hij noemt het zelfs “inauthentiek”. Men mag de aanraking niet reduceren tot een “pastoraal helingsproces” en de “persoonlijke overgave” die bij zo’n aanraking hoort achterwege houden.<sup>257</sup>

Pollefeyt heeft een punt. Pastoranten tref je vaak op erg kwetsbare momenten, waardoor je ze heel zorgvuldig moet benaderen. Veel pastores zullen het daarbij herkennen dat patiënten en bewoners door de onverdeelde aandacht en empathie die hen ten deel vallen, gaan denken dat je een vriend van ze bent geworden, en vervolgens vragen naar je adres e.d.<sup>258</sup> Sommige pastoranten beseffen dus onvoldoende dat het pastorale contact een werkrelatie is en geen privérelatie. Vermoedelijk is Pollefeyt bang dat het aanraken het voor hen nog moeilijker maakt om het verschil tussen die twee soorten relaties te zien. Hij meent immers dat aanrakingen tot de private sfeer behoren en niet toegepast mogen worden in het pastorale werk. Maar klopt het wel dat aanrakingen tot die sfeer herleid moeten worden en dat ze bijdragen aan de verwarring die bij pastoranten geregeld ontstaat omtrent de aard van de relatie?... Zijn argumentatie roept een aantal vragen op:

- Aanrakingen behoren volgens Pollefeyt thuis in de privé-sfeer. Wat mensen vertellen tegen een pastor is doorgaans óók afkomstig uit de privé-sfeer! Niet zelden worden er persoonlijke verhalen, gedachten, emoties, geloofsvoorstellingen e.d. gedeeld. Deze kunnen voor mensen intiemer zijn dan welke aanraking ook. De vraag is of het niet vooral de inhoud en de sfeer van het gesprek zijn, naast of in plaats van de aanrakingen, die kunnen leiden tot misverstanden over het karakter van de relatie met de pastor?
- Waarom plaatst hij aanrakingen meteen in een seksueel (en daardoor privaat) kader? Er zijn immers ook aanrakingen zonder seksuele bedoelingen, zoals te lezen is bij Axel Liégeois (zie § 3.2). Daarbij kunnen aanrakingen expliciet voor therapeutisch doeleinden ingezet worden. Denk maar aan de fysiotherapeut. Of aan hapto- en gestalttherapeuten. Over de twee laatstgenoemde beroepen volgt meer in hoofdstuk 12, omdat de bijbehorende inzichten en methodes mogelijk kunnen bijdragen aan het (denken over het) aanraken door een geestelijk verzorger.
- Moet de geestelijk verzorger zich tenslotte – vanuit zorgethisch perspectief - juist niet persoonlijk overgeven aan de ander, zonder overigens – zo zegt Van Heijst - het verschil tussen ‘mijn’ en ‘dijn’ uit het oog te verliezen? Al eerder zagen we (zie § 4.1.4) dat zij zorg als een betrekking definieert. Hiermee zet ze zich af tegen de in de zorg bekende leuze “betrokkenheid met behoud van distantie”.<sup>259</sup> Als je beroerd bent wil je geen afstandelijk persoon aan je bed, maar iemand die oprecht met je begaan is en iemand die – in de woorden van Pollefeyt zelf - “algemeen-menselijk” met je omgaat (wat kan betekenen dat er aangeraakt wordt, hoewel er eveneens genoeg zieke mensen zijn die dan juist – ook lijfelijk - met rust gelaten willen worden). Dit geldt des te meer in een verpleeghuis, waar de meeste dementerenden komen te wonen. Het feit dat de zorginstelling – idealiter – hun ‘thuis’ wordt, maakt dat het bovendien niet wenselijk lijkt om de grens tussen werk en privé heel scherp te trekken. Werken en wonen lopen er door elkaar; wat voor de geestelijk verzorger de werkvloer is, is voor de mensen met dementie hun huis!<sup>260</sup>

---

<sup>256</sup> Pollefeyt 1998, 239-240.

<sup>257</sup> Pollefeyt 1998, 239-240.

<sup>258</sup> Vgl. Reedijk-Boersma 1979, 50.

<sup>259</sup> Van Heijst 2005, 43, 175.

<sup>260</sup> Van Heijst 2008, 106.

Hopelijk kunnen al deze vragen beantwoord worden aan de hand van de gedachtes over aanraken in het pastoraat van de zogenaamde ‘pioniers’.

### **10.3 Pioniers op het gebied van aanraken in het pastoraat**

Zoals vermeld was het een hele zoektocht naar literatuur over pastoraal aanraken. Uiteindelijk zijn er zes bronnen gevonden, die overigens alle positief over aanraken schrijven. Deze bronnen, bestaande uit in totaal 17 boeken en artikelen, worden in chronologische volgorde besproken. Alle teksten worden samengevat zodat deze paragraaf als het ware een (grote) container is met daarin de gevonden informatie over aanraken in het pastoraat.

In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk (§ 10.4) wordt het materiaal geanalyseerd, voor zover dat in de samenvattingen al niet gebeurd is, en worden de belangrijkste punten eruit gehaald.

*Bron 1 'De aanraking' van Laura Reedijk-Boersma (1979)*

Theologe en geestelijk verzorger Laura Reedijk-Boersma was al jaren gefascineerd door het onderwerp ‘aanraken’, toen ze er in 1979 een boekje (66 bladzijdes) over schreef. Hierin doet ze verslag van haar persoonlijke zoektocht naar haar eigen aanraken als pastor in een verzorgingshuis. Het is niet bedoeld als wetenschappelijke verhandeling, hoewel uit de literatuurlijst blijkt dat ze wetenschappelijke bronnen heeft geraadpleegd.<sup>261</sup> Het bijzondere aan haar werk is dat ze heel erg dicht bij zichzelf blijft in de beschrijving van haar motieven van het aanraken.

Reedijk-Boersma begint haar boek met ruime aandacht voor de behoefte aan aanraken. Hiervoor baseert ze zich o.a. op onderzoek van Ashley Montagu naar de huid als tastzin, dat in het volgende hoofdstuk aan de orde komt. Kort gezegd komt het er op neer dat kleine kinderen intiem contact nodig hebben om uit te groeien tot een evenwichtig persoon. Ze krijgen dan een gevoel dat ze er mogen zijn. Het verlangen om aangeraakt te worden is het grootst bij baby’s maar verdwijnt niet in de volwassenheid. Wel zijn er individuele verschillen in hoezeer men het aanraken apprecieert.<sup>262</sup>

Behalve het aangeboren verlangen kunnen ook bepaalde situaties de behoefte eraan doen vergroten. Zo schrijft Reedijk-Boersma dat mensen in tijden van nood en verdriet weerloos en kwetsbaar worden, waardoor ze lichamelijke nabijheid en warmte zoeken.<sup>263</sup> Zieken en stervenden bijvoorbeeld hebben volgens haar dan ook dikwijls een grote behoefte aan (troostend) aanraken:

Je hoeft alleen maar bij ze te gaan zitten en hun hand vast te houden, of met een koele hand het voorhoofd aan te raken of af te vegen met een doekje. De zachte, liefdevolle aanraking troost en brengt tot rust.<sup>264</sup>

Hetzelfde geldt voor andere kwetsbare mensen, zoals ouderen en mensen met dementie; het is soms “het enige gebaar (...) dat werkelijk helpt, dat steun geeft aan een mens die verdriet heeft.” En daarom vindt ze het ook zo jammer dat mensen vaak uit schaamte de ander niet aan durven te raken, alsook dat het bijna altijd in een seksueel of erotisch kader geplaatst wordt.<sup>265</sup>

Niet alle mensen zijn evenwel aan te raken, geeft Reedijk-Boersma aan. Ieder mens heeft een persoonlijke ruimte en die grenzen moeten gerespecteerd worden. Dit betekent dat mensen zich doorgaans alleen laten aanraken door iemand die ze goed kennen en vertrouwen, wat eveneens aan bod is gekomen in het hoofdstuk over het aanraken door verpleegkundigen (zie § 9.1.3 en § 9.3.1).<sup>266</sup>

---

<sup>261</sup> Reedijk-Boersma 1979, 7, 67.

<sup>262</sup> Reedijk-Boersma 1979, 11-15, 18.

<sup>263</sup> Reedijk-Boersma 1979, 50-51.

<sup>264</sup> Reedijk-Boersma 1979, 20.

<sup>265</sup> Reedijk-Boersma 1979, 10-11, 17.

<sup>266</sup> Reedijk-Boersma 1979, 41-42.

Sommigen weren echter elke aanraking, van iedereen. Volgens Reedijk-Boersma zit hier angst achter; angst om zich bloot te geven, angst voor wat er allemaal loskomt, angst voor (homo)erotische gevoelens. In wezen komt dit voor haar allemaal neer op angst om zich aan iemand te binden.<sup>267</sup>

Daarnaast zijn er mensen die je niet *mág* aanraken. Hier doelt Reedijk-Boersma op mensen die lijden onder een groot verdriet en daardoor erg kwetsbaar zijn: “je mag hun droefenis niet aanraken. Je mag hen ook letterlijk niet aanraken. Zij verdragen dat niet, het is *té* pijnlijk.” Dit is te begrijpen als je beseft dat rouwende mensen zich terugtrekken, wat we ook lazen bij Andries Baart (zie § 9.1.4). Ze velen de buitenwereld niet. Ze moeten daarom heel voorzichtig benaderd worden, “(...) met respect en ontzag voor die heilige grond, die eigen plek waar elk woord te veel is en elke aanraking een ontwijding, een inbreuk op de privacy. Men komt *té* na”.<sup>268</sup>

Behalve kwetsbaarheid en de persoonlijke grenzen van mensen, zijn er nog meer (zorgethische) thema's van belang bij het aanraken. Zo geeft Reedijk-Boersma aan dat de rangorde tussen mensen mogelijk een rol speelt. Zo maakt het uit of de ander al dan niet op een of andere wijze hoger geplaatst is. De ‘hogere’ persoon kan dan aanraken om de ander te onderdrukken of te vernederen. Daarnaast is de intentie van belang. En die intentie kan niet anders zijn dan zuiver liefdevol contact. “Echtheid” is voor Reedijk-Boersma dan ook een criterium voor het aanraken, alsook “bescheidenheid” in verband met andermans grenzen. Verder dient de aanraking altijd spontaan te gebeuren.<sup>269</sup>

Op het einde van haar boek gaat Laura Reedijk-Boersma op zoek naar haar motieven om aan te raken, specifiek om oudere mannen en vrouwen te kussen. Het zijn motieven die als een rode draad door haar boek heen lopen. In de eerste plaats is aanraken voor haar een manier om te zeggen: “ik mag je graag, je bent goed zoals je bent. Ik ben niet vies van je”. Het is dus heel erg bevestigend. En daar zijn oudere mensen doorgaans heel erg gevoelig voor omdat ze in de maatschappij niet meer mee tellen; ze hebben geen “sociale positie” meer (vergelijk § 5.1). Reedijk-Boersma heeft die positie wel. Ze staat daardoor – hoewel ze het eigenlijk niet durft te zeggen – ‘hogere’ op de rangorde. Zeker omdat ze dominee is. En mede vanwege die rol kan ze de ander bevestigen en laten mensen haar - althans zo interpreteert ze dat – non-verbaal merken dat ze geholpen, getroost en aangeraakt willen worden.<sup>270</sup>

In de tweede plaats verlangen juist ouderen, zo zagen we net, er naar om aangeraakt te worden omdat ze kwetsbaar zijn. Maar ook omdat ze steeds minder ‘zomaar’ aangeraakt worden vanwege het feit dat geliefden, familieleden en vrienden meer en meer wegvallen (zie inleiding hoofdstuk 6).<sup>271</sup>

Ten derde is een arm om iemand heen slaan soms het enige dat helpt wanneer mensen erg verdrietig zijn. Woorden schieten dan vaak te kort.<sup>272</sup>

Voor Reedijk-Boersma is het aanraken – ten vierde – ook een manier “(...) om God, door de handen van mensen die elkaar liefdevol aanraken, dichtbij te laten zijn”. Ze haalt hier de Duitse theologe Dorothee Sölle aan, die schrijft dat God geen andere handen heeft dan onze handen.<sup>273</sup>

Tenslotte is het aanraken ook een behoefte van Reedijk-Boersma zelf. Via haar werk vervult ze “een diepe behoefte aan warm contact (...)”. Ze vindt dat daar niets mis mee is, maar dat je je dit als pastor wel moet realiseren.<sup>274</sup>

Reedijk-Boersma vermoedt dat haar aanrakingen eerder geaccepteerd worden vanwege het feit dat ze een vrouw is, en dan nog wel van middelbare leeftijd. Ze heeft daardoor naar eigen zeggen iets moederlijks. Dit komt overeen met de bevindingen van Gleeson & Timmins (zie § 9.1.2), die ontdekten dat vrouwelijke verpleegkundigen meer aanraakten en dat het aanraken door oudere verpleegkundigen meer geaccepteerd wordt, hoewel bewijs hiervoor ontbreekt.<sup>275</sup>

<sup>267</sup> Reedijk-Boersma 1979, 42-43.

<sup>268</sup> Reedijk-Boersma 1979, 44-46.

<sup>269</sup> Reedijk-Boersma 1979, 31-32, 34, 49.

<sup>270</sup> Reedijk-Boersma 1979, 9, 47, 50-51.

<sup>271</sup> Reedijk-Boersma 1979, 10, 17.

<sup>272</sup> Reedijk-Boersma 1979, 11.

<sup>273</sup> Reedijk-Boersma 1979, 53. Vgl. Chang 2001, 823.

<sup>274</sup> Reedijk-Boersma 1979, 51-52.

<sup>275</sup> Reedijk-Boersma 1979, 47-48.

Mannen – “hoe herderlijk, vaderlijk of middelbaar ook” – moeten volgens Reedijk-Boersma niet gaan kussen, “omdat verschillende relaties dan moeilijk te hanteren zullen worden, er te veel verwachtingen worden gewekt en de binding (en wellicht de aanbidding) te groot wordt”.<sup>276</sup>

Daarnaast vermoedt ze dat ze oude mensen eerder kust omdat ze – en dit bedoelt ze niet vervelend – een soort van “opaatjes en omaatjes” zijn geworden.<sup>277</sup> Waarschijnlijk duidt ze hiermee aan dat gevoelens van seksualiteit bij hen meestal naar de achtergrond verdwenen zijn, en haar aanrakingen dus minder snel als erotisch geïnterpreteerd worden.

Een enkele keer heeft ze overigens spijt gehad van het aanraken – specifiek van het kussen - van oude mensen, omdat ze daarmee onbedoeld verwachtingen had gewekt die ze niet waar kon maken. En dit is precies waar Didier Pollefeyt voor waarschuwt (zie § 10.2). Liefdevol contact hebben en tegelijkertijd afstand bewaren kan moeilijk zijn, aldus Reedijk-Boersma. Het maakt dat je voorzichtig moet zijn en de grenzen van de ander behoort te respecteren.<sup>278</sup>

Ze sluit haar boek af met enkele verhalen waarin aanraken een rol speelt. O.a. het bijbelse verhaal van de voetwassing komt aan bod, over Jezus die de voeten van zijn leerlingen wast.<sup>279</sup>

#### *Bron 2 'Mijn lichaam ben ik' van Elisabeth Moltmann-Wendel (1994)*

Elisabeth Moltmann-Wendel pleit in haar boek voor een “theologie voor de lichamelijkeheid”, wat reeds besproken is (zie § 7.2.2). Haar pleidooi bestaat o.a. uit het aantonen van het lichamelijke karakter van de genezingsverhalen uit het Nieuwe Testament. In die verhalen is te lezen hoe Jezus zowel lichamelijke mankementen als geestesziekten heelt. En dit helen is meer dan enkel de kwaal wegnemen; mensen krijgen eveneens hun identiteit en hun sociale positie terug. In de tijd van Jezus werden zieken namelijk vaak verstoten uit de samenleving.<sup>280</sup> Dit doet denken aan de marginale positie van mensen met dementie in onze maatschappij (zie § 5.3).<sup>281</sup>

Om die genezingsverhalen beter te begrijpen zoomt ze in op het belang van aanraken. Ze schrijft dat wij, in onze “cultuur van het woord”, vergeten zijn hoe belangrijk het aanraken van zieke mensen is. Ook geeft ze aan dat je je aan woorden nog wel kunt onttrekken, maar niet aan het aanraken: “aan een aanraking is je lichaam overgeleverd”.<sup>282</sup>

Vervolgens gaat Moltmann-Wendel in op de huid als tastzintuig. Dit doet ze - evenals Laura Reedijk-Boersma - mede aan de hand van het werk van Ashley Montagu, dat in hoofdstuk 11 besproken wordt. Ze beklemtoont het bijzondere van de huid als “leerorgaan” en als “medium van de aanraking”. Over aanraken zelf schrijft ze dat het gedurende ons hele leven ervaren wordt “(...) als bekrachtiging, bevestiging en genezing”.<sup>283</sup>

Met die kennis gaat ze opnieuw naar de genezingsverhalen kijken. Het meest interessante woord dat ze hierin tegenkomt is ‘haptein’, dat ‘aanraken’ betekent, en dat overigens ook de term is waarvan het in hoofdstuk 12 aan de orde komende ‘haptonomie’ is afgeleid. ‘Haptein’ drukt uit wat Moltmann-Wendel een “democratische vorm van huidcontact” noemt; Jezus raakt niet alleen aan, hij wordt ook aangeraakt. En in beide gevallen gebeurt er iets, vindt er uitwisseling van energie plaats:

Het zijn liefhebbende, bevestigende contacten, waarmee het hele bestaan van de mensen uit de schaduw tevoorschijn wordt gehaald. Melaatsen, kinderen, vrouwen, typisch de misdeelden, krijgen zelfvertrouwen en worden opgenomen in de liefhebbende consensus van de mensheid.<sup>284</sup>

---

<sup>276</sup> Reedijk-Boersma 1979, 48.

<sup>277</sup> Reedijk-Boersma 1979, 48. Vgl. Davis 1993, 59, 70-71.

<sup>278</sup> Reedijk-Boersma 1979, 50-51.

<sup>279</sup> Reedijk-Boersma 1979, 54-66.

<sup>280</sup> Moltmann-Wendel 1994, 105-107.

<sup>281</sup> Vgl. Vandenhoeck, De Clercq & Fizez 2008, 187.

<sup>282</sup> Moltmann-Wendel 1994, 111.

<sup>283</sup> Moltmann-Wendel 1994, 111-115.

<sup>284</sup> Moltmann-Wendel 1994, 116-117.

Elisabeth Moltmann-Wendel concludeert dan ook dat aanraken mensen “in hun hele bestaan” stimuleert en dat hun “gebrokenheid” geheeld wordt. Ze krijgen, zo schrijft ze, “weer het vermogen tot contact, tot denken én ervaren”.<sup>285</sup> Dit komt overeen met Saunders’ concept voor pastoraat aan dementerenden, waarin hij Jezus als helende pastor als uitgangspunt neemt (zie § 2.3.1).

Dát het aanraken (van Jezus) mensen tevoorschijn haalt zijn we eerder al tegen gekomen. Het aanraken zorgt ervoor dat zorgverleners de persoon achter de zieke, oudere en / of dementerende gaan zien (zie § 9.1.1 en § 9.1.2). Daarnaast is aandacht – dat als het goed is gepaard gaat met het aanraken – een “scheppingsdaad” omdat de ander het gevoel krijgt weer in tel te zijn, aldus Andries Baart (zie § 9.1.4).

### *Bron 3 'Met heel mijn lijf' van de Katholieke Bijbel Stichting (1994)*

In 1994 bracht de Katholieke Bijbelstichting (KBS) uit 's-Hertogenbosch het boek 'Met heel mijn lijf' uit, met als ondertitel 'Lichamelijkheid tussen hebben en zijn'. Het eerste deel van het boek bevat een fundamentele bezinning over lichamelijkheid. Een bezinning omdat onze samenleving enerzijds – denk aan het schoonheidsideaal - het lichaam hoog aanslaat, terwijl er anderzijds nogal armoedig mee om wordt gegaan; lichamelijkheid wordt al snel als iets seksueels gezien, lichaamstaal vinden we lastig, het lichaam wordt vaak geobjectiveerd e.d. De artikelen uit het tweede deel zijn meer praktisch van aard. Hierin kijkt men naar gebieden waarin lichamelijkheid een belangrijke rol speelt, waaronder het pastorale gesprek.

Het boek bestaat uit artikelen die zijn geschreven door diverse auteurs. Uit een aantal van die artikelen, met name uit het eerste deel, is reeds geput ten behoeve van deze thesis. Nu gaan we nog kijken naar drie bijdragen; van Laura Reedijk-Boersma, Georges Lambrechts en Frans van Segbroeck.

#### *Bron 3.1 'De aanraking in pastoraal contact' van Laura Reedijk-Boersma<sup>286</sup>*

Laura Reedijk-Boersma, van wie zojuist het boekje 'De aanraking' samengevat is (zie bron 1), is gevraagd om een schrijven aan te leveren over aanraken in het pastoraat. Met haar bijdrage wil ze mensen hiervoor gevoeliger maken. Het is een herhaling van zetten. Vandaar dat hier enkel weergegeven wordt wat niet of minder uitgebreid in 'De aanraking' staat.

Uiteraard geeft Reedijk-Boersma opnieuw aan dat aanraken de mens veelal goed doet. Het grootste deel van het artikel bestaat echter uit waarschuwingen. Dit omdat het beroep van pastor niet alleen mooi maar ook gevaarlijk kan zijn. Je hebt immers te maken met mensen die doorgaans erg kwetsbaar zijn. Een aanraking kan dan verkeerd vallen. Bijvoorbeeld als ze te snel gegeven wordt waardoor de ander niet kan uitspreken. Of als de aanraking (zoals een schouderklopje) dient om de ander te laten merken dat het allemaal wel meevalt. Het probleem wordt zo feitelijk genegeerd of gebagatelliseerd. Daarbij kunnen aanrakingen ook als respectloos, vernederend en agressief beleefd worden, al is het zo niet bedoeld. Sommige mensen zijn namelijk onaanraakbaar, vooral als ze heel erg kwetsbaar zijn. Daarom moet altijd eerst “stilzwijgend als het ware toestemming” zijn verkregen; “men moet elkaar aangekeken hebben”.

In tegenstelling tot “De aanraking” gaat Reedijk-Boersma niet expliciet in op de invloed van leeftijd en geslacht. Wel schrijft ze dat omhelzen meestal te ver gaat. Om dit te verduidelijken geeft ze het voorbeeld van een mannelijke pastor die in de verleiding komt een eenzame vrouw “wat menselijke warmte” te geven. Het gevaar is dan groot dat de aanraking een erotische lading krijgt.

In dit kader schrijft ze ook dat je als pastor dikwijls dicht bij mensen mag komen, maar dat je moet leren “de afstand te bewaren zonder afstandelijk te zijn, nabij te komen zonder te na te komen”. Dit is vergelijkbaar met wat Annelies van Heijst schreef over je persoonlijk overgeven aan de ander, zonder het onderscheid tussen wat van de ander is en wat van jou (zie § 10.2) te laten vervagen.

<sup>285</sup> Moltmann-Wendel 1994, 118. Vgl. Vandenhoeck, De Clercq & Fizez 2008, 187.

<sup>286</sup> Reedijk-Boersma 1994, 79-82.

Tot slot schrijft ze dat pastores die van zichzelf niet zo van het aanraken zijn, niet ineens na het lezen van haar artikel menen dat ze moeten gaan aanraken omdat het goed zou zijn. Het moet wel bij je passen. Anders komt het onnatuurlijk over, terwijl het een spontaan gebaar behoort te blijven.

*Bron 3.2 'Lichaam als mogelijkheid tot communicatie' van Georges Lambrechts<sup>287</sup>*

Uit de titel blijkt al dat Georges Lambrechts' artikel vooral over lichaamstaal gaat. De kern van zijn betoog is dat we de voeling met ons lichaam kwijt zijn, en dat dit ook ons communiceren vervormt. We geven immers non-verbaal veel signalen af. Communiceren heeft contact tot doel en in dit kader haalt hij de huid erbij, omdat dit van alle zintuigen het belangrijkste contactorgaan is: "contact betekent eerst en vooral het tasten en bewegen van de huid, aanraken en aangeraakt worden". De huid is ook de grens tussen 'binnen' en 'buiten'. Naar binnen toe geeft de huid ons informatie over lust, pijn, kou, genot e.d. Naar buiten toe is het gericht op de ontmoeting met de omgeving.

Mooi is hoe hij – in navolging van de Franse fysiotherapeut Thérèse Bertherat – de beeldspraak van het lichaam als een huis gebruikt. Dit huis – ons lichaam dus – bewonen wij echter niet meer; we zijn de sleutels ervan verloren. We beseffen volgens Bertherat evenmin dat ons lichaam (net zoals ons huis) een geschiedenis kent; alles wat we meegemaakt hebben staat in ons lijf geschreven, wat we in deze thesis al vaker zijn tegen gekomen (zie § 6.2, § 7.1.1 en § 7.2.2). We treden de wereld tegemoet *op* ons lichaam, in plaats van *met* ons lichaam; ons bewustzijn is vooral een "hoofd-bewustzijn". Daardoor zijn we ons vaak niet echt van bewust wat we zien, horen, ruiken, voelen en proeven. Dit heeft gevolgen voor hoe we onze omgeving ervaren, en daarom ook hoe voor hoe we ermee communiceren. 65 tot 70 procent van onze communicatie geschiedt immers via ons lichaam. Lichaamstaal is dus zeer belangrijk. We beheersen die taal echter onvoldoende omdat we ook onvoldoende in ons lichaam wonen. Vandaar dat er nogal eens wat mis gaat. Lambrechts noemt hiervan een aantal voorbeelden, waaronder het te dichtbij komen of iemand aanraken terwijl hij of zij uitstraalt daar niet van gediend te zijn.

Hij concludeert dan ook dat we pas bekwaam zijn tot communicatie en tot ontmoeten "als we écht lichamelijk bij onszelf zijn, d.w.z. bij onze zintuigen en gevoelens (...)". En ook dit hebben we al eerder gezien, namelijk bij o.a. Dominiek Lootens (§ 7.1.2).

*Bron 3.3 'De genezingen in het evangelie door aanraking en handoplegging' van Frans van Segbroeck<sup>288</sup>*

In genezingsverhalen is er bijna altijd sprake van contact tussen de zieke en de genezer, zo schrijft Frans van Segbroeck. "De genezende kracht van de godheid, of de genezer (...)" gaat over op de zieke. In het Nieuwe Testament is dat ook zo. Door middel van aanrakingen – meer precies de handoplegging – geneest Jezus mensen. Later zetten de apostelen deze traditie voort.

Om de betekenis van de genezingsverhalen goed te begrijpen schetst Van Segbroeck de plaats van de zieke in de samenleving waarin Jezus leefde. Zieken waren onrein en moesten het contact mijden met gezonde mensen. Door hun ziekte konden ze niet werken en moesten ze – wegens gebrek aan een sociaal zekerheidsstelsel – bedelen om aan eten te komen. Daar kwam ook nog bij dat de ziekte gezien werd als een straf voor een gepleegde zonde, dan wel als het werk van een demon.

Het moge duidelijk zijn dat je een zieke niet aanraakte. Dat Jezus dat wel deed was dus heel bijzonder. Hij liet zo merken dat de zieke niet iemand is die gemeden moet worden, maar: "een waardevol mens, een kind van God". Door de aanraking maakt hij de ander "deelachtig aan zijn respect, liefde, vergeving, barmhartigheid, kortom aan zijn eigen leven. Dat gebaar alleen reeds is genezend. Het geeft de zieke – naast zijn genezing – zijn waardigheid als mens terug". Jezus geneest dus de hele mens. En dit moet op zijn tijdgenoten zo'n enorme indruk hebben gemaakt, dat de herinneringen aan hem bewaard zijn gebleven in de evangeliën.

---

<sup>287</sup> Lambrechts 1994, 15-21.

<sup>288</sup> Van Segbroeck 1994, 33-37.

Jezus liet zich trouwens ook aanraken door zieken. Frans van Segbroeck schrijft hierover dat dit iets algemeen menselijks is; “mensen, vooral zieken, willen een persoon of een voorwerp aanraken waarvan ze hulp of redding verwachten: een heiligenbeeld, een relikwie of iets dergelijks”.

#### *Bron 4 Periodiek (1994-1995)*

Priester Jan Voeten plaatste in 1994 in *Periodiek*, een tijdschrift voor pastorale werkers van het bisdom Breda, een artikel waarin hij nadenkt over aanraken in het pastoraat. Dit leidde tot reacties van zeven andere priesters en pastorale werkers. Hun bijdragen worden hier beknopt samengevat. Het zijn geen wetenschappelijke artikelen, het zijn persoonlijke reflecties. Er is voor gekozen om deze in de thesis op te nemen omdat ze goed weergeven dat het onderwerp aanraken in de pastorale context – zeker destijds – wetenschappelijk nog niet doordacht is. Daarnaast laten de bijdragen zien hoe pastores er – veelal intuïtief en heel verschillend - in de praktijk mee omgaan. Tenslotte maken ze duidelijk dat de houding t.o.v. (de eigen) lichamelijkeheid bepaalt hoe men tegen aanraken aankijkt.

##### *Bron 4.1 Jan Voeten<sup>289</sup>*

Mensen die een beroep uitoefenen waarvoor fysiek contact noodzakelijk is krijgen vaak heel persoonlijke informatie te horen. Kennelijk groeit er al snel een vertrouwensband met degenen die met instemming aan je lichaam komen, merkte ook Jan Voeten na enkele sessies bij een fysiotherapeut. Mede hierdoor ging hij zich bezinnen op de rol van aanrakingen in het pastoraat: “wanneer is aanraking gewenst, nodig, bevorderlijk en wanneer is het ongepast, hinderlijk of schadelijk?”

Voeten opent en eindigt het bezoek altijd met een handdruk. Zeker bij zieken merkt hij – doordat ze zijn hand blijven vasthouden – dat ze zo letterlijk houvast zoeken. Geregeld heeft hij hierdoor de indruk dat een handdruk te weinig is. Dan vraagt hij of hij de zieke mag zegenen en legt hij zijn handen op diens voorhoofd. Bij een ziekbed pakt hij soms ook de bovenarm vast “in een poging om troost, houvast en steun te geven”.

Aanraken bij gesprekken op de pastorie of bij de mensen thuis vindt hij “delicater”; net zoals Laura Reedijk-Boersma (bron 1 en 3.1) raakt hij dus vooral de meest kwetsbaren (zieken) aan. Toch denkt hij dat het pastoraat “armoediger” en “schraller” is als er een taboe ligt op het aanraken van mensen. Zo heeft hij regelmatig meegemaakt dat mensen “pas echt loskwamen” nadat hij zijn hand op hun hand of op hun voorhoofd had gelegd. Soms moet je echter uitkijken dat je tranen niet “wegtroost”, waar Reedijk-Boersma eveneens voor waarschuwde. Tranen zijn voor hem niet een signaal om iemand aan te raken, maar eerder om met die ander op zoek te gaan naar wat er speelt. Al pratende ben je vervolgens zo een uur verder. En aan het einde van zo’n gesprek is er dan vaak zo’n gevoel van verbondenheid ontstaan, dat enkel een handdruk “kaal” aanvoelt: “iemand omarmen en even vasthouden is dan eigenlijk meer op zijn plaats”. Bij vrouwen doet hij dat eerder dan bij mannen. Zijn homoseksualiteit speelt in deze een rol; als vrouwen op de hoogte zijn van zijn geaardheid kunnen ze naar eigen zeggen meer van hem hebben. Naar mannen toe voelt hij zich minder vrij.

##### *Bron 4.2 Ancilla Martens<sup>290</sup>*

Ancilla Martens herkent veel in wat Jan Voeten schrijft. Ze ziet aanrakingen als iets natuurlijks; ze komen voort uit haar hart en intuïtie. Ook bij haar zijn dus de aanrakingen – evenals bij Reedijk-Boersma - spontaan. Ze voelt geen enkele aarzeling om de ander aan te raken. Slechts zelden - alleen als mensen diep bedroefd zijn en de situatie het toe laat - zijn dit omhelzingen. Meestal raakt ze met haar hand de handen, de schouders of het hoofd aan. Bij ernstig zieken streelt ze weleens de wang of de arm.

Door aan te raken wil ze de ander laten voelen nabij en betrokken te zijn; hij of zij staat er niet alleen voor en de aanraking is volgens Martens vaak de enige mogelijkheid om dit te laten blijken. Je bent daadwerkelijk tastbaar aanwezig en dit brengt je dichter bij elkaar en roept veel

---

<sup>289</sup> Voeten 1994, 12-14.

<sup>290</sup> Martens 1994, 16-17.

eerder gevoelens van vertrouwen en troost op. Aanraken brengt zo teweeg wat met je met woorden alleen nooit kunt. “Het is meer dan wat dan ook: een gebaar van mens tot mens, wat daarboven nog als een gebaar van Gods nabijheid ervaren kan worden.” En het kan – wat ook Voeten schrijft – tot hele mooie momenten leiden. En net zoals bij Voeten mondt het aanraken vaak uit in een gebed of een zegening.

Martens geeft overigens als richtlijn voor het aanraken dat je uit moet gaan van de ander; om hem of haar gaat het immers. Daarnaast oppert ze dat de aanraking niet los gezien kan worden van je hele houding; “ik druk het bij-de-ander-zijn met heel mijn houding uit”.

Tot slot schrijft Martens dat het aanraken haarzelf eveneens goed doet. Dit doet – opnieuw – denken aan Laura Reedijk-Boersma, die aangaf hiermee ook tegemoet te komen aan haar eigen behoefte aan warm contact.

#### *Bron 4.3 Hetty Bos<sup>291</sup>*

Het artikel van Jan Voeten zette Hetty Bos tot nadenken. Ze concludeerde in tegenstelling tot hem dat ze eigenlijk nooit nadenkt over haar eigen aanraken. Ze raakt mensen spontaan aan en gaat hierbij uit van wat haar hart haar ingeeft. Ze vermoedt dat je – vanwege het spontane karakter van de aanraking – er juist niet over moet nadenken. Want als je je gaat afvragen of je de pastorant wel of niet zult aanraken, de kans bestaat “dat jouw wellicht zo goed bedoelde aanraking z’n doel mist”. Het hangt volgens haar steeds weer af van de situatie of een aanraking wel of niet goed voor de ander is. Feitelijk zegt ze hiermee dat ze dus – waarschijnlijk onbewust en voor een deel op gevoel – wel enigszins peilt of het aanraken kan. Dat moet ook wel, want van een pastor mag verwacht worden dat hij of zij professioneel en doordacht optreedt. Wanneer we Bos zouden volgen mag er niet gereflecteerd worden op aanraken en kan deze hele thesis meteen de prullenbak in.

Bos vindt het trouwens niet gepast dat Voeten de zegening soms aangrijpt om de ander aan te raken, omdat het spontane er dan af is en de zegen misbruikt wordt. Deze opmerking stoot echter op veel commentaar van andere pastores, waaronder van Rob van Uden.

#### *Bron 4.4 Rob van Uden<sup>292</sup>*

De redactie van Periodiek heeft Rob van Uden gevraagd om te reageren op de artikelen van Voeten, Martens en Bos. Hij geeft meteen toe geen afgewogen standpunt te hebben omtrent aanraken omdat hij nog maar weinig gereflecteerd heeft op het aanraken in het pastoraat. In zijn denken hierover wordt hij heen en weer geslingerd, wat in zijn schrijven te merken is. Hij geeft bijvoorbeeld aan dat hij als pastor “aandachtig en respectvol” probeert te zijn, maar dat “interesse, emotie en spontaniteit” voor hem van even groot belang zijn. Alsof hier sprake is van een tegenstrijdigheid.

Aan de hand van een tweetal casussen vertelt hij vervolgens hoe hij tegenover aanraken staat. De eerste casus betreft een huisbezoek in zijn parochie. Het gaat om een vrouw die hij al langer kent. Bij binnenkomst gaf hij haar een hand, die ze tot zijn verbazing verschrikt terugtrok. Het bleek dat ze in haar jeugd misbruikt is en daar nog dagelijks mee worstelde. Ze sprak hier heel open over en bij zijn vertrek gaf ze hem zelf een hand. Door dit gebeuren beseftte hij dat zelfs de “kleinste aanraking” van belang kan zijn. De vrouw was door het misbruik “onaanraakbaar” geworden.

De tweede casus verhaalt over een vrouw die Van Uden in vertrouwen vertelt dat haar zoon pedofiel is, maar daar – gelukkig – niets mee doet. Hier schrok hij – als vader van vier kinderen – erg van, mede omdat hij zo weinig van pedofilie af weet. Het roept bij hem weerzin op. Desondanks lukte het hem de vrouw te steunen en met haar op zoek te gaan naar respect voor haar zoon.

Naar aanleiding hiervan schrijft hij over de misbruikschandalen in de kerk die, hoe erg ook, er niet toe mogen leiden dat elke pastor en elke aanraking bij voorbaat verdacht is. Er wordt namelijk, zo denkt hij, eerder te weinig dan te veel aangeraakt in het pastoraat.

---

<sup>291</sup> Bos 1994, 18.

<sup>292</sup> Van Uden 1995, 18-21.

Zelf voelt hij zich echter een “houten klaas” als het om aanraken gaat. Ook al weet hij dat zijn aanrakingen “een zekere intimiteit kunnen hebben”, en dat aanraken en aangeraakt worden “onverwachte emoties” op kunnen roepen, zowel bij de ander als bij hemzelf.

Het misbruik in de kerk leert hem daarbij ook dat seksualiteit (in pastorale relaties) altijd open en vrij besproken moet kunnen worden; “de krampachtige houding ten aanzien van seksualiteit, waarvan ook een aantal kerkelijke leiders tot op de dag van vandaag blijf geeft, is wellicht de grootste bron van problemen ten aanzien van aanraking en seksualiteit”.

Vanwege de misbruikslachtoffers moet er “voorzichtig” met aanraken worden omgegaan, maar niet “scrupuleus”. “Jij en de ander bepalen binnen de pastorale relatie of er aangeraakt mag worden en dat kan nooit eenzijdig worden opgelegd of opgedrongen.”

De artikelen van Voeten en Martens vindt hij overigens “warmte” en “nabijheid” uitstralen. De reactie van Bos roept echter “wrevel” op omdat het wantrouwend overkomt.

*Bron 4.5 Carl van Boxel*<sup>293</sup>

Priester Carl van Boxel, werkzaam in een psychiatrisch ziekenhuis, is door de redactie eveneens gevraagd om te reageren op Jan Voeten. Met zijn bijdrage wil hij een bezinning op gang zetten, om uiteindelijk uit te komen bij “een tweede spontaneïteit, een herwonnen echtheid”. Deze opmerking is beter te begrijpen als hij – later in het artikel – aangeeft dat hij zelf “ooit enthousiast geloofde in spontane hartelijkheid en daar vervolgens in gemaand” is. Als “gewaarschuwd man” probeert hij de “taal” van de aanraking te hervinden, omdat het “zeer helend” kan zijn.

In zijn artikel geeft Van Boxel er echter nog geen blijk van bezig te zijn met die ‘hervinding’. Wat hij wel doet is zijn bezorgdheid uiten en tal van moeilijkheden en valkuilen opsommen, niet ten onrechte overigens. Opvallend is dat in de meeste van zijn waarschuwingen de (kwetsbare) vrouw centraal staat. Juist de afhankelijke positie van de vrouw in de maatschappij heeft volgens hem in het verleden – maar nu ook nog – tot kwetsuren geleid. Mannelijke pastores moeten daarom zeer “omzichtig” zijn als ze iets “teders” doen naar een vrouw. Ze moeten ook de vanzelfsprekendheid van de voor hen natuurlijke en spontane gebaren in twijfel trekken aangezien vrouwen daar anders over kunnen denken. Hij betreurt het dat de kerk in deze niet erg heeft meegewerkt, en dan heeft hij het over de machtspositie van de man.

Van Boxel gaat vervolgens nog even door op de getraumatiseerde vrouw, die niet alleen in de psychiatrie te vinden zijn maar ook in de parochie. Triest is het voorbeeld dat hij geeft van een vrouwelijke patiënte met wie hij een goed contact had en die hij een tikje op haar arm gaf; die bleek vol verwondingen te zitten die ze zichzelf had toegebracht. Het maakt dat hij voorzichtiger is geworden aangezien je vaak van buitenaf de beschadigingen en gevoeligheden niet kunt overzien. Zeker in de psychiatrie, waar mensen zich vaak geen raad weten met hun emoties, alsmede met hartelijkheid en nabijheid.

Uit nog een ander voorbeeld blijkt dat de pretentie om anderen te helpen niet altijd goed uitpakt. Hiermee doelt hij op echtgenoten die zich jaloers en bedreigd voelen door “die begripvolle pastor” met wie hun vrouwen zo goed kunnen praten.

Tot slot zegt hij over vrouwen dat ze vermoedelijk meer onbevangen naar hem zijn vanwege zijn celibataire status. Dit naar aanleiding van Voetens opmerkingen over zijn homoseksuele aard.

De laatste waarschuwing van Van Boxel betreft de asymmetrie in een hulpverlenerscontext. Ondanks dat deze context democratischer is geworden, is de hulpvrager nog altijd afhankelijk en dat maakt hem of haar kwetsbaar. Wellicht geldt dit nog meer in het parochiepastoraat dan in het ziekenhuis, waar de rol van de pastor duidelijker is omdat het contact daar binnen vast omlijnde kaders plaatsvindt, wat niet het geval is als hij of zij bij de mensen thuis komt.

Carl van Boxel eindigt zijn artikel met een pleidooi voor intervisie, wat volgens hem kan helpen om op een goede manier met aanraken om te gaan. Mede hieruit blijkt dat hij nog steeds gelooft in de helende kracht van de aanraking.

---

<sup>293</sup> Van Boxel 1995, 21-23.

#### *Bron 4.6 Maickel Prasing<sup>294</sup>*

Maickel Prasing schrijft dat de mate van “tactiliteit” per pastor verschilt, en dat hij zelf niet zo tactiel is. Hij vindt het niet fijn als iemand ongevraagd met zijn of haar handen aan zijn lijf zit; “sommige mensen denken dat ze heel nabij zijn als ze aan me zitten, maar dat valt dus reuze mee”. Hij prefereert een stevige handdruk, waarbij hij de ander recht in de ogen kijkt. Die handdruk krijgen pastoranten dan ook altijd van hem. Maar als er niets bijzonders aan de hand is blijft het daarbij; Prasing is in een pastorale relatie terughoudend met aanrakingen. Anders is het wanneer er sprake is van lijden of als verbale communicatie onmogelijk is, al kost hem dit vaak moeite:

Ik schroom overigens niet – al moet ik mezelf steeds overwinnen – om in de rouwkapel van onze kerk mijn arm om iemand te leggen die verdriet heeft en bij mensen thuis, vlak na een sterfgeval, gebeurt dat ook wel eens. Wanneer het contact met een zieke of stervende niet meer verbaal kan geschieden, kan een vastgehouden hand of het strelen van iemands hoofd of hand heel diep gaan en veel meer betekenen dan dozijnen van gesprekken.

Indrukwekkend is zijn verhaal over het bezoek aan een parochiaan in het huis van bewaring. Prasing heeft toen bewust en nadrukkelijk zijn hand vastgehouden, in de wetenschap dat hij met die hand zijn echtgenote had gewurgd. Dát vond Prasing een gebaar met diepgang.

#### *Bron 4.7 Kees van Eyck<sup>295</sup>*

Van Eyck betreurt het dat Prasing en andere pastores met vragen over aanraken (in 1995) niet kunnen terugvallen op een beroepscode waarin op dit gebied eisen en grenzen gesteld worden. Er zijn geen objectieve richtlijnen die voorschrijven wat wel en niet kan. Met als gevolg dat een pastor vooral zijn of haar eigen gevoel moet volgen. In dit kader begrijpt Van Eyck Prasings opmerking wel dat de mate van tactiliteit per pastoraal werker verschilt, maar hij vindt dit als vertrekpunt voor het aanraken onvoldoende; de vereniging voor pastorale werkers (VPW) moet met de beroepscode aan de slag.

Zolang die er nog niet is, doet Van Eyck zelf een voorstel omtrent het aanraken. Zijn “basisregel” luidt als volgt: “een pastorale relatie kent, buiten de handdruk bij de begroeting, geen elke reden tot welk lichamelijk contact dan ook”. Er zijn echter, zo schrijft hij, uitzonderingen. Er zijn soms situaties die vragen om aanrakingen. Die situaties zijn al door de andere pastores benoemd: handoplegging bij het sacrament der zieken, als mensen intens verdrietig zijn of als verbale communicatie onmogelijk is. Aanraken kan dan, aldus Van Eyck, een manier zijn om nabij te zijn en betrokkenheid te tonen. Ook zegt hij in dit kader dat het meer kan oproepen of zeggen dan woorden.

#### *Bron 4.8 Eric van Rosmalen<sup>296</sup>*

Het laatste artikel is geschreven door Eric van Rosmalen. Hij benadrukt dat voor het voeren van een pastoraal gesprek meer nodig is dan het beheersen van bepaalde gespreksvaardigheden. Essentieel is “een grondhouding van openheid, aanvaarding en fijngevoeligheid”. Ook heeft hij het over – denk aan humanistisch psycholoog Rogers – een empathische, invoelende en luisterende houding.

Het gesprek zelf bestaat uit verschillende “niveaus”, waaronder dat van de betrekking. Op dit niveau klinken gevoelens mee, en wel van schrik, verlegenheid, verdriet en boosheid. Op zulke momenten kan er aldus Van Rosmalen sprake zijn van aanrakingen, die datgene onderstrepen “(...) wat gevoeld wordt vanuit wat de ander in het gesprek heeft aangedragen”. En die aanrakingen vinden dan plaats “in de sfeer van het gesprek”. Wat voor hem betekent dat achteraf vaak niet gezegd kan worden hoe het gebeurde, alsmede dat er “spontaan gevoeld” werd of men het aanraken al dan niet waardeerde.

---

<sup>294</sup> Prasing 1995, 10-12.

<sup>295</sup> Van Eyck 1995, 5-7.

<sup>296</sup> Van Rosmalen 1995, 7-8.

Vervolgens doet Van Rosmalen een poging om die sfeer nader te schetsen. Hij gebruikt daarvoor woorden als “wederkerigheid”, “ontmoeting”, “vertrouwd met elkaar worden”, “enigszins van elkaar gaan houden”, “vriendschap” en “respect”. Uit dit alles blijkt dat de pastor ook iets van zichzelf geeft en dat eigen ervaringen op de achtergrond mee resoneren. Wel moet de pastor – zo waarschuwt Van Rosmalen – beseffen dat hij of zij op de pastoraat gericht moet blijven, alsmede dat deze een afhankelijke positie heeft. Dit noodzaakt een houding van terughoudendheid, bescheidenheid en zorgvuldigheid. Zo bepaalt de ander wat wel en niet kan in het gesprek. Als voorbeelden van aanrakingen noemt Van Rosmalen het vasthouden van de hand, en de arm om of een “kameraadschappelijke klap” op de schouder.

*Bron 5 De presentiebenadering van Andries Baart (2001 e.v.)*

Andries Baart zijn we al eerder in deze thesis tegen gekomen (zie § 9.1.4) toen zijn essay over aandacht behandeld werd. Dat hij zich verdiept heeft in dit onderwerp is niet toevallig; aandacht is voor hem de basis van de zogenaamde presentiebenadering.<sup>297</sup> Deze benadering is Baart op het spoor gekomen door - jarenlang - pastores in achterstandswijken te volgen. Vervolgens heeft hij een dik boek geschreven om presentie theoretisch te funderen. En in dat boek - ‘Een theorie van de presentie’ (2001) - staan een aantal inhouden die mogelijk helpen om het aanraken in het pastoraat nader te onderbouwen, hoewel Baart zijn theorie niet voor dit doel schreef. Daarnaast is er beknopt e.e.a. over aanraken te vinden omdat één van de onderzochte pastores – “Anne” - fysiek aangelegd is.

Het is lastig om in het kort de essentie van de presentiebenadering weer te geven. Baart zelf heeft de presentiebeoefening in een lang citaat als volgt samengevat:

Een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en in die aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie h/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw.<sup>298</sup>

Op drie - voor de thesis interessante - zinsdelen uit dit citaat wordt nu ingezoomd:

1. Aandachtige betrekking → In de presentiebenadering staat de relatie voorop.<sup>299</sup> Vandaar dat de presentiebenadering – ook door Baart zelf – als een vorm van zorgethiek gezien wordt.<sup>300</sup> Relationaliteit is immers een zorgethisch kernthema (zie § 4.1.4). Om daadwerkelijk met iemand een relatie aan te gaan is – hoewel dit niet maakbaar is – aandacht nodig. Baart ziet aandacht namelijk als een “gevoelig instrument” dat in staat is om “minieme tekenen” waar te nemen, waarbij hij de waarneming van iemands gemoedstoestand als voorbeeld noemt. Hij omschrijft aandacht zelfs als een “scheppingsdaad”: “het roept iemand tevoorschijn, geeft hem een bestaan voor mijn oog, gunt hem een identiteit die hem het leven schenkt, waarmee hij zichzelf kan zijn, en waarin hij ook aan zichzelf beschikbaar kan komen”.<sup>301</sup> Het belang van dit alles is pas goed te begrijpen als je kijkt naar de doelgroep van de pastores. Ze opereerden in achterstandswijken waar veel armoede en daarmee samenhangende problematiek heerst. Baart noemt de bewoners van deze wijken “sociaal overbodigen” omdat de term ‘armen’ de lading onvoldoende dekt. Het gaat namelijk niet enkel om het arm zijn, het gaat erom dat er niet naar ze omgekeken wordt. Ze zijn dus niet in tel, wat enerzijds te zien is aan de “ondermaatse bejegening en behandeling door welgestelde en maatschappe-

<sup>297</sup> Baart 2005, 157.

<sup>298</sup> Baart 2005, 40-41.

<sup>299</sup> Baart 2001, 737-738, 755; Van Heijst 2008, 162.

<sup>300</sup> Van Heijst 2008, 171, 211; Timmermann 2010, 59.

<sup>301</sup> Baart 2005, 64-66, 126.

lijk geslaagde mensen”. Anderzijds is er sprake van “een stagnerende zinbeleving” bij degenen die het treft.<sup>302</sup>

De pastores nu hielpen juist deze mensen - door met ze in relatie te gaan staan en door te laten voelen dat ze goed zijn zoals ze zijn - tevoorschijn te komen. En dat is nu precies waar het bij presentie om draait, aldus hoogleraar in presentie en geestelijke gezondheidszorg Anne Goossensen.<sup>303</sup>

Wie zojuist (bij Moltmann-Wendel en Van Segbroeck) gelezen heeft over de verhalen van Jezus die door aanraking de hele mens geneest, kan de parallel - tussen de sociaal overbodigen, de zieken van Jezus en mensen met dementie - niet ontgaan zijn. Helemaal wanneer gesteld wordt – op basis van Timmermanns analyse van dementie als een zeer gevreesde ziekte (zie § 5.3), alsmede op basis van Baars’ conclusie dat ouderen “weggestopt” worden (zie § 5.1). – dat dementerenden ook sociaal overbodig zijn in onze maatschappij. Daarnaast kan de diagnose dementie eveneens gevoelens van zinloosheid oproepen (zie § 1.2).

2. Wie kan ik voor de ander zijn → In het vorige hoofdstuk (zie § 9.1.4) is aan bod gekomen dat aandacht inschrijfbaar maakt, waarmee Baart bedoelt dat het er vooral om gaat wie je voor de ander kunt *zijn*, i.p.v. wat je voor de ander kunt *doen*. En dit betekent weer dat je je niet moet vastpinnen op je beroepsrol.<sup>304</sup> Heel duidelijk zien we dit terug bij “Anne”, één van de pastores die participeerde in het onderzoek van Andries Baart. In eerste instantie vervult ze voor haar pastoranten vaak een “methodische rol” als helper, bemiddelaar, formulier-invuller enzovoorts. Al gaandeweg ontstaat er dikwijls een meer persoonlijke band en verandert ze van rol, die – zo schrijft Baart - de trekken kan aannemen van een goede buurvrouw, vertrouwenspersoon, coach en bondgenoot, en soms zelfs van een familielid. Gelijktijdig, maar lang niet altijd, is ze ook expliciet pastor voor hen.<sup>305</sup>

Pastor Anne is dus ‘inschrijfbaar’ in die zin dat zij posities inneemt die op dat moment nodig zijn voor de ander. Vaak zijn dit lege plekken rondom deze persoon. Pastor Anne treedt dan tijdelijk op *als* o.a. de afwezige moeder, zus, tante of buurvrouw. Zo gaat ze met kinderen (ze trekt veel met kinderen op, maar bij jongeren en volwassenen handelt ze vergelijkbaar) naar de zwemles en naar de dokter, steekt ze in nieuwe kleren als de oude versleten zijn, haalt ze op uit school e.d. Vervolgens – als het aanbod van pastor Anne gewerkt heeft – verlaat ze haar positie zodat de echte moeder, zus, tante, buurvrouw deze weer kan innemen. Pastor Anne waakt ervoor die plaats definitief over te nemen, al is het soms lastig om de rol los te laten en - waar mogelijk - terug te geven.<sup>306</sup>

Voor deze thesis is de idee van rolinschrijving interessant. Met behulp van Laura Reedijk-Boersma kan dit duidelijk gemaakt worden. Zij schreef dat oudere mensen steeds meer geliefden, familieleden en vrienden verliezen. Er ontstaan dus lege plekken om hen heen. Hierdoor worden ze steeds minder ‘zomaar’ aangeraakt. Ook omdat verpleegkundigen – zo bleek uit onderzoek – vooral functioneel aanraken (zie inleiding hoofdstuk 6). Tegelijkertijd denkt Reedijk-Boersma (zie bron 1) dat juist ouderen vaak behoefte hebben aan aanraken vanwege het feit dat ze kwetsbaar en niet meer in tel zijn. Een geestelijk verzorger kan in dit gat springen door ouderen en mensen met dementie affectief aan te raken, zoals een vriend(in) of familielid dat kan doen, ook al past fysiek contact op het eerste oog niet bij het beroep van pastor.

Overigens zijn aan deze roliname wel risico’s verbonden. Baart heeft het in dit kader over “rolspanningen”, waar o.a. Laura Reedijk-Boersma (bron 1 en 3.1) en Didier Pollefeyt (zie § 10.2) op wezen. Als pastor ben je immers geen vriend of zus of wat dan ook, en ben je er slechts tijdelijk (in principe binnen je werkuren, voor zolang de baan duurt), terwijl de pastorant ontzettend aan je kan hechten en wellicht torenhoge verwachtingen heeft. Baart en Pollefeyt tippen beiden dus de spanning aan die je als pastor kunt ervaren tussen afstand en nabijheid. Die nabijheid is, aldus Baart, zowel de grote waarde van het pastorale aanbod, als de grootste valkuil!<sup>307</sup>

---

<sup>302</sup> Baart 2001, 318-319.

<sup>303</sup> Goossensen 2011, 4.

<sup>304</sup> Baart 2005, 54.

<sup>305</sup> Baart 2001, 163.

<sup>306</sup> Baart 2001, 166, 273.

<sup>307</sup> Baart 2001, 615, 631, 655.

3. Gevoel voor subtiliteit → Als pastor dien je volgens Andries Baart gevoelig te zijn om signalen op te kunnen pikken en tussen de regels door te kunnen lezen.<sup>308</sup> Zojuist zagen we dat aandachtig zijn hiertoe voor Baart een “instrument” is. Hoogleraar Anne Goossensen schrijft iets soortgelijks; “de kern van het zorgwerk is sensitiviteit voor de ander”.<sup>309</sup> Bij verscheidene pastores - alsook verpleegkundigen (zie § 9.3) - zie je dit terug in hun denken over aanraken in het pastoraat. Eric van Rosmalen (zie bron 4.8) is hier het meest expliciet in; een grondhouding van “fijngevoeligheid” is voor een pastor noodzakelijk. Ook schrijft hij dat het aanraken vaak spontaan gebeurt in “de sfeer van het gesprek”. Laura Reedijk-Boersma (bron 1 en 3.1), Ancilla Martens (4.2), Hetty Bos (4.3), en Rob van Uden (4.5) gebruiken woorden als: “hart”, “intuïtie” en “spontaniteit”. Georges Lambrechts (bron 3.2) tenslotte geeft aan dat we pas goed (non)verbaal kunnen communiceren als we “lichamelijk bij onszelf zijn”, waarmee hij bedoelt dat we onze eigen gevoelens helder hebben, alsmede alle indrukken die we opdoen én verspreiden via onze zintuigen.

Het bovenstaande wijst erop dat aanraken en presentie goed samen kunnen gaan. Pastor Anne heeft dat als het ware ook getoond in haar omgang met de buurtbewoners. Andries Baart heeft haar manieren van zijn en doen geanalyseerd en hieruit blijkt dat zij zeven manieren of “bekrachtigingsvormen” heeft om de - prille - relatie met de pastorant te bevestigen en uit te bouwen. Één van die bekrachtigingsvormen is heel fysiek; er wordt gekroeld, gestreeld, gezoend, geaaid en ze legt mensen de handen op. Vooral de kinderen zijn volgens pastor Anne heel lichamelijk. Ze raakt hen aan en laat zich ook door hen aanraken:

Er waren kinderen die contact zochten, die de kans grepen als we even alleen waren. En ik deed dat andersom naar hen, vooral die het zelf niet durfden. En ik ontdekte al snel de enorme hunkering naar aandacht, zowel geestelijk of in tijd, als puur fysiek. (En o, wat een herkenning, wat een flashbacks naar m'n eigen kind-zijn...!) De kleintjes die heel direct een knuffel willen, op schoot, gestreeld, een aai over hun bol. De groten indirect: die gebruiken me meer als klimpaal, als paard, of sloegen me van zich af en daagden me uit of zo – als die knuffel, die streling er maar bij zit!<sup>310</sup>

Op heel fysieke manieren wordt er dus contact gemaakt en wordt de relatie met pastor Anne vormgegeven. Ze zegt hierover dat het niet alleen bij kinderen zo werkt. Er zijn volwassenen die haar ineens zoenen, en zelf legt ze ook wel eens een hand op een schouder. Niet zelden breken mensen op zo'n moment. En dit komt overeen met wat enkele pastores in de *Periodiek* schreven en dat onder hen het meest duidelijk verwoord is door Jan Voeten; hij gaf aan dat mensen soms pas echt loskwamen toen ze werden aangeraakt.

Mooi is het voorbeeld van een vrouw die tegen pastor Anne zei dat er iets ergs gebeurd was, en vervolgens over iets anders begon te vertellen. Ze raakte dus het onderwerp figuurlijk niet aan, en pastor Anne respecteerde dit en vroeg er niet naar. Tot mevrouw bij het afscheid in de deuropening in het kort vertelde wat er werkelijk aan de hand was. Daarop raakte pastor Anne haar letterlijk aan, waarop de vrouw ontzettend begon te huilen. De pastor beseftte dat mevrouw zich groot had gehouden als ze haar niet had aangeraakt. Ze weet dus dat ze – zo legt Baart uit - door *de persoon* aan te raken, tevens *de kwestie* aanraakt:

Het aanraken is tegelijk een liefdevolle relatie bevestigen en het openen (laten uitbreken) van wat in de diepte ziek. Aanraken als bekrachtiging van wat je met elkaar op hebt of kunt hebben, en daarmee als het scheppen van de relationele context waarin het moeilijkste te voorschijn kan komen: de gekwetste en gekwelde mens die zich niet tonen durft.<sup>311</sup>

En deze definitie van aanraken sluit goed aan bij de definitie die in deze thesis leidraad is; aanraken is het fysieke, niet strikt noodzakelijke contact, dat niet gericht is op seksualiteit, met als doel om de ander te ontmoeten, waarbij hij of zij versterkt, ondersteund en bevestigd wordt (zie § 3.4).

---

<sup>308</sup> Baart 2001, 811.

<sup>309</sup> Goossensen 2011, 12.

<sup>310</sup> Baart 2001, 141-142.

<sup>311</sup> Baart 2001, 142-143. Vgl. Cassiers 2009, 220, 226.

Het Academisch Centrum voor Praktische Theologie van de universiteit van Leuven heeft samen met uitgeverij Halewijn het initiatief genomen voor de zogenaamde Leuvense Cahiers voor Praktische Theologie. De cahiers zijn boeken waarin onderwerpen uit de concrete pastorale praktijk theologisch doordacht worden. In 2010 is het boek 'Lichaam en levensadem' uitgegeven, met als ondertitel 'Pastorale zorg voor de hele levende mens'. Het doel van dit cahier is vergelijkbaar met het doel van 'Met heel mijn lijf' van de KBS (zie bron 3); men wil het huidige schoonheidsideaal ontcrachten door een meer realistisch en bevrijdend beeld van het lichaam te schetsen.

'Lichaam en levensadem' bestaat uit verschillende bijdragen, waarvan reeds een aantal in deze thesis gebruikt zijn. Naar drie bijdragen gaan we (opnieuw) kijken. Het gaat om de artikelen van 1) Linus Vanlaere, Trees Coucke & Chris Gastmans, van 2) Axel Liégeois en van 3) Roeland Polspoel, Katrien Cornette, Lut Casteur, Bert Defreyne, Anne Gessler, Dirk Hooft & Lucas Lissnijder.

Bron 6.1 '(On)gewenste aanraking' van Linus Vanlaere, Trees Coucke & Chris Gastmans<sup>312</sup>

Vanlaere, Coucke & Gastmans reflecteren op het "wasgebeuren" in de ouderenzorg. In hun artikel kijken ze naar de rol van het lichaam tijdens het wassen, om vandaar uit enkele voorstellen te doen m.b.t. de pastorale zorg. Die rol van het lichaam is in deze thesis reeds aan bod gekomen (zie § 6.1); wassen is niet enkel wassen, het is ook een praktijk waarin "waardigheid wordt gerealiseerd" mits de zorgverlener beseft dat mensen een "beziield lichaam" hebben. Uit onderzoek blijkt namelijk dat ouderen ervaren dat hun waardigheid op het spel staat als ze gewassen worden. Het wassen dient er kort samengevat niet enkel voor om schoon te worden; het gaat ook om het "respecteren en herstellen van waardigheid". En hiervoor is "authentieke menselijke" en "helende" aanwezigheid van de zorgverlener nodig. Helaas is hiervan lang niet altijd sprake, en kan het wassen een bron van lijden zijn voor degene die het ondergaat.

Volgens Vanlaere, Coucke & Gastmans is pastorale zorg gericht op de erkenning van het persoonlijk lijden van mensen. Pastores mogen hun ogen dan ook niet sluiten voor het verdriet dat ontstaat wanneer men ongeïnteresseerd aangeraakt wordt tijdens het wassen. Daarnaast menen ze dat "niet-instrumentele aanraking" helend is, en vragen ze zich hardop af waarom een pastor bijvoorbeeld geen voetbad kan geven. Ook schrijven ze mooi dat het aanraken van de ander een "uiting (...) van erkenning, een diep 'begrijpen' en respect" kan zijn. "Zeker als het lichaam al erg geschonden is, dikwijls aangeraakt zonder erkenning, kan zomaar een hand op de schouder een heel krachtig signaal zijn." Wel geven ze aan dat het aanraken ten dienste moet staan van de pastorale begeleiding, alsook dat men bedacht moet zijn op de grenzen die de oudere op dit gebied aangeeft. Een goedbedoelde aanraking kan namelijk het gevoel van onmacht en schending versterken, wat vergelijkbaar is met wat Laura Reedijk-Boersma (zie bron 3.1) hierover schreef.

Bron 6.2 'Een ethiek van de lichamelijke aanrakingen tijdens de pastorale begeleiding' van Axel Liégeois<sup>313</sup>

In deze thesis is reeds de definitie van geestelijke verzorging van Liégeois besproken (zie § 2.2). Daarnaast is zijn definitie van aanraken beschreven, alsmede de verschillende soorten - toevallige, expressieve en ondersteunende - aanrakingen (zie § 3.2). Mede op grond van dit alles is de definitie van aanraken die in deze thesis leidend is, tot stand gekomen (zie § 3.4).

Het doel van zijn bijdrage in 'Lichaam en levensadem' is een ethische reflectie op lichamelijke aanrakingen in de pastorale begeleiding. Voor een dergelijke reflectie is een "ethisch denkkader" nodig. En hiervoor put Liégeois uit de traditie van de christelijke ethiek, specifiek uit de theorie van de "bronnen van de moraliteit". Deze bronnen - te vinden in de catechismus van de katholieke kerk - zijn: de omstandigheden, de intenties van de handelende persoon en het object van de handeling. Liégeois past die bronnen toe op lichamelijke aanrakingen in het pastoraat,

<sup>312</sup> Vanlaere, Coucke & Gastmans 2010, 189-204.

<sup>313</sup> Liégeois 2010a, 91-106.

mede aan de hand van een casus waarin een mannelijke pastor een net gescheiden vrouw in zijn armen neemt omdat zijn woorden haar tranen niet doen stoppen. Ze wordt er rustig van en de pastor zegt blij te zijn dat hij haar heeft vastgehouden en getroost. Achteraf verneemt hij echter dat ze in de war is door de aanraking en door zijn woorden. Hoe moest ze dit interpreteren? Dit alles leidt tot de volgende uitwerking:

- De omstandigheden → Liégeois doelt met omstandigheden op de pastorale relatie. Typisch voor een dergelijke relatie is dat ze – en dit is een zorgethisch kernthema (zie § 4.1.2)! – asymmetrisch is. Dit vanwege het feit dat de pastor (doorgaans) een kerkelijk ambt bekleedt en daardoor door de pastorant als vertegenwoordiger van God en / of van de kerkgemeenschap gezien kan worden, wat hem of haar in de ogen van de ander soms bijna “bovenmenselijk” maakt. Daarnaast is er sprake van machtsongelijkheid omdat de pastor door opleiding en ervaring een professional is op het gebied van levensbeschouwelijke begeleiding. Dit alles wil trouwens zeker niet zeggen dat de gesprekspartners ongelijkwaardig zijn, of dat de relatie niet wederkerig is.

De asymmetrie wordt nog versterkt doordat de pastorant zich kwetsbaar opstelt door te praten over emoties en situaties uit de privéfeer. Dit doet hij of zij omdat er van de pastor e.e.a. verwacht wordt op grond van diens ambt en professionaliteit. Om de machtsongelijkheid niet te groot te laten worden, is voor Liégeois het versterken van de ander overigens een van de doelen van de pastorale begeleiding (zie § 2.2).

Een pastor moet zich te allen tijde bewust zijn van de afhankelijke en kwetsbare positie van de pastorant. Hij of zij moet beseffen dat die positie de kans doet toenemen dat een aanraking als grensoverschrijdend ervaren wordt, zo schrijft Liégeois. Ook kan men denken dat het aanraken bij een pastoraal gesprek hoort. Hoe het ook zij, het is voor de pastorant – in deze casus de vrouw – meestal lastig om aan te geven dat hij of zij niet aangeraakt wil worden.

Omdat de pastor de grootste macht heeft in de relatie, heeft hij of zij ethisch gezien ook de grootste verantwoordelijkheid. Zelfs als het de ander is die aanraakt.

- De intentie of het doel van de pastor → Het doel van de pastorale begeleiding is het versterken van de gesprekspartner “(...) zodat hij / zij de eigen zin- en geloofsbeleving kan (...) verdiepen”. Het aanraken moet aan dit doel bijdragen, al zal dit enkel indirect zijn (zie § 2.2 en § 3.2). Zo kan het aanraken de vrouw troosten, waardoor ze de kracht vindt om – zo schrijft Axel Liégeois – te werken aan de zin- en geloofsbeleving van haar relatie.

Het lastige is echter dat onze intenties zelden eenduidig zijn; vaak spelen er – al dan niet bewust – meerdere motieven een rol. De pastor kan bijvoorbeeld de idee hebben dat hij of zij álles moet doen om de ander te helpen. Mogelijk zijn er eveneens seksuele motieven aanwezig. De pastor kan zich fysiek aangetrokken voelen tot – in dit geval – de vrouw. En deze kans is groter naarmate hij zelf onvervulde seksuele behoeftes heeft. Liégeois noemt in dit kader overigens ook de mechanismes van overdracht en tegenoverdracht, waarbij onvervulde verlangens en problemen op een ander geprojecteerd worden en dus niet op de persoon die het betreft.

Een bijpassend thema dat hij aansnijdt is ‘integriteit’; een pastor moet eerlijk, waarachtig en oprecht zijn. Ethisch gezien betekent dit dat hij of zij “consequent handelt vanuit christelijk geïnspireerde waarden en normen, en van daaruit ook de grenzen van lichamelijke aanrakingen respecteert”. Zeker voor een pastor is dit uiterst belangrijk omdat hij of zij “een hogere werkelijkheid” representeert én op basis daarvan ook een vrijplaats is. Een gesprek met een pastor is daardoor voor Liégeois een “heilige ruimte”, waarin grensoverschrijdend gedrag uit den boze is!

Tenslotte schrijft Liégeois dat morele integriteit nauw samenhangt met psychische integriteit. Dit impliceert zowel zelfkennis als zelfzorg.

- Het object van de handeling → Dit object is de aanraking door de pastor. De vraag is of deze aanraking gepast is en in verhouding staat tot het doel – het versterken van de ander – van de begeleiding. Dit alles is lastig te bepalen. Daarom gaat Liégeois zoeken in de professionele regelgeving. Hier wordt hij echter niet veel wijzer van. In het kerkelijk recht staat dat de priester de nodige voorzichtigheid in acht moet nemen in een pastorale relatie, maar

dit vooral met het oog op het celibaat. De vereniging voor geestelijk verzorgers in zorginstellingen (VGvZ) doet het in dit opzicht beter; zij halen er ook de beleving van de gesprekspartner bij door te stellen dat de er niet zodanig aangeraakt mag worden dat de patiënt en / of geestelijk verzorger dit – naar alle redelijkheid - als seksueel of erotisch kunnen ervaren (zie § 10.1).

Liégeois heeft in andere literatuur nog gevonden dat aanraken veilig is als het beperkt blijft tot lichaamsdelen die geen seksuele betekenis zouden hebben – o.a. handen, armen, schouders en hoofd. Dit is volgens hem echter misleidend omdat de betekenis van de aanraking óók afhangt van de interpretatie van zowel de pastor als de pastorant. Vervolgens maakt Liégeois een keuze voor de interpretatie van de laatstgenoemde; of een aanraking gepast is wordt beslist door de gesprekspartner. Tot deze keuze komt hij omdat een pastorale relatie ingewikkeld is vanwege de aanwezige asymmetrie, de complexiteit van de intentie van de pastor en tot slot de vaak aanwezige mechanismen van (tegen)overdracht. Liégeois ziet zijn keuze voor de gesprekspartner bevestigd in de casus; de pastor had moeten beseffen dat zijn aanraking en zijn woorden voor een net gescheiden vrouw voor verwarring konden zorgen.

Liégeois concludeert aldus dat respect voor de beleving van de ander “cruciaal” is. Het lastige is dat de pastor een voorstelling moet maken van hoe de gesprekspartner de aanraking beleeft. Dit zal hij of zij doen op basis van de aard van de pastorale relatie, alsook op basis van factoren als “(...) leeftijd en geslacht, levensverhaal en toekomstverwachtingen, leefsituatie en emotionele toestand, en etnische en culturele achtergrond (...)”. Maar dan nog blijft het een inschatting.

Het veiligste is dan ook om voorafgaand aan de aanraking toestemming te vragen, zoals dat gebruikelijk is in de gezondheidszorg wanneer een zorgverlener een handeling wil verrichten. Het bezwaar hiertegen is dat het onnatuurlijk is en niet spontaan. Een tussenoplossing hiervoor is de mogelijkheid van impliciete toestemming, dat ook in de (Belgische) wet is geregeld. Dit principe houdt in dat de toestemming uit de woorden en of gedragingen van de ander afgeleid kan worden, nadat deze geïnformeerd is door de beroepsbeoefenaar. Het blijft echter gevaarlijk om op dergelijke wijze aan te voelen of de ander de aanraking waardeert. Daarbij blijft zowel bij de expliciete als de impliciete toestemming overeind staan dat door de asymmetrie en de mogelijke (tegen)overdracht de gesprekspartner niet (voldoende) voor zichzelf durft op te komen.

Gaandeweg wordt duidelijk dat Liégeois geen eenduidig antwoord kan geven op de vraag wanneer een aanraking gepast is. Wel geeft hij drie “elementen” die “houvast” kunnen bieden:

1. probeer zo goed mogelijk de beleving van de pastorant in te schatten;
2. begeleidt de aanraking met woorden, leg uit wat je doet of wil doen en wat voor betekenis dit voor jou heeft;
3. krijg toestemming van de pastorant en let daarbij op of de verbale en non-verbale signalen van hem of haar elkaar niet tegenspreken.

Tot besluit vat hij in zijn artikel in ‘Lichaam en levensadem’ de kernpunten van zijn verhaal samen. De drie elementen van het ethisch denkkader – de pastorale relatie, de intentie en de aanraking – verwijzen als het ware naar drie daarvan afgeleide grondhoudingen van de pastor, namelijk: verantwoordelijkheid voor de aanraking, integriteit zodat je waarachtig en betrouwbaar bent, en respect voor de beleving van de pastorant door te communiceren over de aanraking en er toestemming voor te vragen. Vanuit die grondhoudingen en aan de hand van die elementen kan de pastor afwegen om al dan niet aan te raken.

Overigens zijn het tweede en het derde element – communiceren en toestemming - wat verwarrend omdat ze beiden afbreuk doen aan de spontaniteit van een aanraking, wat Liégeois zelf ook niet wil. Daarbij is het woordelijk begeleiden van een aanraking niet handig ingeval er sprake is van een situatie waar geen woorden voor zijn. Verder schrijft hij niet of de toestemming expliciet of impliciet behoort te zijn. Gelukkig verschaft een artikel op de internetsite RKnieuws.net, dat geschreven is n.a.v. een lezing van Liégeois over lichamelijk contact in pastorale relaties, wat meer helderheid. In zijn lezing is hij meer uitgesproken. Hij zegt het erg te vinden dat pastores op veilig spelen en niemand meer durven aan te raken. Een aanraking kan namelijk “welsprekender” zijn dan woorden en de gesprekspartner ondersteunen. Wel blijft het oppassen omdat een aanraking “ambivalent” is en op meerdere manieren geïnterpreteerd kan

worden. Volgens Liégeois zijn er geen pasklare regels om met die ambivalentie om te gaan; “het is een kwestie van afwegen”. Inzake het toestemming vragen is hij heel duidelijk; dit werkt niet omdat dan het spontane van de aanraking eraf is. Over dat mondeling toelichten van de aanraking staat helaas niets vermeld op de internetsite.<sup>314</sup>

*Bron 6.3 ‘Leren uit ervaring’ van Roeland Polspoel, Katrien Cornette, Lut Casteur, Bert Defreyne, Anne Gessler, Dirk Hooft & Lucas Lissnijder<sup>315</sup>*

Het artikel van Polspoel en zijn zes mede-auteurs is heel praktisch van aard; ze vormen samen een intervisiegroep van pastores in de psychiatrie en het artikel is een neerslag hiervan. Theorievorming is niet hun doel, maar reflecteren op enkele casussen uit de praktijk. Toch is er wel wat theorie te vinden in hun schrijven. Zo is er te lezen dat lichamelijkheid in hun werk belangrijk is, om verschillende redenen. De eerste reden is dat een pastor doorgaans fysiek aanwezig en nabij is. De tweede reden is dat we ons lichaam nodig hebben om in contact te treden met de wereld om ons heen. Tenslotte geven ze aan dat het lichaam “beladen” is met betekenis. E.e.a. is reeds aan bod gekomen in deze thesis (zie hoofdstuk 7).

Dat lichamelijkheid zo belangrijk is maakt ook dat voorzichtigheid geboden is bij het aanraken. Iemand raakt (doorgaans) aan met een goede bedoeling, maar dat kan door de ander als heel negatief geïnterpreteerd worden. Aanmoedigend, bevestigend en / of troostend aanraken wordt dan bijvoorbeeld als een bedreiging, een betutteling of een valse geruststelling gezien. O.a. Didier Pollefeyt (zie § 10.2) en Axel Liégeois waarschuwen hier al voor.

Dit geldt volgens Polspoel e.a. des te meer voor mensen met een psychiatrische achtergrond, van wie de lichamelijke beleving ernstig gestoord kan zijn. Bij Carl van Boxel (bron 4.5) lezen we al dat zij zich vaak geen raad weten met emoties, met hartelijkheid en nabijheid. In het artikel van Polspoel e.a. worden hiervan allerlei voorbeelden gegeven. Er zijn patiënten die seksueel ontremd zijn, niet tegen aanrakingen kunnen, elke keer willen knuffelen, de aangereikte hand onder de dekens schuiven (waar verder niets gebeurt), enthousiast komen knuffelen in een manische bui...

Polspoel e.a. concluderen dan ook:

Doorgaans gaan mensen uit van een gemeenschappelijke basistaal van gebaren. Er zijn ongeschreven sociale regels in de omgang met elkaar. Zo gaan mannen en vrouwen verschillend met elkaar om. Ook heeft de leeftijd en de culturele achtergrond een rol. Door psychiatrische stoornissen kan het gebeuren dat mensen die gemeenschappelijke basistaal en sociale regels niet meer delen.

Dit houdt in dat je er als pastor - in de psychiatrie, maar niet ondenkbaar ook in de psychogeriatric - rekening mee moet houden dat “gewone conventies” niet gelden. Polspoel e.a. schrijven daarom dat het vaak een kwestie van “trial and error” is voordat je weet hoe een specifiek persoon op lichamelijkheid - en daarmee dus ook op aanraken - reageert.

Om toch enig houvast te geven aan pastores heeft de intervisiegroep een lijst met enige aandachtspunten opgesteld, die pastores kunnen helpen met het omgaan met lichamelijkheid. Deze lijst is vooral gemaakt om de grenzen van de pastor zelf te bewaken, waarbij men vermoedelijk uitgegaan is van het beeld van de patiënt die grensoverschrijdend lichamelijk contact zoekt. Het thema ‘grenzen trekken’ wordt namelijk veel genoemd in het artikel: “de vraag is vooral hoe je je eigen grenzen respecteert of laat respecteren, zonder dat de andere persoon zich erdoor afgewezen voelt”. Hierbij is het uiteraard ook van belang dat de ander tegen zichzelf in bescherming wordt genomen.

De uitgangspunten zijn:

- Voel ik me goed bij het gebeuren als iemand tot lichamelijke aanrakingen overgaat of een bepaald gedrag vertoont?
- Past het in de context?
- Is het buitensporig?

---

<sup>314</sup> Liégeois 2010b.

<sup>315</sup> Polspoel e.a. 2010, 205-218.

- Is het dwingend of spontaan?
- Is het repetitief of eenmalig?
- Is de bedoeling van de patiënt duidelijk of speelt er iets anders?
- Voel ik mij gemakkelijk met dergelijke handeling als anderen erbij zijn of laat ik het alleen toe als we alleen zijn (sociale aanvaardbaarheid)?
- Past het gedrag bij de persoonlijkheid van de patiënt (extravert of introvert)?
- Is het gedrag gekaderd in het ziektebeeld (manisch of ontremd)?
- Komt het gedrag exclusief bij mij voor, of ook bij anderen (feedback bij het team)?
- Werkt mijn houding een bepaald gedrag in de hand?

Met behulp van deze uitgangspunten merkten enkele pastores dat ze na verloop van tijd beter in staat waren om met lastige situaties om te gaan. Zo wordt voortaan de trap genomen met een patiënt die in de lift wel erg dicht bij de pastor gaat staan. En werd de patiënt, die een bos rozen had gekocht om haar genegenheid te tonen, gevraagd om deze in de kapel te zetten.

Aan het einde van hun artikel geven ze aan dat het soms onvermijdelijk is dat aanrakingen – door de patiënt of door de pastor – verkeerd aflopen. Maar aangezien “lichamelijkheid in de zin van volle aanwezigheid (...) een kerntaak van het pastoraat” is, “moeten we ons als pastores riskeren”. Dit omdat er anders – zo schrijven Polspoel e.a. – niets gebeurt. Dit riskeren moet evenwel “verstandig” gebeuren, wat wil zeggen dat men “voorzichtig voldoende afstand” moet bewaren.

Ook de intervisiegroep komt dus uit bij het thema van spanning tussen afstand en nabijheid, en kiest ervoor om het uit te houden in die spanning, door niet bij voorbaat het aanraken te vermijden.

#### **10.4 Aanwijzingen voor een geestelijk verzorger**

Pollefeyt (zie § 10.2) meent dat “intieme aanrakingen” niet passen in de pastorale begeleiding, terwijl er genoeg theologen en pastores zijn (zie § 10.3) die daar anders over denken en die – alles bij elkaar – veel gedachten hierover op papier hebben gezet. In deze paragraaf wordt dit materiaal geanalyseerd aan de hand van dezelfde thema’s als waarmee de onderzoeken naar het aanraken door verpleegkundigen (zie hoofdstuk 9) in kaart zijn gebracht. Als eerste wordt namelijk gekeken naar de betekenissen die het aanraken kan hebben voor de pastorant (§ 10.4.1). Daarna volgen de mogelijke betekenissen voor de pastor / geestelijk verzorger (§ 10.4.2), alsmede voor mensen met dementie (§ 10.4.3). Tot slot is er aandacht voor de lichaamsdelen die door de pastores aangeraakt worden (§ 10.4.4) en voor de (ethische) voorwaarden voor het aanraken (§ 10.4.5).

##### **10.4.1 De mogelijke betekenissen voor de pastorant**

In hoofdstuk 9 maakten we kennis met Sung OK Chang, die het aanraken in de zorg (met name door verpleegkundigen) in vijf dimensies uiteen heeft gerafeld (zie § 9.1.1). Het bleek dat verpleegkundigen in het aanraken vooral het fysieke en het emotionele comfort voor de patiënt zagen. Er is toen (zie § 9.4 en § 9.5) ook het vermoeden geuit dat geestelijk verzorgers meer – en vooral - de spirituele dimensie van aanraken oproepen, alleen al door de verwachtingen die er aan zijn of haar beroepsrol kleven. Om te kijken of dit vermoeden juist is, worden nu de vijf dimensies van Chang nagelopen.

##### *Bevorderen van fysiek comfort*

Enkel Laura Reedijk-Boersma benoemt expliciet het fysieke comfort van het aanraken. Zij geeft aan dat zieken en stervenden het vaak fijn vinden als je met je koele hand hun voorhoofd aanraakt of afveegt met een doekje. Daarnaast komt het fysieke comfort indirect aan de orde in de analyse van de genezingsverhalen van Jezus. In die verhalen gaat het namelijk niet zozeer om de genezing van de kwaal, maar om wat dat teweeg brengt; ze krijgen er hun hele leven door terug. Verpleegkundigen hebben dus meer oog voor het fysieke comfort van het aanraken. Wat op zich niet vreemd is aangezien zij beroepshalve meer op het fysieke zijn ingesteld dan pastores.

### *Bevorderen van emotioneel comfort*

Het emotionele comfort is ook voor pastores heel erg belangrijk, zo niet het belangrijkste aspect van het aanraken. Wat aanraken volgens hen doet komt heel erg overeen met dat wat de verpleegkundigen erover zeiden, o.a. bevestigen, troosten, erkennen, vertrouwen geven, tot rust laten komen en betrokkenheid tonen. Verbaal kun je dit, aldus de pastores, vaak niet of niet zo sterk uitdrukken.

Het is overigens mooi om te zien dat pastores dikwijls net wat andere woorden kiezen; ze hebben het bijvoorbeeld vaker over “nabij zijn” en “houvast bieden”. En terwijl de verpleegkundigen aangeven dat ze door het aanraken meer de mens achter de zieke gaan zien, gebruiken (een aantal) pastores hiervoor de term “tevoorschijn komen”. In de genezingsverhalen is dit heel goed zichtbaar, evenals in de presentiebenadering, waarin pastores sociaal overbodigen het gevoel geven in tel te zijn door met ze in relatie te gaan staan.

Dát het aanraken kan bijdragen aan het doel van het pastorale gesprek – de ander versterken (zie § 3.4) – lijkt nu wel duidelijk te zijn. Helemaal wanneer blijkt dat aanrakingen ertoe kunnen leiden dat de pastorant zich durft over te geven aan (te openen voor) de pastor. Andries Baart (bron 5) heeft dit haarscherp geanalyseerd; door de persoon aan te raken raak je tevens de kwestie aan, en kan dat wat dwars zit naar buiten komen.

Helaas kan het aanraken ook helemaal verkeerd uitpakken. Een goed bedoelde aanraking kan o.a. als vernederend en respectloos ervaren worden.<sup>316</sup> Pastores lijken dit veel meer te beseffen dan verpleegkundigen. Vermoedelijk moeten zij zich hier ook meer bewust van zijn omdat een geestelijk verzorger op dit gebied wellicht ook meer ‘fout’ kan doen. Aanraken behoort namelijk niet tot het takenpakket van een pastor. Daarbij is een pastor / geestelijk verzorger representant van God, het ‘Hogere’, de kerk, en / of de gemeenschap, en die rol kan hem of haar – in de ogen van de pastorant - veel macht geven. Alles wat hij of zij doet wordt dan mogelijk eerder op een weegschaal gelegd.

In dit kader passen eveneens de opmerkingen van Laura Reedijk-Boersma (bron 1 en 3.1) en van Jan Voeten (bron 4.1) dat aanrakingen voor mensen die zeer verdrietig zijn vaak pijnlijk zijn. Eerstgenoemde schrijft ook dat sommige mensen überhaupt niemand in hun persoonlijke ruimte toe laten. Daar kan een kwetsuur aan ten grondslag liggen. We zagen o.a. bij Rob van Uden en bij Carl van Boxel (bron 4.4 en 4.5) dat seksueel misbruik en / of psychiatrische klachten daar debet aan kunnen zijn.

### *Bevorderen van het mind-body comfort*

Veel verpleegkundigen maakten geen scherp onderscheid tussen lichaam en geest, en zagen aanraken als een manier om een patiënt te leren omgaan met aandoeningen en gebreken. Bij de pastores is zoiets dergelijks niet te lezen. Wel benadrukt Georges Lambrechts (bron 3.2) de nauwe band tussen lichaam en geest – al noemt hij het zelf niet zo – door te stellen dat we de voeling met ons lijf kwijt zijn. Wat weer gevolgen heeft voor de (non)verbale communicatie met anderen. Iets vergelijkbaars is te lezen bij Lootens en bij Riemsdagh & Grolus (zie § 7.1.2).

### *Spirituele dimensie*

Chang benoemde de helende dimensie van het aanraken, een dimensie die ook door enkele gelovige verpleegkundigen erkend werd, in die zin dat ze hoopten dat ze via het aanraken de liefde van God doorgaven (zie § 9.1.1). Alleen bij pastores Laura Reedijk-Boersma (bron 1 en 3.1) en Ancilla Martens (bron 4.2) zie je duidelijk terug dat ze om deze reden – Gods nabijheid letterlijk laten voelen - aanraken in de pastorale begeleiding. Wel lees je bij andere pastores dat ze zieke mensen zegenen en de hand opleggen, wat doet vermoeden dat ook zij – meer formeel en ritueel – zo de aanwezigheid van God willen representeren. Het is niet voor niets dat diverse malen gerefereerd wordt aan de bijbelse genezingsverhalen, waarin Jezus op dezelfde manier met zieken omging.

Daarnaast valt op – wat hierboven reeds vermeld is – dat het taalgebruik van de pastores meer theologisch en pastoraal is, wat ook logisch is. Een voorbeeld hiervan is het woord ‘helen’, wat

---

<sup>316</sup> Vgl. Meul 1999, 69.

Chang overigens ook al gebruikte, maar wat we in dit hoofdstuk bij meerdere pastores zijn tegen gekomen. Er wordt dan gesproken over het genezen van de héle mens en over – zoals bij Chang – de helende kracht van aanraking. Theologisch gezien is dit mooi aangezien religie letterlijk ‘verbinding’ betekent en nu juist ervaringen van “het sacrale” – aldus theoloog Tjeu van Knippenberg (zie § 2.3.1) – zich kenmerken door het gevoel dat alle tegenstellingen opgeheven zijn.<sup>317</sup> Het gaat met andere woorden bij religie om het ervaren van een gevoel van heelheid.

Tenslotte moet opgemerkt worden dat de spirituele dimensie voor veel pastores belangrijk is, maar dat vooral de emotionele dimensie van het aanraken het meest zichtbaar is in de teksten die in dit hoofdstuk aan bod zijn gekomen. Men wil vooral de lijdende en de gekwetste mens nabij zijn en ondersteunen. Dit kan evenwel ook weer theologisch gemotiveerd worden, aangezien vanuit gelovig perspectief God óók nabij is!

### *Het vervullen van een bepaalde sociale rol*

Aan een beroepsrol kleven bepaalde verwachtingen, zo schreef Chang (zie § 9.1.1), en het is de vraag of men verwacht dat een pastor / geestelijk verzorger aanraakt. Deze vraag wordt verschillend beantwoord. Didier Pollefeyt (zie § 10.2) meent dat aanrakingen niet in de pastorale begeleiding thuishoren omdat dit voorbehouden zou zijn aan intieme relaties. En diverse andere pastores, zoals Maickel Prasing (bron 4.6) en Kees van Eyck (bron 4.7), vinden dat een handdruk meestal de enige toegelaten aanraking is, m.u.v. de handoplegging. Er is echter brede consensus – overigens niet bij Pollefeyt – over het aanraken van zieken, intens verdrietige mensen en van mensen die niet meer kunnen praten. Net zoals de verpleegkundigen (zie § 9.1.2) zijn de pastores dus eerder geneigd om mensen in lijden en in nood aan te raken. Laura Reedijk-Boersma (bron 1 en 3.1) legt uit dat dit komt doordat zij zo weerloos en kwetsbaar zijn dat ze lichamelijke nabijheid en warmte zoeken. En dit verklaart ook waarom mensen zelf geregeld het initiatief nemen tot het aanraken, zoals we lazen bij Elisabeth Moltmann-Wendel (bron 2), Frans van Segbroeck (bron 3.3) en bij pastor “Anne” (bron 5). Volgens Van Segbroeck is het algemeen menselijk dat vooral zieken een persoon of een voorwerp willen aanraken waarvan ze hulp of redding verwachten. En dat deze personen iets dergelijks verwachten van een pastor, komt weer – zo schrijft Liégeois (bron 6.1) – doordat zij (doorgaans) een ambt bekleden en deskundige zijn op het levensbeschouwelijk terrein. Het maakt dat mensen je – aldus Reedijk-Boersma (bron 1 en 3.1) – vaak dichtbij laten komen.

Aanrakingen lijken dus thuis te horen in de pastorale relatie, wat niet wil zeggen dat er altijd aangeraakt moet worden, en waarbij beseft moet worden dat het – wat haptonoom Bob Boot al aangaf (zie § 3.3) – niet gaat om de aanraking maar om hetgeen erin wordt uitgedrukt. In ieder geval mogen pastoranten, zeker zieken en kwetsbaren, wel degelijk verwachten dat ze in ieder geval zélf de geestelijk verzorger mogen aanraken. En niet zelden komen mensen – zo schrijft o.a. Jan Voeten (bron 4.1) – dan pas echt “los”. Het lijkt al met al bij de sociale rol van een pastor te horen. Daarnaast maakt de presentiebenadering (bron 5) duidelijk dat de vraag of het aanraken al dan niet past binnen een pastorale relatie, minder relevant is. De idee van inschrijfbaarheid laat immers zien dat een pastor zich niet strikt aan zijn of haar beroepsrol behoort vast te houden. Het gaat er vooral om wie je voor de ander kunt zijn en wat die ander op dat moment nodig heeft.

Overigens waarschuwen veel pastores (o.a. Van Boxel, bron 4.5) dat met het aanraken heel voorzichtig moet worden omgegaan, omdat de pastorant kwetsbaar is en er sprake is van machtsongelijkheid binnen de pastorale relatie die met de beroepsrol gepaard gaat. Zo kunnen zieken juist in hun afhankelijkheidspositie bevestigd worden door een ‘bemoedigend’ schouderklopje.<sup>318</sup> Je doet er als pastor dus niet altijd goed aan om zieken aan te raken.

---

<sup>317</sup> Van Knippenberg 2005, 72.

<sup>318</sup> Meul 1999, 69.

#### 10.4.2 De mogelijke betekenissen voor de pastor / geestelijk verzorger

Wat het voor een pastor / geestelijk verzorger betekent om aan te raken is voor een deel al in het bovenstaande verhelderd. Ze raken kort samengevat vooral aan om nabij te zijn, de ander sterker te maken en om Gods aanwezigheid letterlijk te laten voelen. Met woorden kun je dit vaak niet of niet zo goed tonen. En ze raken vooral zieke, kwetsbare en verdrietige mensen aan omdat zij meer behoefte zouden hebben aan lichamelijk contact.

Een veel terugkomend thema bij de pastores is de spanning tussen afstand en nabijheid, een spanning die eigen is aan de pastorale relatie. Lichamelijk gezien kan een geestelijk verzorger op de afstandelijke poot gaan zitten, wat Pollefeyt (zie § 10.2) voorstelt. Vanuit pastoraal en zorgethisch oogpunt - met name de kernpunten kwetsbaarheid en relationaliteit (zie § 4.1.3 en § 4.1.4) vragen hierom - lijkt het beter om dit niet te doen, maar om het uit te zien houden in deze spanning en mensen wel aan te raken als de situatie daarom vraagt. Ook al gaat het dan soms fout. De pastor moet zich – zo schrijven Polspoel e.a. (bron 6.3) heel mooi - “verstandig riske- ren”.

Het aanraken moet evenwel bij de pastor passen. O.a. Maickel Prasing (bron 4.6) merkt terecht op dat de “tactiliteit” van pastores verschilt. Het moet wel natuurlijk overkomen.

Interessant is dat zowel Carl van Boxel (bron 4.5) als Jan Voeten (bron 4.1) onderscheid maken tussen de verschillende settings van de pastorale relatie. Aanraken in een (psychiatrisch) ziekenhuis is volgens hen veiliger dan op de parochie of bij de mensen thuis, vanwege het feit dat het contact in een ziekenhuis binnen “vastomlijnde kaders” plaatsvindt.

In vergelijking met de verpleegkundigen benadrukken de pastores veel meer de gevaarlijke kanten van het aanraken, wat enerzijds te maken heeft met de (meestal) kwetsbare positie van de pastorant. Anderzijds heeft dit te maken met de asymmetrie – ook een zorgethisch kernpunt (zie § 4.1.2) – binnen de pastorale relatie. Vooral Axel Liégeois (bron 6.2) heeft hier op gewezen. Daarnaast zijn aanrakingen ambivalent; je weet nooit precies hoe de ander het beleeft.

De pastores benadrukken eveneens veel meer de rollen die geslacht, leeftijd en seksuele geaardheid kunnen spelen bij het aanraken. Laura Reedijk-Boersma (bron 1) vermoedt – en dit komt overeen met de verpleegkundige onderzoeken (zie § 9.1.3 en § 9.3.1) - dat ze makkelijker aanraakt doordat ze een vrouw van middelbare leeftijd is, waardoor haar aanraken iets moederlijks heeft. Ook geeft ze aan dat ze oudere mensen eerder aanraakt, waarschijnlijk omdat ze denkt dat seksuele gevoelens bij hen meer naar de achtergrond verdwenen zijn. Mannen moeten volgens haar niet zo snel tot aanraken overgaan.

Bij vele anderen is eveneens te lezen dat mannelijke pastores heel erg voorzichtig moeten zijn met het aanraken van vrouwen omdat dit al snel als erotisch geïnterpreteerd kan worden. Gek genoeg rept niemand over vrouwelijke pastores en mannelijke pastoranten. In ieder geval kan hieruit opgemaakt worden dat de seksuele geaardheid (en burgerlijke staat) van belang is, wat we reeds zagen bij Jan Voeten (bron 4.1) en Carl van Boxel (bron 4.5). De ene is homoseksueel, de ander is celibatair, en dat maakt volgens hen uit in hoe ze omgaan met aanraken.

De conclusie is dan ook – verwoord door Axel Liégeois (bron 6.2) – dat de beleving van het aanraken door de gesprekspartner afhangt van de aard van de pastorale relatie, van leeftijd, geslacht, levensverhaal, toekomstverwachtingen, leefsituatie, emotionele toestand en etnische en culturele achtergrond. Hieraan kan worden toegevoegd dat ook de leeftijd, het geslacht, de toekomstverwachtingen e.d. van de pastor zelf van belang zijn. De pastor moet op basis van al deze aspecten de beleving van de ander, én van zichzelf, inschatten.

In het volgende hoofdstuk – over de huid – wordt hierover hopelijk meer duidelijk. Daar wordt namelijk aandacht besteedt aan de culturele en genetische verschillen op het gebied van aanraken, alsmede aan de factor leeftijd.

Tot slot valt op dat pastores veelal spontaan en intuïtief aanraken, waarbij de eigen behoefte aan lichamelijk contact mee speelt. Van de ene kant is hier niets mis mee, zolang de pastor dit zelf beseft. Omdat met name de presentiebenadering (bron 5) en Eric van Rosmalen (bron 4.8) ons leerden dat subtiliteit, sensitiviteit en fijngevoeligheid – welke opgevat kunnen worden als vormen van intuïtie - nodig zijn om signalen van de ander te kunnen lezen. Én het vanuit zorgethisch perspectief van belang is dat een zorgverlener óók afstemt op zichzelf (zie § 9.3.3).

Van de andere kant mag van een pastor – een hoog opgeleide professional – verwacht worden dat er een theoretisch concept of visie aan het aanraken ten grondslag ligt.<sup>319</sup> Net zoals dat trouwens geldt voor de geestelijke zorg aan mensen met dementie, waar Rieke Mes werk van heeft gemaakt omdat dit eveneens ontbrak (zie § 2.3).

De indruk wordt overigens wel gewekt - hoewel veel pastores schrijven dat ze niet eerder gereflecteerd hebben op het aanraken – dat men over het algemeen wel degelijk (tact) weet of aanvoelt wanneer een aanraking gepast is, ook al gaat het wel eens fout. Helaas komt men – en dan slechts enkelen - niet verder dan het – trouwens wel heel mooie en treffende – beeld van Jezus als helende pastor, wat ook Saunders (zie § 2.3.2) als uitgangspunt heeft genomen voor zijn model voor pastoraat aan dementerenden, maar wat niet is toegespitst op het aanraken.

Een theologische visie op het aanraken in de pastorale begeleiding is (of was) geen doel van deze thesis, maar met behulp van de genezingsverhalen van Jezus en vooral de presentiebenadering van Andries Baart kunnen wel – hoewel het misschien overmoedig is? – beknopt de contouren van een dergelijke visie geschetst worden. Een visie die nog aangescherpt kan worden met de inhoud van de rest van deze paragraaf – over o.a. de voorwaarden van het aanraken – en mogelijk ook met de inhoud van de volgende hoofdstukken.

Eigenlijk zijn die contouren al grotendeels beschreven bij de samenvatting van de presentiebenadering (bron 5). Het komt erop neer dat aanraken:

- Kan passen binnen een aandachtige betrekking → Deze betrekking haalt de ander tevoorschijn, net zoals Jezus dat deed door zieken aan te raken. De aanraking is een vorm van fysieke bekrachtiging van de (potentiële) relatie, dat ervoor zorgt dat de ander durft te laten zien waar hij of zij mee kampt. Door het aanraken wordt weliswaar het risico genomen dat de spanning tussen afstand en nabijheid verkeerd uitpakt, maar vanwege de helende krachten van aanraking en vanuit zorgethisch perspectief moet een pastor dit risico soms nemen, alsmede deze spanning kunnen uithouden.
- Kan passen binnen een inschrijfbaar beroepsrol → Waarbij de pastor er vooral is voor de ander en doet wat nodig geacht wordt. Specifiek ouderen – en dus ook dementerenden – hebben vermoedelijk vaak behoefte aan aanraken omdat ze kwetsbaar zijn en omdat ze nog maar weinig ‘zomaar’ aangeraakt worden door het wegvallen van geliefden. Een geestelijk verzorger kan deze lege plekken proberen op te vullen door hen affectief aan te raken.
- Een (lichamelijk) aanvoelen vereist → De pastor moet zo goed als mogelijk aanvoelen wanneer een aanraking al dan niet gewenst en gepast is. Sensitiviteit is belangrijk!

Deze (presentie)visie op aanraken sluit goed aan bij het zielzorgconcept van Rieke Mes (zie § 2.3) dat zij speciaal voor mensen met dementie ontwikkeld heeft. Voor Mes is het in relatie staan namelijk ook “essentieel” om het “persoon-zijn” van de ander te “onthullen”. Tevens wijst ze op het belang van non-verbale communicatie, hoewel ze dit niet doortrekt naar het aanraken. Mes heeft overigens de presentietheorie wel besproken in haar dissertatie, maar het uiteindelijk niet als uitgangspunt genomen voor haar zielzorgconcept. De theorie voldeed niet aan alle criteria. Haar grootste bezwaar was dat de presentietheorie zich (oorspronkelijk) heel erg afgezet heeft tegen het interventionisme in de zorg, terwijl je hier op een psychogeriatrische afdeling niet aan ontkomt. Madeleine Timmermann (zie o.a. § 1.3) heeft hier in haar promotieonderzoek op voortgeborduurd.<sup>320</sup>

Wel is Mes heel positief over het mensbeeld en het Godsbeeld (hoewel de presentietheorie niet expliciet theologisch gefundeerd is) in de presentietheorie. Ook is ze enthousiast over o.a. het feit dat de presentiebeoefenaar naar de ander toe komt, niet op zoek gaat naar problemen en aandacht heeft voor het tragische in het leven. Mes vindt dit alles mooi passen bij de pastorale zorg aan mensen met dementie.<sup>321</sup> Net zoals geestelijk verzorger Jos Hettinga trouwens, die in de inleiding van deze thesis reeds voorbij is gekomen met zijn suggestie dat de “taal van de aanraking” een manier is om dementerenden te ontmoeten. Het uitwerken van de presentiebenadering t.b.v. pastoraat aan deze doelgroep lijkt hem van groot belang.<sup>322</sup>

---

<sup>319</sup> Meul 1999, 74.

<sup>320</sup> Mes 2011, 130-133.

<sup>321</sup> Mes 2011, 130-133.

<sup>322</sup> Hettinga 2006b, 151.

### 10.4.3 Dementie

In de literatuur die gevonden is over aanraken in het pastoraat schrijft alleen Laura Reedijk-Boersma (bron 1) over mensen met dementie. Aanraken is voor haar een manier om met hen te communiceren. Daarnaast is haar ervaring, als pastor in het verzorgingshuis, dat juist kwetsbare mensen – waartoe ze ook dementerenden rekent – dikwijls een grotere behoefte aan aanraken hebben, wat reeds in deze thesis aan bod is gekomen.

Frappant zijn de (ook) al genoemde parallellen tussen mensen met dementie enerzijds, en anderzijds zowel de zieken die Jezus genas als de sociaal overbodigen in de achterstandswijken. De parallel is dat ze geen van allen in tel zijn, maar – zo ver mogelijk – als het ware weer tevorschijn worden gehaald doordat ze door een ander worden bevestigd.

De opmerkingen van Carl van Boxel (bron 4.5) en Jan Voeten (bron 4.1) dat aanraken veiliger zou zijn in een zorgsetting, zijn rechtstreeks van toepassing op pastores die werken op de psychogeriatrische afdeling. Kennelijk vervaagt in een thuissituatie eerder het onderscheid tussen werk en privé, wat de kans vergroot dat de aanraking als erotisch ervaren wordt. In een zorginstelling zou aanraken veiliger zijn. En vermoedelijk is het ook wenselijker dat juist daar het onderscheid tussen werk en privé voor een pastor wel enigszins vervaagt – uiteraard niet in seksuele zin – omdat deze terreinen in een zorginstelling ook daadwerkelijk door elkaar heen lopen. De patiënten wonen immers op ‘jouw’ werkvloer en kunnen triest genoeg ’s avonds niet – zoals jij – naar huis toe gaan (zie § 10.2).

Tot slot leren de artikelen over pastorale zorg aan mensen in de psychiatrie dat het niet vanzelfsprekend is dat de ander dezelfde “basistaal van gebaren” hanteert. Het is aannemelijk dat mensen met dementie eveneens anders kunnen reageren op lichamelijke en op aanraken dan je normaliter zou mogen verwachten.

### 10.4.4 De lichaamsdelen die aangeraakt worden door de pastor / geestelijk verzorger

De pastores raken alleen lichaamsdelen aan waar ze zo bij kunnen, zoals handen, armen, schouders, wangen en hoofd. De pastorant hoeft zich dus niet te ontbloten. Een uitzondering hierop is de suggestie van Vanlaere, Coucke & Gastmans (bron 6.1) om de ander een voetbad te geven. De genoemde lichaamsdelen worden gestreeld, vastgehouden en / of ontvangen een “kameraadschappelijke klap”. Laura Reedijk-Boersma (bron 1) kust ook – oudere - pastoranten.

De pastor die zich het meest vrij lijkt te voelen op het gebied van aanraken is pastor Anne (bron 5); zij kroelt, streelt, zoent, stoeit, knuffelt e.d. Het betreft hier echter (kleine) kinderen, en zij communiceren in het algemeen op een meer fysieke wijze dan volwassenen (zie § 1.3). Bovendien heeft pastor Anne nóg een voordeel, in die zin dat aanrakingen door een vrouw eerder geaccepteerd lijken te worden. Pastor “Bas” bijvoorbeeld, wiens manier van werken in de achterstandsbuurt eveneens door Andries Baart is geanalyseerd, werd door enkele ouders al voor kinderlokker aangezien toen hij met een aantal buurtkinderen (alleen nog maar) gepraát had!<sup>323</sup>

In het begin van deze thesis (zie § 3.2) zijn de drie soorten aanrakingen die Axel Liégeois in het pastoraat onderscheidt weergegeven. De toevallige aanraking heeft geen betekenis voor de pastor, maar kan dat wel hebben voor de ander. De expressieve aanraking is bedoeld om een gevoel uit te drukken, waaronder genegenheid en bemoediging. Dit kan de pastor doen door o.a. de hand van de gesprekspartner vast te houden, of een schouderklopje te geven. De ondersteunende aanraking tenslotte – waarbij Liégeois het vasthouden van iemand als voorbeeld geeft - is intensiever en biedt veiligheid en bescherming.

Wanneer we deze drie soorten aanrakingen in ogenschouw nemen, dan valt op dat de expressieve aanraking het meeste voorkomt. Ondersteunende aanrakingen lijken uitzonderlijk te zijn. Zo geeft Reedijk-Boersma (bron 3.1) aan dat omhelzingen meestal te ver gaan, en Ancilla Martens (bron 4.2) doet dit alleen als de ander diep bedroefd is en de situatie het toe laat.

---

<sup>323</sup> Baart 2001, 76.

Opvallend is overigens dat niemand van de pastores het over masseren heeft. Eerder is aan de orde gekomen (zie inleiding hoofdstuk 9) dat een geestelijk verzorger eveneens zachtjes de handen of de schouders van een pastorant kan masseren, zoals o.a. ook gebeurt in het kader van het Namaste Care Programma (zie § 6.3). Tom Kitwood noemt het masseren trouwens eveneens als mogelijke interactievorm met mensen met dementie, wat nog aan de orde komt (§ 13.2).

Wellicht denken de pastores niet aan deze mogelijkheid omdat ze – m.u.v. Reedijk-Boersma enigszins – de dementerende mens niet voor ogen hadden tijdens het formuleren van hun visie omtrent aanraken. Een geestelijk verzorger die mensen met een ver gevorderd stadium van dementie bezoekt komt vermoedelijk eerder op de idee om te gaan masseren, vanwege het feit dat hij of zij frequenter (bedlegerige) patiënten ontmoet die niet meer kunnen communiceren. Bovendien treft een pastor deze mensen ook vaker alléén aan vergeleken met (zieke) mensen thuis of in het ziekenhuis. En voor het aanraken is dit een wezenlijk verschil. Het ligt immers niet voor de hand dat men gaat masseren als er geliefden of familieleden bij zijn, omdat zij dan de eerst aangewezen personen zijn om dit te doen; je mag niet – denk aan pastor Anne en de wijze waarop zij op de lege plaats gaat staan (zie § 10.3) – onnodig rollen van anderen overnemen.

Dat masseren niet iets vanzelfsprekends is voor pastores blijkt ook uit de uitleg van de drie soorten aanrakingen van Liégeois; masseren wordt door hem hierbij niet genoemd. Het lijkt het beste onder de ‘ondersteunende aanrakingen’ geschaard te kunnen worden, aangezien massages intensief zijn en langer duren dan ‘expressieve aanrakingen’.

#### 10.4.5 De (ethische) voorwaarden van het aanraken

De meeste pastores noemen, meer of minder expliciet, voorwaarden voor het aanraken. Deze zijn in dezelfde drie thema's ondergebracht als de voorwaarden die uit de onderzoeken naar het aanraken door verpleegkundigen (zie § 9.3) naar voren kwamen: 1) de relatie, 2) de houding, intentie en sfeer, en 3) de instemming.

##### *Relatie*

De verpleegkundigen constateerden dat aanraken behoort plaats te vinden in een relatie omdat het tijd zou kosten om iemand zo nabij te mogen komen (zie § 9.3). Alleen Laura Reedijk-Boersma (bron 1) schrijft iets soortgelijks. Veel andere pastores benoemen de relatie echter niet eens, of alleen het asymmetrische aspect ervan. Vinden ze het zo vanzelfsprekend dat je alleen iemand aanraakt met wie reeds een relatie is opgebouwd, dat ze het niet eens vermelden? Vermoedelijk is dit niet zo en dit vermoeden wordt gestaafd door de opmerking van Andries Baart (bron 5) dat aanraken een bekrachtiging is “van wat je met elkaar op hebt of kunt hebben”. Het aanraken kan dus ook een begin zijn van een relatie. Een relatie, die overigens soms niet langer dan één ontmoeting duurt; denk bijvoorbeeld aan pastoraat in het ziekenhuis, waar iemand een paar dagen later vaak alweer naar huis gaat. Dat hoeft echter niet te betekenen dat de ontmoeting geen diepgang heeft, of dat aanraken daardoor niet gepast zou zijn. En dit komt doordat mensen een pastor / geestelijk verzorger dikwijls, op grond van diens beroepsrol en – als het goed is – diens voorkomen, heel dichtbij laten komen, wat ook Reedijk-Boersma (bron 1) al aangaf. Pastoranten schenken een pastor vaak van te voren al vertrouwen, wat dan uiteraard nog waargemaakt moet worden.

Over die relatie zelf – hoe lang of kort ze ook duurt – heeft Eric van Rosmalen (bron 4.8) hele mooie dingen geschreven. Hij benadrukt het wederkerige aspect van de relatie. Het is een echte ontmoeting, waarin de pastor ook iets van zichzelf geeft en de eigen ervaringen laat “doorklinken”. Zonder overigens uit het oog te verliezen dat het om de – afhankelijke - pastorant gaat. Van Rosmalen maakt hier duidelijk dat – zoals in vele andere relaties – ook een pastor vaak terugkrijgt wat hij of zij zelf geeft. Een pastor die zelf erg gesloten is zal moeilijker relaties stichten en onderhouden dan pastores die meer open zijn. Wel moet opgemerkt worden dat het gehele ‘optreden’ van de pastor / geestelijk verzorger in dienst moet staan van (een functie moet hebben in) de pastorale relatie.

Door de pastores wordt er veel geschreven over de houding die een pastor behoort te hebben, zowel in het algemeen als concreet met betrekking tot het aanraken, hoewel dit vaak niet te scheiden is. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat een pastor de competenties moet hebben die Eric van Rosmalen (bron 4.8) opsomt: o.a. fijngevoelig, invoelend, luisterend, bescheiden en zorgvuldig. Daar kunnen met behulp van de andere pastores nog echtheid, integriteit en nabijheid (met behoud van enige afstand zonder afstandelijk te zijn) aan toegevoegd worden.<sup>324</sup>

Betreffende het aanraken is de opmerking van Georges Lambrechts (bron 3.2) interessant dat je voeling dient te hebben met je eigen lichaam om goed (non)verbaal te kunnen communiceren. Tijdens de pastorale begeleiding zelf is het noodzaak voorzichtig te zijn, de beleving van het (eventuele) aanraken van de ander in te schatten, en de verantwoordelijkheid voor het aanraken – wie er ook aanraakt – te nemen. Verder wordt nog opgemerkt dat het aanraken bij de pastor zelf moet passen, alsmede dat hij of zij de eigen motieven om aan te raken moet kennen.

De intentie of het doel van het aanraken is in deze thesis al vaak benoemd; de gesprekspartner behoort er – aldus Axel Liégeois (bron 6.2) - sterker door te worden. Laura Reedijk-Boersma (bron 1) en Eric van Rosmalen (bron 4.8) voegen daar nog respectievelijk zuiver liefdevol contact aan toe, alsmede dat de aanraking het gevoel moet ondersteunen.

Er wordt door diverse auteurs ook aangegeven waarvoor een pastor een aanraking níét mag inzetten, hoewel van opzet als het goed is geen sprake zal zijn; aanraken is niet bedoeld om iemand de mond te snoeren, te onderdrukken, op zijn of haar plaats te zetten, om iemands problemen te bagatelliseren e.d.

Daarnaast is bij verschillende pastores te lezen dat ze spontaan en intuïtief aanraken. Eric van Rosmalen (bron 4.8) spreekt in dit kader over “de sfeer van het gesprek”, terwijl Hetty Bos (bron 4.3) het spontane concretiseert in die zin dat het voor haar afhangt van de situatie of een aanraking al dan niet goed is voor de ander. En oog hebben voor het unieke van de situatie, is een zorgethisch kernpunt (zie § 4.1.1).

Wel is hierboven (zie § 10.4.2) reeds het belang van een theoretisch concept of visie van aanraken aan de orde gekomen. Enkel afgaan op intuïtie, zonder het aanraken doordacht te hebben, is te mager.

Tot slot bevatten de aandachtspunten van de intervisiegroep van pastores in de psychiatrie (bron 6.3) goede aanwijzingen m.b.t. het aanraken van een pastor / geestelijk verzorger, alhoewel deze punten vermoedelijk zijn opgesteld met pastoranten voor ogen die de neiging hebben de pastor op een ongewenste manier aan te raken. Zo moet een geestelijk verzorger zich o.a. afvragen of een aanraking voor herhaling vatbaar is, of het ook kan waar anderen bij zijn, en of het in de context, bij de persoon en / of bij het ziektebeeld past.

### *Instemming*

Omdat het wenselijk is dat de aanraking spontaan van karakter blijft, lijkt expliciet toestemming vragen voor het aanraken niet gepast. De suggestie van Laura Reedijk-Boersma (bron 3.1) om “stilzwijgend” toestemming te vragen door elkaar aan te kijken, is beter uitvoerbaar.

Beide partijen moeten zich goed voelen bij de lichamelijke aanraking. Niet alleen de pastorant kan het gevoel hebben dat zijn of haar grenzen overschreden worden, maar ook de pastor. Van daar dat, zoals Rob van Uden (bron 4.4) schrijft, er samen bepaald wordt of er al dan niet aangehaakt wordt.

Veel pastors wijzen erop dat de aanraking heel anders dan bedoeld geïnterpreteerd kan worden, en dat de beleving van de ander nooit helemaal in te schatten is. Polspoel e.a. (bron 6.3) schrijven terecht dat het dikwijls een kwestie van “trial and error” is voordat je weet hoe iemand rea-

---

<sup>324</sup> Vgl. VGVZ 2002, 16-17.

geert. Weliswaar doelden zij op psychiatrische patiënten, maar vermoedelijk geldt dit ook – in mindere mate – voor mensen in het algemeen.

## **10.5 Besluit**

In dit hoofdstuk is er gekeken naar het onderwerp ‘aanraken in het pastoraat’. Alle verzamelde literatuur over aanraken is samengevat en geanalyseerd.

Uit die analyse blijkt dat voor pastores vooral de emotionele dimensie van aanraken (nabij zijn, de ander sterker maken) belangrijk is, maar dat zeer zeker ook de spirituele dimensie een rol speelt (Gods aanwezigheid laten voelen), alsmede de verwachtingen die men heeft van een pastor (mensen in nood willen vaak degene aanraken van wie ze hulp verwachten).

In vergelijking tot verpleegkundigen waarschuwen de pastores veel meer voor de gevaarlijke kanten van het aanraken. Het kan totaal anders opgepakt worden dan bedoeld, de pastorant is kwetsbaar en de pastorale relatie is asymmetrisch. Daarom zijn er pastores die enkel aanraken wanneer het lijden erg hoog is, of als de ander niet kan praten. Bijna iedereen is het erover eens dat aanraken vooral voor deze mensen erg helend kan zijn, hoewel ze daarmee ook in hun afhankelijkheidspositie kunnen worden bevestigd, en het lijden soms ook té groot is om letterlijk vast te pakken. Of aanraken gepast is, hangt dus heel erg af van o.a. de situatie en van de persoonlijke ruimte van de ander. Pastores behoren daarom aan te voelen wanneer een aanraking ‘goed’ is. En veel pastores geven inderdaad aan dat ze met name spontaan en intuïtief aanraken. Toch is het wenselijk dat er een theoretische visie aan het aanraken ten grondslag ligt. Met name de presentiebenadering lijkt hiervoor goede papieren te hebben, o.a. omdat ze gebaseerd is op de veronderstelling dat een aandachtige betrekking nodig is om de ander tevoorschijn te halen, en aanraken die betrekking kan bevestigen en uitbouwen. Daarnaast kan met de idee van een inschrijfbaar beroepsrol uitgelegd worden dat een pastor door affectief aan te raken op de lege plekken gaat staan om een oudere heen, de lege plekken van overleden familie en vrienden die hen niet meer ‘zomaar’ kunnen aanraken. Ook is subtiliteit in de presentiebenadering erg belangrijk, net zoals dat bij aanraken is. Tenslotte is er in de presentiebenadering oog voor het thema van de spanning tussen afstand en nabijheid. Een spanning die een pastor moet zien uit te houden, omdat nabijheid – en aanraken is een vorm van fysieke nabijheid – zowel het grootste goed als de grootste valkuil is in de begeleiding.

De gevonden literatuur ging niet specifiek over mensen met dementie. Wel was het bijzonder om te zien dat zowel de zieken die Jezus genas, als de sociaal overbodigen uit de achterstandswijken ‘van’ de pastores die onderzocht zijn t.b.v. de presentietheorie, veel overeenkomsten lijken te vertonen met deze groep mensen. Daarnaast bevatte de literatuur enkele aanwijzingen die ook voor de omgang met dementerenden gelden; aannemelijk is dat ze – omdat ze ziek en kwetsbaar zijn en omdat ze weinig worden aangeraakt – in het algemeen een grotere behoefte hebben aan lichamelijk contact. Eveneens is het voor te stellen dat zij, net zoals mensen in de psychiatrie, anders op aanraken kunnen reageren dan redelijkerwijs te verwachten is. Het is daarom dikwijls een kwestie van ‘trial and error’ om te zien hoe iemand het aanraken ervaart. Verder is geopperd dat aanraken in een zorgsetting ‘veiliger’ is dan op de parochie of thuis.

Zorgethisch gezien zijn lopen de kernthema’s – aandacht voor het specifieke van de situatie, afhankelijkheid, kwetsbaarheid en relationaliteit – als een rode draad door de teksten over aanraken in het pastoraat. En uit die teksten blijkt ook dat aan de definitie van aanraken in deze thesis voldaan wordt, omdat via aanraken de ander ontmoet, versterkt, ondersteund en bevestigd kan worden. Zo heeft Andries Baart bijvoorbeeld heel mooi verwoord dat je door de persoon aan te raken, ook de kwestie (het probleem, de ziekte) aanraakt en ruimte geeft om naar boven te laten komen.

Tenslotte zijn er uit de literatuur naar het aanraken allerlei praktische aanwijzingen naar voren gekomen waar een pastor / geestelijke verzorger zijn of haar voordeel mee kan doen.



## **11 DE HUID ALS VERBINDING EN BEGRENZING**

Verschillende pastores en theologen (zie § 10.3) wijzen op het belang van de huid als tastzintuig. Elisabeth Moltmann-Wendel bijvoorbeeld noemt de huid heel mooi het “medium van de aanraking”. Vandaar dat de huid nadere verkenning verdient. Dit doen we door te kijken naar het orgaan huid zelf, waarbij vooral gefocust wordt op het zintuiglijke aspect (§ 11.1). Vervolgens komt de hechtingstheorie van John Bowlby aan bod (§ 11.2) omdat de huid een voorname rol speelt bij de hechting tussen (meestal en in eerste instantie) moeder en kind. Aansluitend worden de verbindende (§ 11.3) en de begrenzende functie (§ 11.4) van de huid besproken. Aan het einde van het hoofdstuk (§ 11.5) worden opnieuw de belangrijkste inhouden voor een geestelijk verzorger samengevat.

### **11.1 De huid als tastzintuig**

De huid is ons grootste orgaan; circa 18% van ons lichaamsgewicht is huid. Het onthult ons als een mantel en heeft allerlei functies, waaronder het regelen van de lichaamstemperatuur. Daarnaast is de huid ‘drager’ van het tastzintuig, dat volgens de Brits-Amerikaanse antropoloog Ashley Montagu (1905-1999) de “moeder van de zintuigen” is. Dat hij zo dacht is niet vreemd wanneer je beseft dat een embryo dit zintuig als eerste ontwikkelt. Daarnaast is de huid sterk vertegenwoordigd in ons brein. Een groot deel van onze hersenen fungeren als zenuwcentrum voor de huid, wat iets zegt over het belang van dit orgaan. Uit het gegeven dat je wel kunt leven zonder het vermogen tot zien, horen, ruiken of proeven, maar niet zonder het tastvermogen, blijkt eveneens hoe essentieel de huid is. Zo geeft ze ons informatie over warmte, kou pijn, en aanraking.<sup>325</sup> Ook kunnen we via haar communiceren met de wereld om ons heen. De huid is dus zowel naar binnen als naar buiten gericht.<sup>326</sup>

Het vreemde is dat de huid de afgelopen decennia in de wetenschap en in het dagelijks leven relatief weinig belangstelling heeft gekregen. Desondanks zijn er in de taal wel veel uitdrukkingen waarin de huid voorkomt, en die de betekenis ervan onthullen. Denk aan uitspraken als: ‘het kunnen aanvoelen van iets of iemand’, ‘pijnlijke ervaringen’, ‘een dikke of een dunne huid hebben’, ‘tactloos of tactvol zijn’, etc.<sup>327</sup>

Uit de literatuur komen drie belangrijke functies van de huid als tastzintuig naar voren, die vooral voor het zeer jonge kind van levensbelang zijn:

1. Stimulatie van het zenuwstelsel → De al genoemde (en in de literatuur veel aangehaalde) antropoloog Montagu stuitte op onderzoek waaruit bleek dat zoogdieren hun jongen na de geboorte niet enkel van top tot teen aflikken om ze te wassen. Ze doen dit vooral om het vitale zenuwstelsel (o.a. bloedsomloop, spijsvertering) op gang te brengen. Pasgeboren dieren die niet gelikt worden sterven vaak. Mensen likken hun pasgeboren baby’s niet, maar de huid wordt voor de geboorte stevig geprikkeld door de contracties van de baarmoeder tijdens de - in vergelijking met andere zoogdieren langdurende - bevalling. Deze theorie wordt bevestigd door kinderen die heel snel geboren worden, zoals bij een keizersnede het geval is. Bij hen worden veel vaker problemen aan het vitale stelsel gerapporteerd. Overigens moet na de geboorte – ook bij een normale bevalling - de stimulatie van de huid nog lang voortgezet worden voor de verdere fysieke ontwikkeling van het kind.<sup>328</sup>
2. Ontdekken → Dat het tastzintuig zich als eerste ontwikkelt verklaart waarom een baby na de geboorte “vooral voelend” aanwezig is, aldus haptonoom Bob Boot. Kleine kinderen ontdekken zichzelf, de ander, en de wereld door alles aan te raken en waar mogelijk in de mond te nemen. Ze tasten de wereld letterlijk af (denk aan de definitie van ‘tasten’ in § 3.3!).<sup>329</sup>
3. Hechten → Aanraken is erg nauw verbonden met emoties.<sup>330</sup> Dit komt omdat aanrakingen ons letterlijk diep kunnen raken. Voor de Amerikaanse psychotherapeute Phyllis Davis is het dan ook geen toeval dat lichamelijke aanrakingen en emoties met hetzelfde woord, na-

<sup>325</sup> Montagu 1972, 11-13, 15.

<sup>326</sup> Moltmann-Wendel 1994, 111-113; Talma 2010, 61.

<sup>327</sup> Montagu 1972, 13-14; Moltmann-Wendel 1994, 113.

<sup>328</sup> Montagu 1972, o.a. 22-23, 27, 43-44, 52-56, 62-63.

<sup>329</sup> Montagu 1972, 177; Boot 2004, 37. Vgl. Davis 1993, 40; Talma 2010, 20.

<sup>330</sup> Talma 2010, 69.

melijk ‘gevoel’, geduid worden.<sup>331</sup> Evenmin is het toevallig dat huidcontact tussen moeder (ouders, verzorgers) en kind een groot aandeel heeft in het doen ontstaan van een affectieve band, meer specifiek van een hechtingsrelatie. En een dergelijke relatie is weer noodzakelijk om uit te groeien tot een psychisch gezond persoon. Aanraken is dus niet alleen belangrijk voor het fysieke welzijn van het kind, maar ook voor het emotionele welzijn.<sup>332</sup>

## **11.2 De hechtingstheorie van John Bowlby**

Met name de laatste functie van het aanraken – het hechten – is interessant voor deze thesis. Vandaar dat er nader ingezoomd wordt op de hechtingstheorie van de Engelse psychiater John Bowlby (1907-1990). Deze theorie wordt vaak genoemd in literatuur over het tastzintuig, alsmede in literatuur over haptonomie (zie hoofdstuk 12). Ook lijkt de hechtingstheorie van belang te zijn bij het verklaren van bepaalde gedragingen van mensen die lijden aan dementie (zie hoofdstuk 13).

Bowlby onderzocht hoe gedrag in de kindertijd doorwerkte in de volwassenheid. Hiervoor maakte hij – evenals Montagu – gebruik van kennis uit de ethologie, een wetenschap waarbij het gedrag van dieren vergeleken wordt met dat van mensen. Zodoende ontdekte hij dat veel diersoorten – ook mensen – bepaalde vormen van hechtingsgedrag vertonen. Dit gedrag is genetisch bepaald en noodzakelijk voor het overleven van de soort.<sup>333</sup>

Gehechtheid – in het Engels ‘attachment’- wordt door Bowlby als volgt gedefinieerd:

To say of a child that he is attached to, or has an attachment to, someone means that he is strongly disposed to seek proximity to and contact with a specific figure and to do so in certain situations, notably when he is frightened, tired or ill.<sup>334</sup>

Het doel van gehechtheidsgedrag is het bewerkstelligen van de nabijheid van een “beschermende volwassene” die garant staat voor de veiligheid van het kind. Dit is niet alleen van belang om te voorzien in de fysieke behoeften, zoals eten en drinken, maar ook in emotioneel opzicht. Een goed gehecht kind leert vertrouwen te hebben in de ouder en in zichzelf, en knoopt hierdoor later ook makkelijker relaties aan.<sup>335</sup> Bowlby zegt het zo: “a young child’s experience of an encouraging, supportive and co-operative mother, and a little later father, gives him a sense of worth, a belief in the helpfulness of others, and a favourable model on which to build future relationships.”<sup>336</sup>

Oorspronkelijk werden er vijf soorten van hechtingsgedrag van het jonge kind benoemd: zuigen, zich vastklampen, volgen, lachen en huilen. Door dit gedrag wordt het – volgens de theorie eveneens aangeboren - zorginstinct van de volwassene geactiveerd; hij of zij gaat voor het kind zorgen. Tegenwoordig wordt onder hechtingsgedrag alle vormen van gedrag beschouwd die de nabijheid van de – doorgaans – moeder en / of vader op het oog hebben.<sup>337</sup>

Aanraken is ook een vorm van hechtingsgedrag. Met name Ashley Montagu - die onderzocht welke tactiele prikkels een baby moet ondergaan om uit te groeien tot een fysiek en psychisch gezond persoon - heeft laten zien dat huidcontact tussen moeder en kind essentieel is om een band aan te gaan. Een kind moet volgens hem “bemoederd” worden, wat ondermeer strelen, liefkozen, aaien en knuffelen inhoudt. Hij haalt ook nog de Engelse kinderarts en psychoanalyticus Donald Winnicott (1896-1971) aan, die zou hebben geschreven dat het vasthouden van een kind misschien wel de enige manier is waarop de moeder – en later de vader – haar liefde kan tonen.<sup>338</sup> Hier wordt in de volgende paragraaf dieper op ingegaan.

---

<sup>331</sup> Davis 1993, 28.

<sup>332</sup> Montagu 1972, o.a. 165, 171, 178, 185.

<sup>333</sup> Rigter 2005, 67-68.

<sup>334</sup> Bowlby 1987, 371.

<sup>335</sup> Bowlby 1987, 181-182; Miesen 2003, 710; Rigter 2005, 69.

<sup>336</sup> Bowlby 1987, 378.

<sup>337</sup> Bowlby 1987, 180, 182.

<sup>338</sup> Montagu 1972, 19, 104, 106, 153, 244. Vgl. Reedijk-Boersma 1979, 11-12; Davis 1993, 119.

Hechtingsgedrag duurt tot aan of tot en met de puberteit. Bij volwassenen is dit gedrag latent aanwezig en wordt het – bij de een meer dan bij de ander – opgeroepen wanneer er sprake is van een voor die persoon onveilige situatie, zoals ziekte, stress, eenzaamheid en plotselinge veranderingen. In de regel wordt er dan de nabijheid van een bekend en vertrouwd iemand opgezocht.<sup>339</sup> En dit verklaart meteen waarom ouderen – na kinderen – volgens Bowlby het meeste gehechtheidsgedrag vertonen; zij voelen zich door de vele verliezen vaker onveilig.<sup>340</sup>

Reedijk-Boersma had het dus juist gezien dat mensen in noodsituaties eerder lichamelijke nabijheid en warmte zoeken (zie § 10.3). Mooi is dat de pastores - en de verpleegkundigen (zie § 9.1.2) - die gereflecteerd hebben op hun eigen aanraken, waaronder Reedijk-Boersma zelf, ook bijna allemaal schrijven dat ze de mensen in groot lijden aanraken om hen letterlijk nabij te zijn. Ze doen dat veelal spontaan en instinctief, zo geven ze aan (zie § 10.3). Wellicht wordt er bij iets van dat zorginstinct aangewakkerd, als reactie op het gehechtheidsgedrag van de pastoraal? Hoewel een pastor – als het goed is – beroepshalve al oog heeft voor de kwetsbaarheid van het leven. Met de inzichten die deze thesis tot nu toe heeft opgeleverd kan daar overigens aan toegevoegd worden dat het voor het opmerken van het lijden van de ander behulpzaam is als je voeling hebt met je eigen lichaam (zie § 7.1.2).

Als laatste moet vermeld worden dat het al dan niet goed gehecht zijn in de kindertijd meestal grote invloed heeft op het latere leven. Je letterlijk en figuurlijk gedragen voelen door je ouder(s) geeft o.a. zelfvertrouwen, levenslust, en gevoelens van zekerheid en veiligheid. Bij een onvolledige hechting kunnen er problemen op deze gebieden ontstaan.<sup>341</sup>

### **11.3 De verbindende functie van de huid**

Haptonome Dieuwke Talma schrijft dat de huid zowel een verbindende als een begrenzende functie heeft. De begrenzende functie is onderwerp van de volgende paragraaf. In deze paragraaf staat de verbindende functie centraal. Concreet gaat het dan om de behoefte aan (al dan niet seksueel geladen) affectief lichaamscontact met een ander mens. Deze aanrakingen zorgen volgens Talma voor gevoelens van verbondenheid met elkaar, en verbindingen hebben we nodig om te leven.<sup>342</sup> Dit alles sluit heel erg aan bij het zorgethische gedachtegoed, met name bij de idee dat we andere mensen nodig hebben om tot bloei te komen (zie § 4.1.2). Het onderscheid dat Talma maakt tussen begrenzing en verbinding kan eveneens gezien worden in het licht van de in de pastorale begeleiding vaak aanwezige spanning tussen afstand en nabijheid (zie o.a. § 10.4.2).

Eerst wordt ingegaan op de behoefte aan aanraken van kleine kinderen (§ 11.3.1) en van grotere kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen (§ 11.3.2). Daarna komen de nationale en culturele verschillen aan bod (§ 11.3.3), evenals de verschillen tussen de seksen (§ 11.3.4) qua aanraken.

#### **11.3.1 Kleine kinderen**

Bij de beschrijving van de hechtingstheorie van John Bowlby (zie § 11.2) is reeds het belang van aanraken voor het kleine kind benoemd. Hier wordt nu nader bij stil gestaan.

Gestalttherapeut Greet Cassiers noemt aanraken “(...) de eerste taal die een mens in zijn leven krijgt aangereikt”.<sup>343</sup> Omdat het tastzintuig bij een embryo ook het eerste ontwikkeld wordt van alle zintuigen (zie § 11.1) is het niet vreemd dat juist baby's sterk reageren op aanrakingen. Zij hebben behoefte aan lichamelijk contact met de – meestal – moeder. Er moeten geluidjes tegen ze gemaakt worden, en ze moeten liefdevol worden vastgehouden, gestreeld, gekoesterd e.d. Uit onderzoek blijkt dat kleine kinderen verkommeren als ze niet “bemoederd” worden, ook al wordt er voldaan aan al hun andere behoeften. Het kan zelfs de dood tot gevolg hebben. In de 19<sup>e</sup> eeuw was het volgens Montagu normaal dat meer dan de helft van de kinderen stierven aan

---

<sup>339</sup> Bowlby 1987, 207-208; Miesen 190, 32; Miesen 2003, 706-707.

<sup>340</sup> Miesen 1990, 31-32; Miesen 2003, 706-707.

<sup>341</sup> O.a. Montagu 1972, 152-153; Veldman 1988, 43; Miesen 2003, 707-709; Boot 2004, 72; Talma 2010, 76-77.

<sup>342</sup> Talma 2010, 11, 73.

<sup>343</sup> Cassiers 2009, 224.

‘marasmus’, een Grieks woord voor ‘wegkwijnen’. Pas na de Tweede Wereldoorlog werd overigens duidelijk dat die kinderen stierven aan een gebrek aan – in de woorden van de Amerikaanse arts Fritz Talbot – “tender loving care”. Talbot ontdekte dit al voor de Eerste Wereldoorlog toen hij een kinderkliniek in Düsseldorf aandeed. Tot zijn verbazing zag hij daar een oude vrouw met een iel en bleek kind op haar heup. De vrouw, Anna, bleek de hele dag met kinderen rond te sjouwen die medisch uitbehandeld waren, en redde zo vele levens. Het zou echter decennia duren voordat het inzicht, dat kinderen liefdevol en met lichamelijke warmte verzorgd moeten worden, gemeengoed werd. Dit kwam doordat Amerika in de tijd van Talbot in de ban was van een kinderarts die adviseerde baby’s niet te ‘verwennen’ en niet op te pakken als ze huilden.<sup>344</sup>

Liefdevol aangeraakt worden is voor baby’s en kleine kinderen dus een primaire levensbehoefte. De wijze waarop het kind aangeraakt wordt – om te bevestigen of om pijn te doen – is bovendien voor een groot deel bepalend voor welke betekenissen het aanraken krijgt gedurende de rest van het leven. De al eerder genoemde psychotherapeute Phyllis Davis (zie § 11.1) schrijft namelijk dat we aanrakingen tijdens onze kinderjaren gaan associëren met gevoelens: “als we via de aanraking genegenheid en betrokkenheid ervaren, zal aanraking voor ons genegenheid en betrokkenheid gaan betekenen. Ze zal ook veiligheid gaan vertegenwoordigen”. Helaas kan aanraken en aangeraakt worden dus ook gepaard gaan met gevoelens van o.a. machteloosheid en angst, afhankelijk van wat er in de kinderjaren gebeurd is op dit vlak.<sup>345</sup> Behalve de kwaliteit is ook de kwantiteit van de aanrakingen van belang. Davis meent dat kinderen die te weinig aangeraakt zijn het verschil tussen de soorten aanrakingen onvoldoende leren. Hierdoor kunnen ze later het onderscheid tussen bijvoorbeeld een troostende en een seksuele aanraking niet goed maken.<sup>346</sup> Bob Boot geeft ook nog aan dat baby’s die onvoldoende aangeraakt en gedragen worden, het risico lopen hun verdere leven op zoek te blijven “naar die veilige plek en geborgenheid”, die wellicht nooit gevonden zal worden.<sup>347</sup>

De als kind opgedane ervaringen met aanraken beïnvloeden de belevingen van aanrakingen gedurende de rest van het leven dus dikwijls sterk. Hieruit blijkt dat indrukken uit die eerste jaren nooit helemaal verdwijnen. Het lichaam heeft, aldus Talma, het vermogen tot herinnering, wat we al eerder zagen in deze thesis (zie § 6.2 en § 7.1.2).<sup>348</sup>

Tenslotte moet opgemerkt worden dat baby’s en kinderen ook te véél aangeraakt kunnen worden, waardoor ze overprikkeld raken. Niet ieder kind heeft evenveel behoefte aan aanraking. Ouders moeten dit aanvoelen.<sup>349</sup>

### 11.3.2 Grotere kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen

Met kleine kinderen communiceren we door ze aan te raken. Als ze opgroeien worden aanrakingen meer en meer vervangen door woorden.<sup>350</sup> Het aanraken en aangeraakt worden is na de vroege kindertijd geen primaire levensbehoefte meer. Wel draagt het vermogen om te kunnen tasten en voelen bij aan de kwaliteit van leven, meent haptonome Dieuwke Talma. Zin-tuigen, dus ook het tastzintuig, geven volgens haar letterlijk zin aan het leven en zin óm te leven!<sup>351</sup>

Gedurende het leven wisselt de behoefte aan aanraken. Tijdens de zogenaamde latentieperiode (ca. 7-12 jaar) zoeken kinderen – vooral jongens – minder lijfelijk contact met de ouders. Phyllis Davis denkt overigens dat deze terughoudendheid in aanraken sterk cultureel bepaald is.<sup>352</sup>

---

<sup>344</sup> Montagu 1972, 78-80. Davis 1993, 36-37.

<sup>345</sup> Davis 1993, 27-28, 31.

<sup>346</sup> Davis 1993, 29, 69. Vgl. Montagu 1972, 152.

<sup>347</sup> Boot 2004, 150.

<sup>348</sup> Talma 2010, 18, 29. Vgl. Davis 1993, 52; Boot 2004, o.a. 37.

<sup>349</sup> Montagu 1972, 170; Boot 2004, 150; Talma 2010, 77-78.

<sup>350</sup> Moy 1981, 89.

<sup>351</sup> Talma 2010, 72-73.

<sup>352</sup> Montagu 1972, 155; Davis 1993, 55.

In of na de puberteit komt de behoefte aan aanraken sterker terug als ooit tevoren. Alleen zoeken jongeren dan eerder leeftijdsgenootjes op om in deze behoefte te voorzien, omdat ze onafhankelijk willen worden van de ouders. Bij meisjes zie je dat ze de armen om hun vriendinnen heenslaan, jongens gaan stoeien en contactsporten beoefenen. Ook wordt er seksueel geëxperimenteerd. Phyllis Davis schrijft hierover dat jongeren seksuele contacten zoeken mede omwille van de aanraking, aangezien deze zintuiglijke vervulling op een gegeven moment niet meer via ouders en vrienden verkregen kan worden. Montagu meent eveneens dat de behoefte aan aanraking een van de belangrijkste “componenten” is bij vrijen en geslachtsgemeenschap.<sup>353</sup>

Bij volwassenen zijn er grote verschillen in de mate waarin men aanraken fijn vindt. Het hangt af van o.a. leeftijd, geslacht en burgerlijke staat.<sup>354</sup> En zoals we zojuist lazen zijn de ervaringen met aanraken in de kindertijd fundamenteel voor hoe men op latere leeftijd tegenover aanrakingen staat. Vooral bij het aangaan van intieme relaties wordt dit duidelijk. Volgens Talma komen juist dan namelijk de hechtingspatronen uit de jeugd naar voren.<sup>355</sup> Bob Boot schrijft iets dat hierbij aansluit. Hij geeft aan dat niet iedereen tot intimiteit tot staat is. Dit kan te maken hebben met de mate waarin je een eigen identiteit hebt ontwikkeld en waarin je (dus) jezelf aan een ander durft over te geven.<sup>356</sup> Door aan te raken en aangeraakt te worden, stel je jezelf immers kwetsbaar op!<sup>357</sup>

De behoefte aan aanraken mag dan persoonlijk zeer uiteen liggen, haptonomen Talma en Boot zijn van mening dat niet alleen kinderen maar ook volwassenen affectief bevestigd moeten worden omwille van de psychische gezondheid. En aanraken is de meest directe vorm om die bevestiging te geven. Het drukt uit dat je aanvaard wordt zoals je bent, alsmede gevoelens van waardering, liefde, veiligheid en zorg. En dit kwam eveneens naar voren kwam in de onderzoeken naar het aanraken door verpleegkundigen (zie § 9.1.1), alsook in de reflecties van pastores over aanraken (zie § 10.3).<sup>358</sup> De aanrakingen hoeven overigens niet persé door een partner gegeven te worden; vrienden bijvoorbeeld kunnen elkaar eveneens aanraken (omhelzen, kussen, schouderklopjes) en doen dat vaak ook ter begroeting en bij het afscheid. Boot zegt het zo: “vriendschap wil je ook voelen!”<sup>359</sup>

Aanraken kan dus psychisch heel erg gezond zijn – wat we eigenlijk al wisten op grond van de twee voorgaande hoofdstukken - en in dit kader is het niet vreemd dat de fysiotherapeut van Laura Reedijk-Boersma ooit tegen haar zei dat mensen die niet aangeraakt worden, verkommen.<sup>360</sup>

Wat betreft ouderen is het in deze thesis reeds duidelijk geworden dat ze meer behoefte kunnen hebben aan aanraken, vanwege het feit dat ze kwetsbaar zijn door hun afnemende gezondheid en door het wegvallen van dierbaren, wat er ook weer toe leidt dat ze zelden ‘zomaar’ worden aangeraakt. Daarbij hebben vermoedelijk juist ouderen bevestiging nodig hebben omdat ze niet meer echt mee tellen in de maatschappij (zie § 10.3). Met behulp van de gehechtheidstheorie, die in dit hoofdstuk (zie § 11.2) beknopt behandeld is, is nu ook helder geworden dat die behoefte aan aanraken (ten dele) als hechtingsgedrag uitgelegd kan worden; in tijden van nood zoekt men doorgaans de nabijheid op van een vertrouwd persoon. En na kinderen – die iemand nodig hebben om voor ze te zorgen – vertonen ouderen aldus Bowlby het meeste gehechtheidsgedrag door de verliezen die met de ouderdom gepaard gaan.

De gevonden literatuur over het tastzintuig bevestigt het bovenstaande. Zo vermoedt Phyllis Davis dat ouderen meer behoefte hebben aan huidcontact, om dezelfde redenen als Laura Reedijk-Boersma (ze worden minder aangeraakt, maar ze zijn juist makkelijker aanraakbaar omdat het minder snel als erotisch wordt opgevat). Daarnaast vraagt ze zich hardop af of de behoefte aan aanraken bij de ouderen op zichzelf al sterker wordt. Zo is ze van mening dat ou-

<sup>353</sup> Montagu 1972, 155; Davis 1993, 57.

<sup>354</sup> Davis 1993, 58.

<sup>355</sup> Talma 2010, 78-79.

<sup>356</sup> Boot 2004, 192-193.

<sup>357</sup> Talma 2010, 64.

<sup>358</sup> Boot 2004, 153, Talma 2010, 79-81, 83.

<sup>359</sup> Boot 2004, 179.

<sup>360</sup> Reedijk-Boersma 1979, 10.

deren – net als heel jonge kinderen - eerder sterven wegens gebrek aan huidcontact. Gedragswetenschappers zouden dit tekort aan aanrakingen gedefinieerd hebben als ‘huidhunger’, wat uitgelegd wordt als een aangeboren verlangen van de huid om aangeraakt en vastgehouden te worden.<sup>361</sup>

Of ouderen inderdaad kunnen sterven aan ‘huidhunger’ is niet uit de andere geraadpleegde bronnen op te maken. Wel stelt Montagu dat de tactiele honger in de ouderdom sterker dan ooit is: “in old age (...) the tactile hunger is more powerful than ever, for it is the only sensuous experience that remains”.<sup>362</sup> En verpleegkundigen en pastores voelen dit kennelijk aan omdat zij meer geneigd zijn om mensen aan te raken die niet meer kunnen praten, zoals eerder in deze thesis is gebleken (zie o.a. § 9.1.2 en § 10.4.2).

### 11.3.3 Nationale en culturele verschillen

In de inleiding van de thesis stond reeds vermeld dat de westerse mens gemiddeld genomen niet zo van het aanraken is en dat sommigen zelfs spreken van een taboe op dit gebied. In hoofdstuk 7 is duidelijk geworden dat de christelijke visie op lichamelijke en seksualiteit in dit alles een negatieve rol heeft gespeeld. Montagu noemt het zelfs “een van de meest negatieve prestaties” van het christendom om het “tactiele genot” tot zonde te verklaren.<sup>363</sup> Waarschijnlijk is het ook mede hierom dat veel westerlingen onvoldoende voeling met hun lichaam hebben, wat o.a. Georges Lambrechts concludeerde (zie § 10.3) en wat ook seksuoloog Piet Nijs schrijft. Laatstgenoemde is van mening dat de moderne westerse cultuur een bedreiging is voor de lichamelijkeheid, omdat als gevolg van het dualisme (zie § 7.2.1) alle aandacht naar het denken uitgaat.<sup>364</sup>

Dit overziende is het niet vreemd dat Phyllis Davis vermoedt dat westerse mensen te weinig worden aangeraakt. Het begint er al mee dat baby’s na hun geboorte in een wieg gelegd worden, en zo gescheiden worden van hun moeder. In veel niet-westerse landen doen ze dat aanzienlijk beter. Daar worden kleine kinderen door hun moeders gedragen en is er sprake van direct en langdurig lichaamscontact, waar de allerkleinsten zo’n behoefte aan hebben.<sup>365</sup>

Wanneer kinderen de leeftijd van 5 á 6 jaar bereiken wordt het aanraken in onze cultuur – bij jongens eerder dan bij meisjes – nagenoeg afgewend, aldus Davis. Het is weliswaar een leeftijd waarop kinderen om minder tactiele prikkels vragen, maar het wordt hen eveneens onthouden. Ze leren steeds meer om *niet* aan te raken, en zo wordt onze meest fundamentele communicatievorm onderdrukt. Dit omdat men denkt – door de ideeën van Sigmund Freud – dat alle menselijke gedrag seksueel gemotiveerd is. Wat er weer toe leidt dat kinderen onvoldoende de verschillende soorten aanrakingen leren onderscheiden - zoals reeds aan de orde is gekomen (zie § 11.3.1) - en ze aanraken al snel met seks associëren.<sup>366</sup> Montagu schrijft ook al dat aanraken vaak gekoppeld wordt aan seks omdat men elkaar dikwijls enkel in een seksuele context aanraakt.<sup>367</sup> In ieder geval wordt aanraken in het westen als iets heel persoonlijks, en soms zelfs als iets heel intiems beschouwd.<sup>368</sup>

Binnen de westerse cultuur zijn er overigens grote verschillen qua aanraken. De Angelsaksische volkeren staan wat tactiliteit betreft aan het ene uiterste; daar raakt men elkaar bijna niet aan. De Scandinavische volkeren nemen een middenpositie in, en de Latijnse volkeren vertegenwoordigen het andere uiterste. Daarnaast zijn er ook klassenverschillen; in het algemeen wordt er in de hogere klassen minder aangeraakt dan in de lagere.<sup>369</sup>

Uiteraard zijn er genoeg gezinnen en individuen die afwijken van wat in hun cultuur, land, klasse of familie gebruikelijk is en die juist (veel) meer of minder aanraken dan op grond van hun afkomst te verwachten is.<sup>370</sup>

---

<sup>361</sup> Davis 1993, 59-60, 81-82.

<sup>362</sup> Gleeson & Timmins 2004b, 18.

<sup>363</sup> Montagu 1972, 213.

<sup>364</sup> Nijs 1994, 56. Vgl. Reybrouck 1994, 23.

<sup>365</sup> O.a. Montagu 1972, 65-68, 224; Davis 1993, 35, 42-43; Boot 2004, 148-149.

<sup>366</sup> Davis 1993, 53-55.

<sup>367</sup> Montagu 1972, 221. Vgl. Talma 2010, 63.

<sup>368</sup> Skovdahl, Sörlie & Kihlgren 2007, 168.

<sup>369</sup> Montagu 1972, 232-233.

<sup>370</sup> Montagu 1972, 233.

In Nederland is er evenmin sprake van een “aanraakcultuur”, aldus Dieuwke Talma. Zij ziet als haptone dagelijks de gevolgen hiervan in haar praktijk: mensen die problemen hebben met intimiteit omdat hun tastvermogen niet goed ontwikkeld is.<sup>371</sup> Gelukkig zijn er wel tendensen dat aanraken terrein wint. Deze tendensen zijn ten behoeve van deze thesis niet nader onderzocht omdat dit buiten de reikwijdte van de vraagstelling gaat. Maar als je om je heen kijkt zie je al snel allerlei signalen die dit bevestigen:

- Hechting en geboorte → Moeder en kind worden in geen enkel ziekenhuis meer gescheiden na de geboorte. Borstvoeding wordt tegenwoordig erg gepromoot, alsmede direct huidcontact – ook voor de vader! - met het pasgeboren kind.
- Vaders zorgen meer → Nog niet zo heel lang geleden verschoonde geen enkele man zijn kind en werd ook de rest van de zorg als een vrouwentaak gezien. Nu zijn vaders gemiddeld genomen meer betrokken bij de verzorging, wat de hechting en de fysieke omgang doorgaans positief beïnvloedt. Mannen raken hun kinderen dus meer aan dan vroeger, zowel noodzakelijk als affectief. Hierover volgt zo meteen meer als het verschil tussen de seksen behandeld wordt.
- Christelijke traditie minder gewicht → In het christendom is lichamelijkeheid en seksualiteit geassocieerd met schaamte, zonde en schuld. De huidige generatie gaat onder invloed van de secularisering veel minder gebukt onder deze negatieve gevoelens en het is niet ondenkbaar dat ze zich hierdoor vrijer voelen om elkaar aan te raken.
- Inhaalslag lichaam → Er lijkt meer aandacht te zijn voor lichamelijkeheid en voor gevoelens. Alsof het denken en het voelen - in onze overwegend rationele cultuur - meer in balans komt. Hein Stufkens constateerde al (zie § 7.1.2) dat holistische gedachten terrein winnen. Dit is alleen al te zien aan het feit dat zowel de Katholieke Bijbelstichting als de Leuvense Cahiers voor Praktische Theologie boeken gepubliceerd hebben over het lichaam (zie § 10.3).

#### 11.3.4 Verschillen tussen de seksen

Montagu hoorde vrouwen (in de jaren '70) vaak klagen over de onhandigheid en ruwheid van mannen op seksueel gebied. Voor hem was deze onkunde een logisch gevolg van het feit dat vele mannen te weinig aangeraakt zijn in hun kindertijd. Zou juist was al te lezen dat jongens vanaf een jaar of 5 á 6 minder aangeraakt worden dan meisjes. Onderzoek wijst echter uit dat dit ook al geldt bij baby's; meisjesbaby's ontvangen meer tactiele prikkels van hun moeders. Als mogelijke reden wordt gegeven dat moeders blijer zouden zijn met meisjes. Ze zouden zich daarnaast minder geremd voelen om hun dochters affectief aan te raken. Bij zonen ligt dat moeilijker. Om nog maar te zwijgen over dergelijke uitingen tussen vaders en zonen; de meeste Amerikaanse vaders (in de jaren '70) zouden huiveren bij de gedachte om hun zoon op die wijze aan te raken.<sup>372</sup>

Montagu's onderzoek is inmiddels ruim 40 jaar oud en vergeleken met toen is er veel veranderd, ook tussen vaders en zonen. Maar de mensen die nu in zorginstellingen zijn opgenomen, die hadden 40 jaar geleden bij wijze van spreken onder zijn onderzoek kunnen vallen; t.a.v. deze generatie hebben Montagu's conclusies vermoedelijk nog niet aan kracht ingeboet!

Daarbij is het niet ondenkbaar dat jongens tegenwoordig nog steeds minder aangeraakt worden dan meiden. Niet zozeer omdat vrouwen blijer zouden zijn met dochters, maar eerder omdat knuffelen en liefkozen (tóen, en vermoedelijk nu ook nog maar dan in mindere mate) als iets typisch vrouwelijks gezien wordt, zo schrijft Montagu.<sup>373</sup> Het verklaart eveneens waarom het aanraken door vrouwen eerder geaccepteerd wordt, zoals we al diverse malen zagen (zie o.a. § 9.1.2, en § 10.3). Aanraken wordt namelijk geassocieerd met zachtheid en met vrouwelijkheid. En het is daarom ook dat jongens later minder tactiel zijn; zij moeten zich immers losmaken van moeder om zich te identificeren met vader.<sup>374</sup> Maar omdat vader op zijn beurt doorgaans amper is aangeraakt door zijn eigen vader, zal hij zijn zoon ook niet leren dat mannelijkheid en aanra-

---

<sup>371</sup> Talma 2010, 21, 63.

<sup>372</sup> Montagu 1972, 156-157, 163-164, 221. Vgl. Davis 1993, 42, 67.

<sup>373</sup> Montagu 1972, 189.

<sup>374</sup> Montagu 1972, 189, 242-243.

ken samen kunnen gaan. En juist hierom is het goed dat mannen tegenwoordig meer betrokken zijn bij de zorg van hun kinderen, en ze daardoor ook meer aanraken. Mannen ontdekken zo de meer zachte kanten van zichzelf, en kinderen leren dat aanraken niet iets is dat alleen vrouwen doen. En dat zullen ze als volwassene als het goed is met zich mee nemen, aangezien ervaringen met aanrakingen in de kindertijd een grote invloed hebben op hoe hier later tegen aan gekeken wordt (zie § 11.3.1 en § 11.3.2).

Het lijkt er dus op dat de verschillen tussen de seksen qua aanraken een kwestie van rollenpatronen is. Toch is dat niet het hele verhaal. Volgens Montagu reageren vrouwen, van alle leeftijden, veel sterker op tactiele prikkels dan mannen. Het betekent voor vrouwen ook meer. En waarschijnlijk daarom ook zijn “vrouwen veel meer geneigd aan alle mogelijke subtiele tactiele gedragsvormen toe te geven dan mannen”. Mannen daarentegen reageren weer sterker op visuele prikkels. En deze verschillen lijken, in ieder geval gedeeltelijk, door de genen bepaald te worden.<sup>375</sup>

#### **11.4 De begrenzendende functie van de huid**

Behalve het kunnen verbinden van mensen heeft de huid ook een functie die hier tegenovergesteld aan is. De huid dient er namelijk ook toe om te begrenzen, zo lezen we bij Dieuwke Talma.<sup>376</sup> O.a. Georges Lambrechts (zie § 10.3) schreef al dat de huid de grens is tussen ‘binnen’ en ‘buiten’.<sup>377</sup>

Het is belangrijk dat er evenwicht is tussen die verbindende en begrenzendende functie. Wanneer alleen de verbindende functie voldoende (of overmatig) is ontwikkeld sta je te veel open voor alle indrukken en mensen die op je af komen. Als daarentegen de nadruk ligt op het begrenzen, is de huid gepantserd en laat je weer te weinig mensen toe.<sup>378</sup> De persoonlijke ruimte (zie o.a. § 9.1.3 en § 10.3) die mensen nodig hebben is dan te groot.

Terwijl bij de verbindende functie de behoefte aan huidcontact centraal staat, gaat het er bij de begrenzendende functie juist om dat je *niet* aangeraakt wilt worden. In deze thesis zijn reeds een aantal situaties, waarin aanraken niet wenselijk is, aan de orde gekomen. Bijvoorbeeld wanneer de persoon die jou wil aanraken niet dicht genoeg bij je staat, of je gewoonweg té verdrietig bent om vastgehouden te worden. Het gaat hier dan om specifieke situaties. Daarnaast zijn er personen die om bepaalde redenen sowieso niet zo van het aanraken zijn, wat o.a. Laura Reedijk-Boersma al aangaf (zie § 10.3). De mogelijke redenen hiervoor – die hieronder worden opgesomd – kunnen in de individu zelf liggen of in zijn of haar omgeving, alhoewel een strikt onderscheid hiertussen niet altijd te maken is. Veel van die oorzaken zijn overigens al meer of minder uitgebreid besproken in de thesis.

##### *Individuele oorzaken*

Enkele oorzaken of redenen - die ertoe kunnen leiden dat iemand niet graag aanraakt of aangeraakt wil worden - en die op het persoonlijke vlak liggen, zijn:

- Associaties → Welke (deels onbewuste) associaties men bij aanraken heeft hangt voor een groot deel af van hoe men het aanraken als kind heeft ervaren. Dit kunnen dus ook negatieve associaties zijn van angst, pijn en / of (on)macht. Daarnaast kan aanraken als iets typisch vrouwelijks gezien worden, waardoor mannen niet zo van het aanraken zijn (zie § 11.3.1 en § 11.3.4).
- Hechting → De mate waarin iemand als kind gehecht is kan een rol spelen. Er worden in de literatuur drie typen van gehechtheid onderscheiden: veilig, angstig-vermijdend en angstig-afwerend. Veilig gehechte kinderen zoeken troost en lichaamscontact als de ouder terugkomt nadat hij of zij even is weggeweest. Later hebben zij doorgaans langdurige relaties, met een partner bij wie steun en troost gezocht wordt in moeilijke tijden. Angstig-

<sup>375</sup> Montagu 1972, 163, 188-189. Vgl. Davis 1993, 91.

<sup>376</sup> Talma 2010, 73.

<sup>377</sup> Vgl. Moltmann-Wendel 1994, 111-112.

<sup>378</sup> Talma 2010, 74.

vermijndend gehechte kinderen zoeken de ouder nooit echt op en reageren amper op diens terugkeer. Deze kinderen lijken alleen oog te hebben voor hun speelgoed of zijn apathisch. In hun latere leven herhaalt dit patroon zich; ze mijden menselijk contact en storten zich in plaats daarvan op werk en / of hobby's. Ze kunnen zich ook in zichzelf terugtrekken. Ze zijn niet in staat tot écht contact; niet met anderen maar ook niet met zichzelf, waartoe ook het eigen lichaam en de eigen gevoelens horen. Angstig-afwerende kinderen tenslotte reageren ambivalent als de ouder na een scheiding terugkomt. Het lijkt erop alsof ze de ouder willen straffen voor het feit dat hij of zij even is weggegaan. Ze klampen namelijk de ouder dikwijls in paniek aan, terwijl tegelijkertijd elke affectie van de ouder afgeweerd wordt. Dit komt voor als ouder(s) niet consequent en betrouwbaar zijn, waardoor het kind niet weet waar het aan toe is. Later zie je vaak dat deze mensen zich nooit echt durven te geven in relaties, uit angst om wéér afgewezen te worden. Ze zijn dus erg onzeker en weten niet goed om te gaan met contact en nabijheid.<sup>379</sup>

- Identiteit → Van Bob Boot weten we al (zie § 11.3.2) dat intieme relaties lastig kunnen zijn op het moment dat je onvoldoende een eigen identiteit hebt ontwikkeld. Dan is de kans namelijk aanzienlijk dat je ofwel jezelf helemaal verliest in de relatie, ofwel juist te veel op afstand blijft uit angst om gekwetst te worden. Het krijgen van een eigen identiteit heeft trouwens (óók) weer te maken met de hechtingspatronen uit de jeugd, zoals we reeds lazen bij Talma (zie § 11.3.2). Je kunt je volgens Boot namelijk pas onthechten, en zo een eigen identiteit vorm gaan geven, als je goed gehecht bent geweest.<sup>380</sup>
- Psychiatrische klachten → Carl van Boxel en Roeland Polspoel e.a. (zie § 10.3) leerden ons dat mensen met een psychiatrische achtergrond een verstoorde lichaamsbeleving kunnen hebben, alsmede moeite met emoties, lichamelijke nabijheid. Daarnaast gaven ze aan dat je bij deze mensen niet mag aannemen dat ze de “gemeenschappelijke basistaal van gebaren” delen. Dit alles houdt in dat een pastor wat aanraken betreft van alles kan verwachten; van mensen die onaanraakbaar zijn, tot mensen die altijd willen knuffelen. Het is niet ondenkbaar dat dit eveneens geldt voor mensen op de psychogeriatrische afdeling.
- Dementie → Zelfs baby's kun je met aanraken al overprikkelen (zie § 11.3.1). Mensen met dementie kun je vermoedelijk helemaal overprikkelen, alhoewel het aanraken ook duidelijk goed kan doen (zie § 9.1.3). Sowieso is voor hen een rustige een prikkelarme omgeving nodig, aldus Madeleine Timmermann. Zij heeft onderzoek gedaan naar het wassen van dementerenden (zie o.a. § 1.3) en adviseerde zoal om het werktempo aan te passen, omdat dementie de verwerkingstijd vertraagt. Als hier aan voorbij gegaan wordt, bestaat het gevaar dat de handeling voor de dementerende verwarrend en bedreigend is. Het lijkt immers of er ‘zomaar’ iets gebeurt. Dit advies kan een pastor doortrekken naar het aanraken.<sup>381</sup>
- Seksueel misbruik → Als een kind seksueel misbruikt is dan is de kans aanzienlijk dat het aan het aanraken negatieve associaties verbindt. We zagen dat bij Rob van Uden. Een hand geven was zelfs al te veel bij een vrouw die misbruikt was (zie § 10.3). Uit de literatuur blijkt ook dat mensen die dit meegemaakt hebben allerlei problemen kunnen ontwikkelen, waaronder problemen met de lichaamsbeleving en aanrakingsangst. Wat dikwijls resulteert in relationele en in seksuele problematiek.<sup>382</sup> Daarnaast is het zo dat seksuele aversie – wat de oorzaak er ook van is – ertoe kan leiden dat elk lichamenlijk contact seksueel gelabeld en dus vermeden wordt.<sup>383</sup>

### Omgevingsfactoren

De omgeving kan eveneens – in de woorden van Phyllis Davis – een remmend effect hebben op het aanraken. Zij noemt vier soorten remmingen.<sup>384</sup>

1. Christendom → Davis heeft dit ontleend aan Montagu. Het christendom heeft vroeger lichamenlijk genot en aanraken tot zonde verklaard (zie § 11.3.3).

<sup>379</sup> Miesen 2003, 709-710; Talma 2010, 16-17.

<sup>380</sup> Boot 2004, 151-152, 192-194.

<sup>381</sup> Timmermann 2010, 122.

<sup>382</sup> Frenken 2003; Gijs e.a. 2009, 423.

<sup>383</sup> Montagu 1972, 156; Gijs e.a. 2009, 348.

<sup>384</sup> Davis 1993, 62-64, 66.

2. Economie → Aan eigendom wordt zoveel waarde toegekend dat het verboden is om spullen aan te raken. Daarnaast kan de nadruk liggen op werken en niet op het maken van plezier.
3. Persoonlijke ruimte in het gedrang → Hoe dichter bevolkt de omgeving, des te meer de persoonlijke ruimte beschermd moet worden. Volgens Davis gaan we dan op stekelvarkens lijken; we zoeken elkaar op voor warmte en gezelschap, maar we moeten voldoende afstand houden om elkaar niet te prikken.
4. Aanraken wordt verward met seks → De grootste remming is dat aanraken vaak gelijk gesteld wordt aan seks. Dit komt mede door een gebrek aan liefdevolle aanrakingen (zie § 11.3.1).

Elders beschrijft Davis nog de culturele verschillen betreffende aanraken; sommige volkeren zijn meer lichamelijk dan andere volkeren, wat reeds besproken is (zie § 11.3.3).

### **11.5 Aanwijzingen voor een geestelijk verzorger**

Uit de literatuur over de tastzin is gebleken dat de huid zowel kan verbinden als begrenzen, en dat deze functies met elkaar in evenwicht moeten zijn om goed te kunnen functioneren (zie § 11.4). Dit doet denken aan de in het pastoraat vaak aanwezige spanning tussen nabijheid (verbinding) en afstand (begrenzing), waar in hoofdstuk 10 veel aandacht voor was.

Bij het verbinden staat de behoefte aan huidcontact met een ander mens centraal. Aanrakingen kunnen namelijk voor gevoelens van verbondenheid zorgen, wat weer goed aansluit bij de zorgethiek omdat deze traditie benadrukt dat mensen afhankelijk van elkaar zijn (zie § 11.3).

Die behoefte aan huidcontact is bij de allerjongsten van levensbelang. Tactiele prikkelingen blijken nodig te zijn voor zowel het fysieke als het emotionele welzijn van het kind (zie § 11.1). Wat betreft het emotionele welzijn draagt het aanraken bij aan de associaties (prettig of juist niet) die aan het aanraken gekoppeld worden, en die het hele leven kunnen doorwerken (zie § 11.3.1). Daarnaast blijkt aanraken ook hechtingsgedrag te zijn en juist baby's hebben zo ongeveer als enige taak om te hechten aan de ouder(s). De mate waarin het lukt om te hechten is weer van invloed op de identiteitsontwikkeling, alsmede op hoe een kind later omgaat met relaties en daarmee ook met nabijheid en met aanraken (zie § 11.2, § 11.3.1 en § 11.3.2).

Uit dit alles blijkt dus dat een geestelijk verzorger er op bedacht moet zijn dat de aanrakingen en de gehechtheid in de vroege jeugd – hoewel de pastorant zich daar zelf vaak niet bewust van is – van groot belang kunnen zijn in de pastorale begeleiding. Het verklaart mede de grote verschillen tussen volwassenen in de behoefte aan aanraken. Overigens blijken ook culturele verschillen een rol te spelen; de ene cultuur is lichamelijker ingesteld dan de andere (zie § 11.3.3.) Verder lijkt het geslacht voor een groot deel bepalend te zijn, in die zin dat aanraken – vooral voor de ouderen van nu – als iets typisch vrouwelijks gezien wordt. Waardoor jongens als baby al minder aangeraakt worden, en het van vrouwen veel eerder geaccepteerd wordt als zij iemand aanraken. Dit is echter niet enkel een kwestie van rollenpatronen; vrouwen reageren ook daadwerkelijk sterker op tactiele prikkels dan mannen (zie § 11.3.4).

Voor volwassenen is aanraken geen primaire levensbehoefte meer. Wel is het vanuit haptonomisch perspectief ook voor volwassenen nodig om affectief bevestigd te worden, en aanraken is daartoe een krachtig middel. Daarbij zou het vermogen om te tasten en te voelen de kwaliteit van leven verbeteren omdat onze zintuigen – waaronder de tast – letterlijk zin aan het leven geven (zie § 11.3.2).

Van ouderen was het uit eerdere hoofdstukken al duidelijk geworden dat ze een grotere behoefte aan aanraken kunnen hebben. Met behulp van de hechtingstheorie van John Bowlby is nu duidelijk geworden dat deze behoefte – althans ten dele – uitgelegd kan worden als hechtingsgedrag. Volgens Bowlby vertonen ouderen namelijk ná jonge kinderen het meeste hechtingsgedrag omdat ze dikwijls met veel verliezen kampen. Waardoor ze graag de (al dan niet lichamelijke) nabijheid van een vertrouwd persoon wensen. Daarnaast lijkt het erop dat ouderen ook meer 'huidhonger' hebben (zie § 11.2 en § 11.3.2).

De hechtingstheorie van Bowlby komt overigens nog vaker terug in de thesis, o.a. in hoofdstuk 13 over dementie. Het ziekteproces zou gevoelens van onveiligheid oproepen, wat weer tot gehechtheidsgedrag kan leiden.

De begrenzende functie (zie § 11.4) van de huid speelt op wanneer men niet aangeraakt wil worden. Dit doet zich voor als de situatie er zich niet voor leent (de ander is niet vertrouwd genoeg bijvoorbeeld, of je bent té verdrietig), maar het kan ook te maken hebben met persoonlijke en / of omgevingsfactoren. Op het persoonlijke vlak kun je dan denken aan o.a. negatieve associaties met aanraken uit de kindertijd, een onveilige hechting met de ouder(s) en psychiatrische en / of psychogeriatrische problemen. Wat betreft de omgeving is de grootste remming dat aanrakingen vaak gelijk gesteld worden aan seks, wat mede veroorzaakt wordt doordat we als kind het onderscheid tussen de verschillende soorten aanrakingen onvoldoende geleerd hebben.

## **11.6 Besluit**

Uit de literatuur over aanraken door pastores (zie § 10.3) kwam naar voren dat de huid het medium is van de aanraking. Daarom is er in dit hoofdstuk nader ingezoomd op de huid als tastzintuig. Hierdoor is duidelijk geworden dat ervaringen met aanrakingen in de kindertijd voor een groot deel bepalen hoe men hier later als volwassene mee omgaat. Ook blijken culturele en sekseverschillen een rol te spelen. Dit werd al eerder vermoed (zie § 9.1.2 en § 10.3), maar kon nu met behulp van vooral het onderzoek van Ashley Montagu naar de huid als tastzintuig bevestigd en verklaard worden. Hetzelfde geldt voor het vermoeden dat ouderen – en dus ook mensen met dementie – doorgaans meer behoefte hebben aan aanraken. Enerzijds lijkt het erop dat ze meer ‘huidhonger’ hebben, anderzijds hebben zij vaak met zoveel verliezen te kampen dat ze – net als in de kindertijd – weer gehechtheidsgedrag gaan vertonen, zo meent John Bowlby (zie § 11.2 en § 11.3.2). En aanraken is hier een uitingsvorm van.



## **12 LICHAAMSGERICHTE THERAPIEËN**

In hoofdstuk 12 worden twee lichaamsgerichte therapieën verkend. Als eerste wordt aandacht besteed aan de zogenaamde gestalttherapie (§ 12.2) omdat de hierin gebruikte ideeën over lichamelijkheid goed van pas lijken te komen in de pastorale begeleiding. Vervolgens komt de haptonomie (§ 12.3) aan bod vanwege het feit dat in deze discipline – net zoals in deze thesis! – de affectieve aanraking centraal staat.

Beide therapieën hebben met elkaar gemeen dat de achterliggende mensvisie – evenals van de psychomotorische therapie (zie § 6.2) – gestoeld is op het werk van de Franse fenomenoloog Merleau-Ponty. Vandaar dat eerst zeer kort enkele van zijn gedachten (§ 12.1) beschreven worden.

Voor pastores zijn aan het einde van het hoofdstuk (§ 12.4) weer aanwijzingen opgenomen.

### **12.1 Maurice Merleau-Ponty**

Over Merleau-Ponty is in deze thesis al gemeld (zie § 6.2) dat volgens hem de mens vooral via zijn lichaam met de wereld verbonden is en dat de mens zijn lichaam *is*. Hier kan aan toegevoegd worden dat ons bewustzijn óók lichamenlijk is, omdat we – en dit is al besproken in hoofdstuk 7 (zie § 7.1.1) – voelend en waarnemend in de wereld aanwezig zijn.<sup>385</sup> Lichaam en bewustzijn gaan dus samen, en dit gaat tegen het dualistische mensbeeld (zie § 7.2.1) in dat in het Westen dominant is.<sup>386</sup>

Feitelijk kent Merleau-Ponty het lichaam zelfs een heel belangrijke rol toe omdat het via de zintuigen eerder over informatie uit zowel de binnen- als de buitenwereld beschikt dan het verstand. We nemen met andere woorden eerst de omgeving waar voordat we overgaan tot een verklaring ervan. Het lichaam heeft dus eerder ‘weet’ van bepaalde zaken dan de ratio, wat we eveneens al (min of meer) gezien hebben bij de beschrijving van de psychomotorische therapie (zie § 6.2). Hier gaat men namelijk – net zoals de gestalttherapie en de haptonomie (zie § 11.3.1) – uit van het lichaam als opslagplaats van bewuste en onbewuste ervaringen. Verder lezen we zowel bij Lootens, als bij Riemslag & Grolus (zie § 7.1.2), dat emoties van een ander (lijfelijk) te ervaren zijn.<sup>387</sup> We zijn ons hier echter lang niet altijd bewust van.

### **12.2 Gestalttherapie**

Dát enkele inzichten uit de gestalttherapie bruikbaar zijn in de pastorale praktijk, zoals zojuist in de inleiding stond, was al langer bekend. Met name in de jaren '80 van de vorige eeuw hebben enkele theologen geprobeerd de gestalttherapie te integreren in het pastoraat. Volgens Doris Nauer – op wiens postmodern zielzorgconcept Rieke Mes haar concept voor geestelijke verzorging aan mensen met dementie heeft gebaseerd (zie § 2.3.2) – is dit echter in de jaren '90 niet verder doorontwikkeld.<sup>388</sup> Niettemin zijn ten behoeve van deze thesis nog twee Amerikaanse boeken gevonden over gestalttherapie en pastoraat, te weten van Jeffrey Hamilton (1997) en van Ward Knights (2002).<sup>389</sup> Daarnaast is er in het in 2009 verschenen 'Praktijkboek gestalt', waaraan tal van Nederlandse en Vlaamse gestalttherapeuten hebben meegewerkt, een hoofdstuk over spiritualiteit opgenomen van de hand van Ernst Kniff.<sup>390</sup> Maar deze voegen inhoudelijk niets nieuws toe ten aanzien van wat Nauer in haar 'Kompendium' (2001) hierover al schreef. E.e.a. komt uiteraard nog aan bod in deze paragraaf.

Schijnbaar is er, behalve de psychoanalyse, geen psychotherapeutische therapie zo wereldwijd verspreid als de gestalttherapie. Daarnaast zijn vele begrippen en formuleringen door andere therapieën overgenomen.<sup>391</sup> Dit verklaart ook waarom er in deze thesis reeds – deels onbewust – enkele gestalttherapeutische ideeën terecht zijn gekomen, zoals we net zagen. Deze ideeën zijn

---

<sup>385</sup> Van Luttervelt 1997, 63; Delfgaauw & Van Peperstraten 2001, 218; Lambrechts 2009, 15-16.

<sup>386</sup> Delfgaauw & Van Peperstraten 2001, 218.

<sup>387</sup> Van Luttervelt 1997, 63.

<sup>388</sup> Nauer 2001, 206.

<sup>389</sup> Hamilton 1997; Knights 2002.

<sup>390</sup> Kniff 2009, 332-345.

<sup>391</sup> Lambrechts 2009, 22.

met name afkomstig uit theologische bronnen over lichamelijkheid en pastoraat. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de notie van het lichaam als drager van betekenissen (zie § 7.1.2), waarover gestalttherapeut Greet Cassiers – zo blijkt nu – ook geschreven heeft.<sup>392</sup> Dit wordt zo meteen eveneens nog verder uitgewerkt.

Achtereenvolgens is er aandacht voor het ontstaan van de gestalttherapie (§ 12.2.1), over het doel en de werkwijze (§ 12.2.2), en over enkele belangrijke inzichten die betrekking hebben op lichamelijkheid en aanraken en die mogelijk interessant zijn voor een pastor (§ 12.2.3).

### 12.2.1 Ontstaan

George Lambrechts, van wie in het hoofdstuk over aanraken en pastoraat een artikel is samengevat over lichamelijkheid en communicatie (zie § 10.3), is niet alleen theoloog. Hij is eveneens gestalttherapeut. In het reeds genoemde 'Praktijkboek gestalt' (2009) heeft hij het ontstaan van de gestalttherapie uiteen gezet.<sup>393</sup> Hieruit wordt in deze subparagraaf met name geput.

Officieel is de gestalttherapie in 1951 ontstaan in New York met het verschijnen van het boek 'Gestalt Therapy. Excitement and growth in the human personality'. De auteurs hiervan – Perls, Hefferline & Goodman – worden dan ook als grondleggers van deze vorm van therapie gezien. Hoewel de gestalttherapie dus van Amerikaanse bodem komt heeft ze onmiskenbaar Duitse invloeden. Dit is heel goed te zien aan het woord 'Gestalt', dat ontleend is aan gestaltpsychologie. Het betekent letterlijk 'totaalbeeld' en geeft aldus Cassiers aan dat in de therapie niet enkel de persoon gediagnosticeerd wordt, maar de persoon in relatie tot zijn of haar omgeving.<sup>394</sup> Wat weer goed aansluit bij de zorgethiek omdat men hier de verbinding tussen mensen benadrukt (zie § 4.1.2).

De gestalttherapie kent drie belangrijke bronnen. Naast de gestaltpsychologie zijn dit de psychoanalyse (met o.a. begrippen als 'overdracht' en 'weerstand') en de existentiële fenomenologie, waarvan Merleau-Ponty een vertegenwoordiger is.

Sinds de jaren '70 zijn er gestalttherapeuten in Nederland actief.

### 12.2.2 Doel en werkwijze

Lambrechts noemt gestalttherapie letterlijk "een therapie van het contact" vanwege het feit dat de focus ligt op de wisselwerking tussen het individu en de omgeving.<sup>395</sup> Als aan die wisselwerking e.e.a. schort kun je psychische en / of psychosomatische problemen krijgen. Wat doorgaans ook aan iemand te zien is; aan zijn of haar houding, bewegingen, uitspraken e.d. Zo kan je verstijven of een knoop in je maag voelen als je een collega tegenkomt met wie je een conflict hebt, wat je niet durft uit te praten. Met dergelijke situaties gaat een gestalttherapeut aan de slag. Hij of zij is gericht op "het herstel van het contact met jezelf en je omgeving", zo is te lezen op de website van de Nederlandse Beroepsvereniging voor Gestalttherapeuten (NBGT). Het ontwikkelen van 'awareness' of gewaarzijn is hierbij een belangrijk aandachtspunt, waarover meer in de volgende paragraaf.<sup>396</sup>

De therapeut neemt het lichaam als uitgangspunt van de therapie.<sup>397</sup> Hij of zij "geeft aandacht aan wat de cliënt lichamenlijk reeds toont, maar nog niet verwoordt", aldus gestalttherapeut Riane Mailfait.<sup>398</sup> Van hoe iemand kijkt, doet, lacht, aanraakt e.d. is namelijk doorgaans veel meer af te leiden in vergelijking tot wat iemand zegt.<sup>399</sup>

---

<sup>392</sup> Cassiers 2009, 221.

<sup>393</sup> Lambrechts 2009, 10-22.

<sup>394</sup> Cassiers 2009, 220.

<sup>395</sup> Lambrechts 2009, 21.

<sup>396</sup> <http://www.nbgt.nl/gestalttherapie.php>, geraadpleegd op 24 september 2012.

<sup>397</sup> Cassiers 2009, 220.

<sup>398</sup> Mailfait 2009, 41.

<sup>399</sup> Nauer 2001, 217. Vgl. Mailfait 2009, 40.

Er zijn allerlei mogelijke werkvormen binnen de gestalttherapie. De beroepsvereniging (NBGT) noemt lichaamswerk, beeldend werk en meditatie als voorbeelden.<sup>400</sup> Aanraken is volgens Edith Fronczek van het secretariaat van de NBGT niet gebruikelijk (e-mail van 29 januari 2012). Greet Cassiers heeft er echter een heel hoofdstuk aan gewijd in het al genoemde Praktijkboek gestalt. Via het aanraken kan volgens haar bijvoorbeeld onderzocht worden hoe iemand zich tegenover zijn of haar eigen lichaam verhoudt. Verder geeft ze heel mooi aan dat iemands leven in diens lichaam als het ware geschreven staat, waardoor je via aanraken ook zijn of haar geschiedenis beroert.<sup>401</sup> Dit sluit aan bij wat Andries Baart over aanraken schreef; je raakt niet alleen de persoon aan, maar ook de kwestie die speelt (zie § 10.3).

### 12.2.3 Bruikbare inzichten voor pastores

De begrippen ‘gewaarzijn’, ‘lichaamsstructuur’ en ‘lichaamsproces’ verdienen nadere aandacht. Ze kunnen een pastor vooral helpen om gevoelig te worden voor de betekenis van lichamelijke in de begeleiding. Het gaat slechts indirect over aanraken.

#### *Gewaarzijn*

Voor gestalttherapeuten is ‘awareness’ of ‘gewaarzijn’ een centraal begrip dat afkomstig is van Merleau-Ponty. Wat het inhoudt is echter niet in één woord te vangen. Gestalttherapeut George Wollants probeert dat dan ook niet. Het gaat er volgens hem kort gezegd om dat je opmerkzaam en aandachtig bent voor de situatie waarin je je begeeft. Dit is evenwel niet een opzettelijke daad, in die zin dat je bewust aandachtig bent; het is meer het (passief) met al je zintuigen openstaan voor wat zich eventueel in die situatie aandient. Gewaarzijn is met andere woorden een “lijfelijk aanvoelen”, een “lichamelijk weet hebben van”. Een niet-cognitieve vorm van bewustzijn dus. En dit bewustzijn is voor hem “een onmisbaar aspect van contact” omdat je zonder gewaar te zijn niet goed kunt afstemmen op je omgeving.<sup>402</sup> In de thesis zijn we dit al eerder tegengekomen, o.a. bij Dominiek Lootens (zie § 7.1.2) en bij George Lambrechts (zie § 10.3). Gewaarzijn is volgens Wollants zowel denken als voelen. Het denken lijkt bij hem overigens secundair te zijn, omdat het in zijn beschrijving pas mee gaat doen als iets in het gewaarzijn op de voorgrond komt, en daar vervolgens (actief) de aandacht naar uit gaat. Dat is ook het moment waarop – als het gegeven is – de betekenis van dat iets zich laat zien.<sup>403</sup>

Het begrip gewaarzijn verduidelijkt dus wat ondermeer Lootens en Lambrechts schreven over het lichamelijke aanvoelen van de ander en van de omgeving. Daarnaast past het goed bij de presentietheorie (zie § 10.3) en daarmee ook bij de pastoraal-theologische visie op aanraken die in deze thesis geformuleerd is (zie § 10.4.2), vanwege het feit dat je gewaarzijn als een vorm van sensitiviteit kunt beschouwen. En sensibel zijn is weer nodig om present te zijn, alsmede om te kunnen inschatten of een aanraking gepast en gewenst is.

Gewaarzijn is daarboven nog interessant voor pastores omdat het – als je een theologische bril opzet – een spiritueel begrip is. Spiritualiteit – hier opgevat als het zoeken naar zin – heeft namelijk óók van doen met het open staan voor, alsmede met passiviteit en met activiteit, wat we zojuist bij Wollants lazen. Met behulp van theoloog en filosoof Paul van Tongeren kan dit ietwat verhelderd worden. Voor hem vereist de zoektocht naar zin namelijk het open staan voor Die- of Datgene wat ons overstijgt. En dit vraagt weer om zowel een actieve (zoeken, de weg gaan, er hard voor werken) als een passieve houding (vertrouwen, hoop, uithouden, aandacht). Zo kan de zin of de betekenis van iets zich aan je tonen, en dit toont zich vaak als een opgave!<sup>404</sup> Ook diverse – theologisch onderlegde – gestalttherapeuten zien deze link tussen gestalt en spiritualiteit. Zo definieert Ernst Kniff spiritualiteit als “betekenisontvouwing”, en is waarnemen voor hem “het proces waarin betekenis zich ontvouwt”.<sup>405</sup> Jeffrey Hamilton benoemt de actieve en passieve manieren van aandachtig zijn, en geeft de volgende beschrijving van awareness: “it

<sup>400</sup> <http://www.nbgt.nl/gestalttherapie.php>, geraadpleegd op 24 september 2012.

<sup>401</sup> Cassiers 2009, 220.

<sup>402</sup> Wollants 2009, 33-35. Vgl. Mailfait 2009, 45.

<sup>403</sup> Wollants 2009, 34. Vgl. Mailfait 2009, 42.

<sup>404</sup> Van Tongeren 1990, 103-104, 106, 111, 113.

<sup>405</sup> Kniff 2009, 334, 336.

is *experiencing* ourselves as individuals and as a part of a larger system. The experience is total... body, mind and spirit”.<sup>406</sup> Ward Knights tenslotte meldt dat gestalttherapie spirituele groei kan bevorderen.<sup>407</sup>

### *Lichaamsproces en lichaamsstructuur*

Van James Kepner, een Amerikaanse gestalttherapeut, zijn de begrippen lichaamsproces en lichaamsstructuur afkomstig. Lichaamsstructuren zijn “lichamelijke reacties op en aanpassingen aan zich herhalende prettige of pijnlijke situaties”. Met deze lichamelijke reacties bedoelt hij dat spieren en gestel ofwel verhard en vervormd kunnen worden, ofwel – omgekeerd – slap en vormeloos. Het lichaam geeft zo als het ware antwoord op de situatie, door zich aan te passen aan de omgeving. Vooral kinderen zijn hier snel toe geneigd, omdat ze erg lichamen zijn ingesteld en vaak nog geen ander antwoord hebben. Om dit te verduidelijken wordt het voorbeeld gegeven van een jongetje van vijf jaar dat zich verkrampst als hij zich onmachtig voelt.<sup>408</sup>

Wanneer er niets verandert kunnen de vervormingen zich vast gaan zetten en deel van iemand worden. Deze vervormingen zijn dan, aldus Greet Cassiers, “volle dragers van betekenis zonder dat deze betekenis evenwel helder is voor de persoon zelf”. Dikwijls weet men niet meer hoe het gekomen is dat men praat met een nauwelijks hoorbare stem, een lichthellende schouder heeft, o.i.d. Zo heeft Cassiers een keer een vrouw behandeld die zich heel erg klein maakte. Ze bleek als nakomertje niet gewenst te zijn.<sup>409</sup>

Onze lichaamshouding is dus niet enkel genetisch bepaald, zo blijkt wel. Bij Riane Malfait is eveneens te lezen dat relaties en gebeurtenissen er invloed op hebben. Ze schrijft letterlijk dat we vroegere ervaringen meedragen in ons lijf.<sup>410</sup> En dit zagen we reeds in hoofdstuk 7, waar o.a. Vandenhoeck, De Clercq & Favez geciteerd zijn over hoe aan de groeven van de rimpels, de ogen en de houding heel wat af te lezen is (zie § 7.1.2). Dankzij de gestalttherapie kunnen we hier nu ook een naam aan geven: lichaamsstructuur!

Er kan een moment komen dat de lichaamstructuur, een vorm van overlevingsgedrag, niet meer werkt. Dit gebeurt vaak wanneer men er last van gaat krijgen. Als het goed is ontstaat dan het besef dat er een onderliggende oorzaak is die ertoe geleid heeft dat de structuur is ontstaan. Dit kan een aanleiding zijn om in therapie te gaan, om die oorzaak te achterhalen en om er – nu wel – woorden aan te geven. Dit noemt Kepner het ‘lichaamsproces’.<sup>411</sup>

### **12.3 Haptonomie**

Uit de inleiding van dit hoofdstuk was al op te maken dat een thesis over aanraken wel aandacht móet besteden aan de haptonomie, vanwege de centrale rol die de affectieve aanraking binnen deze discipline heeft. Daar komt nog bij dat diverse mensen die over dementie geschreven hebben – om precies te zijn Rien Verdult, Rieke Mes en Madeleine Timmermann – de haptonomie in hun werk aanstippen omdat ze het goed vinden passen bij deze doelgroep.<sup>412</sup>

Over haptonomie in relatie tot geestelijke verzorging is in de literatuur vrijwel niets te vinden. Er is voor zover bekend over dit onderwerp slechts één artikel gepubliceerd, afkomstig van Jorien Schippers. Zij is zowel geestelijk verzorger als haptotherapeut, en (momenteel) werkzaam in het Amphia Ziekenhuis in Breda. In haar artikel laat ze zien hoe basisinzichten uit de haptonomie kunnen bijdragen aan het pastorale gesprek.<sup>413</sup> E.e.a. komt in deze paragraaf uiteraard nog aan bod.

Dát de haptonomie vruchtbare inzichten heeft voor een pastor, die mensen zo nu en dan ook lichamen nabij wil zijn door ze aan te raken, is in deze thesis overigens al wel duidelijk ge-

---

<sup>406</sup> Hamilton 1997, 35, 45.

<sup>407</sup> Knights 2002, 6.

<sup>408</sup> Cassiers 2009, 221.

<sup>409</sup> Cassiers 2009, 221.

<sup>410</sup> Malfait 2009, 41, 45-47.

<sup>411</sup> Cassiers 2009, 222-223.

<sup>412</sup> Verdult 1993, 179, 204; Verdult 1997, 82-83; Mes 2001, 49; Timmermann 2010, 178.

<sup>413</sup> Schippers 2011, 54.

worden; tot nu toe is reeds dankbaar gebruik gemaakt van enkele haptonomische inhouden. Zo leerden we al:

- wat een aanraking is en wanneer deze ‘goed’ te noemen is (zie § 3.3);
- dat de huid zowel een verbindende als een begrenzende functie heeft (zie § 11.3);
- dat aanraken voor volwassenen geen primaire levensbehoefte is, maar dat affectieve bevestiging – door o.a. aanraken – wel nodig is voor de psychische gezondheid (zie § 11.3.2);
- dat vooral bij intieme relaties de hechtingspatronen uit de jeugd naar voren komen, wat weer gevolgen kan hebben voor hoe men tegenover aanrakingen staat (zie § 11.3.2).

Verder heeft de haptonomie duidelijk overeenkomsten met de gestalttherapie, wat – gedeeltelijk - te verklaren is doordat enkele van hun theoretische uitgangspunten gebaseerd zijn op dezelfde filosoof, namelijk Merleau-Ponty (zie § 12.1). In de haptonomische literatuur wordt bijvoorbeeld ook geschreven over gewaarzijn, alsmede over lichaamsproces en lichaamsstructuur (zie § 12.2.3), zonder overigens deze specifieke termen te gebruiken. Wat je dan zoal leest is dat mensen met behulp van de haptonomie beter leren voelen, dat alle ervaringen in het lichaam opgeslagen zijn (lichaam als geheugen) en dat deze ervaringen weer naar voren kunnen komen bij aanrakingen.<sup>414</sup>

Uiteraard zijn er ook verschillen tussen de haptonomie en de gestalttherapie, waaronder de focus op aanraken, alsmede op bevestigen en op ontmoeten. Hierover volgt later meer.

Nu wordt er nader ingegaan op het ontstaan van de haptonomie (§ 12.3.1), op het doel en de werkwijze (§ 12.3.2), en op enkele inzichten die mogelijk interessant zijn voor een pastor (§ 12.3.3).

### 12.3.1 Ontstaan

In de jaren '50 van de vorige eeuw kwam er - mede onder de invloed van de fenomenologie van Merleau-Ponty (zie § 12.1) - meer aandacht voor gevoelens en voor de idee dat lichaam, geest en ziel niet te scheiden zijn.<sup>415</sup> Grondlegger van de haptonomie Frans Veldman (1921-2010) – van huis uit orthopedagoog en fysiotherapeut - liet zich hierdoor inspireren. Hij stond er voor open omdat hij in de Tweede Wereldoorlog had gezien dat mensen hun gevoelens vaak moesten wegstoppen. Ook zag hij dat men toen heel erg met elkaar verbonden kon zijn. En dit is weer de reden dat hij geraakt werd door de publicaties van psychiater Anna Terruwe.<sup>416</sup>

Terruwe schreef dat affectiviteit nodig is om met anderen een relatie aan te kunnen gaan, terwijl effectiviteit – dat volgens haar gericht is op eigenbelang – relatievorming in de weg staat.<sup>417</sup> Terruwe pleitte daarnaast voor bevestiging omdat dit noodzakelijk is voor de – in haar woorden – “psychische menswording”. Je krijgt er gevoel van eigenwaarde door en durft jezelf te openen voor andere mensen.<sup>418</sup> Bevestigen haalt dan ook, met andere woorden, mensen tevoorschijn!<sup>419</sup> Met name bij de genezingsverhalen van Jezus en bij de presentiebenadering van Andries Baart (zie § 10.3 en § 10.4.2) zijn we dit al eerder tegen gekomen.

Dit alles nam Frans Veldman mee in zijn werk als fysiotherapeut. Hij besloot mensen niet alleen functioneel of effectief aan te raken, maar ook affectief als mens. Hij ontdekte zo dat de huid zachter werd en de spierspanning lager, terwijl mensen juist gespannen raakte als hij ze als functioneel – dus als ding – aanraakte. Dit leidde er uiteindelijk toe dat hij samen met patiënten het gevoelsleven ging verkennen via het aanraken.<sup>420</sup>

De haptonomie is de theorie die ten grondslag ligt aan de haptotherapie. Haptonomie is een Grieks woord dat vertaald kan worden als ‘de leer van de tast’.<sup>421</sup> Veldman zelf spreekt liever

<sup>414</sup> Boot 2004, o.a. 37, 43, 52, 79, 149; Talma 2010 o.a. 12-13, 20-21, 24, 29, 110, 180-182.

<sup>415</sup> o.a. Boot 2004, 29; Schippers 2011, 54-55.

<sup>416</sup> Boot 2004, 23, 29; Talma 2010, 19; Schippers 2011, 54.

<sup>417</sup> Mante 2004, 60.

<sup>418</sup> Terruwe 1972, 26-27, 48-49.

<sup>419</sup> Vgl. Veldman 1988, 280.

<sup>420</sup> Boot 2004, 22-23; Schippers 2011, 55.

<sup>421</sup> Talma 2010, 24.

over “de wetenschap der affectiviteit” omdat haptonomie méér is dan enkel aanraken; het is tevens een mensvisie, en het gaat om ontmoeten in de breedste zin van het woord.<sup>422</sup>

In 1988 verscheen Veldmans levenswerk ‘Haptonomie – wetenschap van de affectiviteit’. Inmiddels is de ‘haptonomisering’ van ons land al aardig gevorderd. Buiten Nederland bestaat het echter nauwelijks. Een uitzondering hierop is Frankrijk, waar Veldman jaren gewoond heeft.<sup>423</sup>

### 12.3.2 Doel en werkwijze

Uit de geraadpleegde literatuur komen twee doelen naar voren. Het meest genoemde is het (weer) leren voelen, en dit voelen – aldus haptotherapeut en gz psycholoog Marja Eding - “als basiskompas in je leven te gebruiken”.<sup>424</sup> Om allerlei redenen kan het voelen verstoord zijn. Een voorname reden is dat het denken de afgelopen eeuwen in onze samenleving de overhand heeft gekregen, wat George Lambrechts ook al aangaf (zie § 10.3). Daarnaast zijn er veel mensen die zich afsluiten voor hun gevoelens, meestal om te voorkomen dat ze overspoeld raken door emoties van henzelf of van anderen. Dit heeft vaak tot gevolg dat men vastloopt omdat men van zichzelf en het eigen lijf vervreemd raakt. Via je lichaam sla je namelijk al je gevoelens en ervaringen op.<sup>425</sup>

Het tweede doel hangt met het eerste samen; het gaat in de haptonomie namelijk – en dit past ook goed bij de zorgethiek (zie vooral § 4.1.2 en § 4.1.4) - om het herstellen van verbindingen.<sup>426</sup> Daarbij wordt gefocust op de verbinding met het eigen lichaam; hoe meer iemand zijn of haar eigen lichaam bewoont, des te beter hij of zij bij het eigen gevoel kan komen.<sup>427</sup> Wat er weer voor zorgt dat men ook gemakkelijker in contact treedt met anderen.<sup>428</sup>

Achter deze doelen gaat een – op de fenomenologie gebaseerd - holistisch mensbeeld schuil, waarin de mens als een bezielde wezen gezien wordt dat met zijn lichaam verbonden is met de wereld.<sup>429</sup> Ook wordt de kwetsbaarheid van de mens erkend – denk aan de zorgethiek (zie § 4.1.3) – wat mede de behoefte aan bevestiging en aanraking verklaart.<sup>430</sup>

Er zijn talloze klachten die een haptotherapeut behandelt. Zoals vermeld lopen veel mensen vast omdat ze het contact met hun gevoel en hun eigen lijf kwijt zijn. Zij zitten te veel in hun hoofd.<sup>431</sup> Daarnaast komen veel mensen met problemen die in oorsprong hebben bij de eerste hechting als klein kind. Mede hierdoor kan men moeite hebben met o.a. intimiteit, nabijheid, aanraken, eigenwaarde en grenzen, wat eerder aan bod is gekomen (zie o.a. § 11.3.2). De patiënt leert dan op volwassen leeftijd zich alsnog te hechten en te verbinden, aan de haptotherapeut, om vervolgens de wereld met nieuw vertrouwen tegemoet te treden. Waarop de verbinding met de therapeut beëindigd wordt.<sup>432</sup> Verder komen er mensen met onverwerkte traumatische gebeurtenissen, die niet alleen in het hoofd maar ook in het lichaam opgeslagen zijn.<sup>433</sup>

In de haptotherapie staat het *voelen* centraal, terwijl een therapeut van een andere discipline doorgaans *luistert*.<sup>434</sup> Een patiënt leert enerzijds zijn lichaam beter kennen door te oefenen met bijvoorbeeld ballen en een wiebelplank. Anderzijds is er de behandelbank waar de therapeut de ander affectief aanraakt. Overigens gaan daar soms maanden overheen voordat die ander dat kan velen; aanraken kan te confronterend zijn, zeker voor mensen die misbruikt zijn.<sup>435</sup> Het affectieve aanraken dient er niet alleen toe om te leren voelen. Het is ook heel erg bevestigend. Volgens haptonoom Dieuwke Talma is het de meest directe wijze om veiligheid en steun

<sup>422</sup> Veldman 1988, 14. Vgl. Boot, 30.

<sup>423</sup> Van Luttervelt 1997, 14-15, 58.

<sup>424</sup> Eding 2004, 11. Vgl. Boot 2004, 9; Plooi & Zandvliet 2010, 15, 21.

<sup>425</sup> Boot 2004, 17, 52, 79. Vgl. Van Luttervelt 1997, 64; Plooi & Zandvliet 2010, 16

<sup>426</sup> Talma 2010, 17. Vgl. Veldman 1988, 14.

<sup>427</sup> Plooi & Zandvliet 2010, 18.

<sup>428</sup> Vgl. Van Luttervelt 1997, 16.

<sup>429</sup> Veldman 1988, 14; Boot 2004, 34-35, 79.

<sup>430</sup> Van Luttervelt 1997, 20. Vgl. Boot 2004, 143.

<sup>431</sup> Plooi & Zandvliet 2010, 15-16.

<sup>432</sup> Talma 2010, 18, 29, 49-50.

<sup>433</sup> Talma 2010, 29, 50, Vgl. Boot 2004, 79, 86; Plooi & Zandvliet 2010, 17.

<sup>434</sup> Van Lutterveld 1997, 67.

<sup>435</sup> Talma 2010, 52, 55.

te bieden, om zo de draagkracht van iemand te vergroten.<sup>436</sup> Wat weer heel erg aansluit bij de definitie van aanraken in deze thesis: aanraken is het fysieke, niet strikt noodzakelijke contact, dat niet gericht is op seksualiteit, met als doel om de ander te ontmoeten, waarbij hij of zij versterkt, ondersteund en bevestigd wordt (zie § 3.4).

Hoewel er ook gepraat wordt met de patiënt helpt dit vaak onvoldoende om bij gevoelens te komen. Veel van die gevoelens zijn namelijk erg diep – en niet zelden onbewust – verankerd in het lichaam. Via de tast heb je dikwijls makkelijker toegang daartoe dan via de taal. Zeker bij mensen die niet zo goed zijn in het verwoorden van wat ze voelen.<sup>437</sup> Mensen met een verstandelijke beperking reageren daarom vaak goed op haptotherapie aldus Marja Eding, die als haptotherapeut met deze doelgroep werkt. Het is niet ondenkbaar dat dit eveneens geldt voor mensen met dementie.<sup>438</sup>

Naast daartoe geschoolde haptotherapeuten, zijn er professionals in de zorg die inzichten uit de haptonomie toepassen ten behoeve van hun patiënten.<sup>439</sup> Zo ook geestelijk verzorgers, wat bleek uit de dissertatie van Rieke Mes over geestelijke verzorging aan mensen met dementie; één van de geïnterviewde pastores vertelde op haptonomische basis te werken (zie § 2.3.2).

### 12.3.3 Bruikbare inzichten voor pastores

Er zijn al behoorlijk wat haptonomische inzichten besproken in de thesis, o.a. over aanraken (zie § 3.3). De haptonomische ontmoeting is echter nog niet aan de orde geweest.

#### *De haptonomische ontmoeting*

Met behulp van de haptonomie kan een zorgverlener gevoeliger worden voor hoe je écht contact maakt met de ander, wat weer helpt in het aanvoelen of een aanraking al dan niet op z'n plaats is. Om dit te verduidelijken volgt nu een korte uitleg van belangrijke aspecten die van grote invloed zijn op hoe een ontmoeting verloopt. Deze aspecten zijn 'gemoed', 'gevoel', 'grenzen' en 'ruimte':

- Gemoed → Je hebt het vermogen om je gemoed voor anderen te openen of te sluiten. Je komt alleen in contact met iemand anders als zowel jijzelf als de ander daarvoor open staan, dus als je elkaar wilt zien, erkennen en waarderen. Als dit ook daadwerkelijk lukt is er sprake van een ontmoeting, aldus geestelijk verzorger en haptotherapeut Jorien Schippers. In die ontmoeting ervaar je dat het goed is om samen te zijn en dat je beiden mag zijn wie je bent. Dit is doorgaans erg bevestigend, alsmede goed voor de vertrouwensband.<sup>440</sup> Betreffende het openen van je gemoed laat Bob Boot ook nog weten dat dit om een kwetsbare opstelling vraagt om de afstand tot de ander te verkleinen.<sup>441</sup> Iets soortgelijks zagen we bij Eric van Rosmalen (zie § 10.3 en § 10.4.1). Hij schreef dat een pastor ook iets van zichzelf geeft. Als jezelf gesloten bent zal de ander niet uitgenodigd worden om zich te openen.

- Gevoel → Zojuist werd al duidelijk dat voelen centraal staat in de haptonomische ontmoeting. Zo voel je vaak duidelijk wat de sfeer is als je ergens binnenkomt. Je kunt je daarnaast bij iemand goed en veilig voelen, of juist helemaal niet. Hetzelfde geldt voor de ruimte waarin je je begeeft. Hieruit blijkt dat je zintuigen van alles registreren – denk aan het begrip 'gewaarzijn' uit de gestalttherapie (zie § 12.2.3) - wat kan helpen om op de situatie af te stemmen.<sup>442</sup>

In dit kader is het interessant te vermelden dat men er in de haptonomie vanuit gaat uit dat ieder mens het vermogen heeft om zijn of haar gevoel uit te breiden. Zo kunnen we ons lichaam verlengen met behulp van voorwerpen, zoals een auto, een fiets of een stok. Om bij

---

<sup>436</sup> Talma 2010, 29.

<sup>437</sup> Talma 2010, 29, 80.

<sup>438</sup> Eding 2004, 10-11.

<sup>439</sup> Van Luttervelt 1997, 27; Talma 2010, 25.

<sup>440</sup> Schippers 2011, 55, 59. Vgl. Boot 2004, 41, 165.

<sup>441</sup> Boot 2004, 168.

<sup>442</sup> Vgl. Talma 2010, 43-44; Schippers 2011, 57-58.

het voorbeeld van de auto te blijven; een goede automobilist voelt de weg en voelt hoe breed en hoe lang de auto is. Dit vermogen wordt ‘persensus’ genoemd. Daarnaast kunnen we ons gevoel uitbreiden zonder direct lichamelijk contact, wat ‘transensus’ heet. Een goede voetballer heeft als het ware contact met de bal, het totale veld en alle spelers. Zo kun je dus gevoelsmatig verbinding maken met de ruimte om je heen, alsmede met mensen. Door je gevoel naar anderen uit te breiden ontstaat er makkelijker een diep contact, oftewel ‘consensus’, wat ‘gezamenlijkheid van gevoel’ betekent. Dieuwke Talma geeft een mooi praktisch voorbeeld van hoe je als zorgverlener je gevoel kunt uitbreiden naar een (bedlegerige) patiënt. Bij binnenkomst van de kamer kun je, terwijl je nog naar het bed moet toelopen, alvast “een onzichtbaar lijntje leggen” naar hem of haar.<sup>443</sup>

- Grenzen → Binnen de haptotherapie is er veel aandacht voor grenzen omdat dit thema een belangrijke rol speelt bij het aangaan van verbindingen.<sup>444</sup> In het vorige hoofdstuk (zie § 11.4) werd al duidelijk dat de huid naast een verbindende ook een begrenzende functie heeft en dat deze functies in evenwicht moeten zijn. Anders bestaat het gevaar dat je ofwel te veel opgaat in anderen en de omgeving, ofwel dat je jezelf juist te veel afsluit daarvoor. Daarnaast lezen we al eerder in de thesis dat het rekening houden met de grenzen van de pastorant heel erg belangrijk is vanwege het feit deze vaak kwetsbaar is en er bovendien sprake is van een machtsongelijkheid in de relatie (zie § 10.4.1 en § 10.4.2). Een geestelijk verzorger dient daarom letterlijk en figuurlijk af te tasten of met het aanraken geen grenzen overschreven worden. En hierbij dient hij of zij eveneens de eigen grenzen te bewaken. Vooral de pastores werkzaam in de psychiatrie wezen hierop (zie § 10.3), maar het is eveneens vanuit zorgethisch perspectief van belang dat de zorgverlener afstemt op zichzelf en dus niet alleen op de patiënt (zie § 9.3).
- Ruimte → Naast het thema grenzen is ook het – daarmee samenhangende – thema ruimte bepalend. Volgens Dieuwke Talma krijg je meer gevoel voor de ruimte om je heen als de tastzin ontwikkeld is. Zij geeft aan dat we zowel emotioneel, spiritueel als fysiek ruimte nodig hebben. Emotioneel kun je in de problemen komen als je je gevoelens niet kunt uiten omdat ze er niet mogen zijn. Inzake spiritualiteit merkt Talma op dat de spirituele ruimte al bezet kan zijn door kerk en geloof. Fysiek tenslotte moeten we voldoende plaats hebben om te leven of te bewegen, anders kunnen we apathisch of agressief worden.<sup>445</sup> Al eerder (zie § 9.1.3) werd gemeld dat we de neiging hebben om te vechten of te vluchten als iemand te dichtbij komt, en dat mensen met dementie vaak alleen nog maar de mogelijkheid hebben om apathisch te worden, dus om weg te vluchten in zichzelf. Aangaande de fysieke ruimte maakt Talma nog onderscheid tussen de intieme, de sociale en de publieke ruimte. De intieme ruimte – in de thesis de persoonlijke ruimte genoemd – is de zone van ongeveer een halve meter om het lichaam heen. In deze ruimte mogen doorgaans enkel vrienden, familie en geliefden komen. Wanneer je aanraakt betreed je iemands intieme ruimte, wat niet iedereen prettig vindt (zie o.a. § 9.3). In de sociale ruimte – ca. een halve meter tot twee meter om iemand heen – is de ruimte klein genoeg om een gesprek te voeren maar groot genoeg om afstand te houden. De publieke ruimte delen we met velen, zoals een collegezaal of de openbare weg. Ook hier gelden (ongeschreven) regels voor afstand en nabijheid.<sup>446</sup> Over ruimtes schrijft Talma ook nog dat gebouwen en plaatsen heel erg op ons gevoel in werken, wat zojuist ook al aangestipt is. Sommige plekken voelen heel erg fijn, waardoor je meer open staat voor contact. Als de omgeving kil en onvriendelijk is sluit je je daarentegen af.<sup>447</sup>

Jorien Schippers heeft in haar artikel over het toepassen van haptonomische inzichten in de geestelijke verzorging geïllustreerd hoe je als (ziekenhuis)pastor iemand op haptonomische

<sup>443</sup> Talma 2010, 25-27, 31. Vgl. Veldman 1988, 291-310; Van Luttervelt 1997, 64-65; Boot 2004, 45.

<sup>444</sup> Talma 2010, 13, 31, 42.

<sup>445</sup> Talma 2010, 42-43.

<sup>446</sup> Talma 2010, 44-48.

<sup>447</sup> Talma 2010, 44.

wijze kunt ontmoeten.<sup>448</sup> De casus en de bijbehorende reflectie worden hieronder kort samengevat.

Terwijl Schippers druk bezig is met een beleidsplan krijgt ze een oproep voor een ziekenzegen. Onderweg van haar kamer naar de stervende mevrouw probeert ze haar gemoed te openen door het beleid uit haar gedachten te bannen en zich een voorstelling te maken van de situatie die ze aan gaat treffen. Eenmaal binnen ziet ze aan de ogen dat de familie angstig is en niet op hun gemak. Ze schudt handen, maar voelt daarin geen betrokkenheid. Te meer omdat ze allen tegen de muur staan, op grote afstand van hun vrouw en (groot)moeder. Mevrouw zelf ligt op bed en grijpt met haar hand in de lucht alsof ze iets wil pakken. Niemand van de familie staat bij het bed, niemand houdt haar hand vast. Er hangt een gespannen stilte. Het lijkt alsof ze niet met de – zo dichtbij – dood – om kunnen gaan. Met als gevolg dat ze hun stervende dierbare niet durven te ontmoeten.

Schippers probeert die ontmoeting wel aan te gaan door aan de rechterkant van het bed te staan omdat mevrouw vooral met haar rechterarm in de lucht grijpt. Ze pakt de hand vast en vertelt wie ze is en wat ze komt doen. Ze tast bij haarzelf en bij mevrouw af of ze de hand kan vasthouden; het voelt goed, en als dat niet zo zou zijn zou ze dat – is te lezen in de reflectie – ook voelen en de hand met respect weer loslaten.

Zo staat Schippers een tijdje, terwijl ze zich op mevrouw richt om zich met haar te verbinden. Na een poos lukt dit; mevrouw wordt rustiger en knijpt minder hard. Het voelt goed om zo samen te zijn. Schippers wordt zelf ook rustiger en meer ontspannen.

Vervolgens knikt ze vragend naar de echtgenoot om duidelijk te maken dat hij de hand van zijn vrouw mag overnemen, maar hij wil niet. De rest van de familie evenmin. Daarop zegt Schippers de vrouw, legt haar de hand op en spreekt een gebed uit. Ondertussen probeert ze haar ruimte te vergroten naar de aanwezige anderen. Tijdens het bidden komen de emoties van deze anderen los, en ontstaat er een rustige en ontspannen sfeer. De familie komt nu ook los van de muur, gaat om het bed van hun geliefde staan. Ze durven nu wel op de uitnodiging van Schippers in te gaan om hun vrouw, moeder en oma te groeten en te zegenen. Zonder een woord te zeggen neemt Schippers in haar gemoed afscheid van mevrouw en draagt haar handen over in de vertrouwde handen van haar man. De naasten durven nu wel de ontmoeting met haar aan. Een uurtje later belt de verpleegkundige om te zeggen dat mevrouw in alle rust overleden is en dat de familie vertelde dat het een goed afscheid was.

Uit deze casus blijkt hoeveel non-verbale indrukken Schippers opdeed door de mensen en (het gebruik van) de ruimte in zich op te nemen, waardoor ze van alles zag en voelde en daar ook naar handelde. Vermoedelijk hielp het dat ze met een open gemoed de familie tegemoet trad, en ze tijdens het bidden haar gevoel ook probeerde uit te breiden naar hen toe. Verder laat de casus zien hoe je mede via een fysieke aanraking de ander kunt ontmoeten en kunt kalmeren, alsmede dat het aanraken enigszins een kwestie van trial and error is, wat reeds besproken is (zie § 10.4.5).

## **12.4 Aanwijzingen voor een geestelijk verzorger**

Diverse pastores en theologen hebben – al dan niet in het verleden – belangstelling getoond voor zowel de gestalttherapie als de haptonomie. Nadere bestudering van deze lichaamsgerichte therapieën doet begrijpen waarom: de achterliggende theoretische inzichten reiken de geestelijk verzorger een begrippenkader aan waarmee bepaalde verschijnselen die hij of zij in de praktijk tegenkomt gesignaleerd en benoemd kunnen worden. Een duidelijk voorbeeld hiervan is het gestalttherapeutische begrip ‘lichaamsstructuur’ (zie § 12.2.3), dat verklaart waarom je aan iemands lijf vaak heel wat kunt aflezen, wat al eerder geconcludeerd werd in de thesis toen het over het lichaam als drager van betekenissen ging (zie § 7.1.2). Nog een – haptonomisch – begrip dat eveneens heel vaak aan de orde is in de pastorale ontmoeting, is ‘bevestiging’ van Anna Terruwe (zie § 12.3.1). Juist ouderen en zieken willen graag bevestigd worden omdat ze kwetsbaar zijn. Bevestiging kan er tevens voor zorgen dat mensen zich durven openen. En aanraken is

---

<sup>448</sup> Schippers 2011, 56-59.

een heel directe vorm van bevestigen. Dit weten niet alleen haptonomen (zie § 12.3.2). Ook verpleegkundigen (zie § 9.1.1) en pastores (zie § 10.3) onderkennen dit, zo zagen we eerder.

Zowel de gestalttherapie als de haptonomie zijn (deels) gebaseerd op de filosofie van Merleau-Ponty (zie § 12.1). Dit verheldert waarom ze beide zoveel nadruk leggen op het lijfelijke weten, dus op het open zetten van al je zintuigen om zodoende de ander en de situatie aan te voelen (zie o.a. § 12.2.3 en § 12.3.3). Binnen de haptonomie is er in dit kader extra aandacht voor het belang van grenzen en van ruimte (zie § 12.3.3). Non-verbaal kan een geestelijk verzorger zo heel veel indrukken opdoen die helpen om af te stemmen op de ander. Volgens Jorien Schippers gaat er een wereld voor je open als je in het pastoraat ook je ervaringen op gevoels- en op gemoedsniveau laat meedoen.<sup>449</sup> Dit is niet ondenkbaar, wanneer je beseft dat geestelijk verzorgers vooral getraind zijn in het luisteren en niet in het voelen. Voor o.a. George Lambrechts overigens is dit voelen zelfs een vereiste; hij schreef dat het voor een pastor noodzakelijk is dat hij of zij thuis is in het eigen lichaam en (daardoor) de ander goed kan aanvoelen (zie o.a. § 7.1.2 en § 10.3). Wat weer helpt in het inschatten of een aanraking al dan niet gepast is.

Lijfelijk weten slaat nog op iets anders, namelijk op het lichaam als drager van ervaringen. Mensen hebben niet enkel een cognitief maar ook een lichaamsgeheugen, zoals eerder in de thesis aangestipt is (zie o.a. § 6.2). Volgens haptonoom Boot is dit lichaamsgeheugen ook sterker, in die zin dat het gebeurtenissen onthoudt die we ons cognitief niet meer herinneren.<sup>450</sup> Het is dan ook te begrijpen dat je via de tast makkelijker toegang hebt tot deze ervaringen dan via de taal (zie § 12.3.2).

In de onderzoeken naar de betekenissen van het aanraken door verpleegkundigen (zie hoofdstuk 9) kwam dit aspect van aanraken – herinneringen oproepen die we in ons lijf meedragen – niet aan de orde. In de reflecties over aanraken door pastores (zie hoofdstuk 10) evenmin. Een uitzondering hierop is George Lambrechts (zie § 10.3) die – als theoloog én gestalttherapeut – schreef dat ons lichaam een geschiedenis kent.

Betreffende dementie kan gesteld worden dat mensen die hier aan lijden – net als ieder ander – een lichaamsgeheugen hebben. Interessant is nu de vraag in hoeverre ervaringen in het lichaamsgeheugen opgeslagen blijven naarmate de cognitieve problemen toenemen. Aangezien dit geheugen heel sterk zou zijn, is het voorstelbaar dat ze lijfelijk zich nog wél van alles herinneren. En dat ze zich dus óók herinneren hoe ze in hun leven – als kind en misschien zelfs als volwassene – aangeraakt zijn en wat voor betekenis dat voor hen heeft gekregen. Uit het vorige hoofdstuk (zie § 11.3.1) bleek namelijk dat aanrakingen uit met name de kindertijd bepalend zijn voor de associaties die men bij aanraken heeft. Een geestelijk verzorger moet hierop biddacht zijn.

De idee van een dementerende mens van wie het lichaamsgeheugen enigszins intact is, is daarboven nog interessant omdat juist een pastor probeert af te stemmen op het eigene van die mens, oftewel (theologisch gezien) op diens ziel, zoals Rieke Mes mooi verwoordt heeft (zie § 2.3.1). De sleutel tot het wezen van iemand die aan dementie lijdt, zou dus wel eens diens lichaam kunnen zijn. Madeleine Timmermann wees er al op dat dementerenden steeds meer samenvallen met hun lichaam (zie § 4.1.4).

Het lichaamsgeheugen is echter nog niet eens de reden dat Verdult, Mes en Timmermann haptonomie goed bij mensen met dementie vinden passen (zie § 12.3). Hetgeen ze er – heel beknopt – over schrijven komt overeen met de ervaringen van Marja Eding met het toepassen van haptotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking. Haptotherapie slaat volgens haar goed aan bij deze doelgroep (zie § 12.3.2) omdat ze niet zo talig zijn én omdat hun vermogen tot voelen (met alle zintuigen) wel goed functioneert. Eding schrijft ook nog dat mensen met een verstandelijke handicap vaak fijngevoeliger lijken dan ‘normale’ mensen. Ze reageren heel erg direct en primair, vertonen geen sociaal wenselijk gedrag.<sup>451</sup> Dit alles doet heel erg denken aan mensen met dementie omdat ook zij dikwijls heel puur reageren, net als kinderen. Niet toevallig

---

<sup>449</sup> Schippers 2011, 59.

<sup>450</sup> Boot 2004, 79. Vgl. Talma 2010, 183.

<sup>451</sup> Eding 2004, 11.

is de visie op dementie als een soort van kinds worden leidraad in de thesis (zie § 1.3). Over deze visie gaat het volgende hoofdstuk (13).

Tenslotte doet de aandacht die de haptonomie voor het begrip ‘ruimte’ heeft (zie § 12.3.3) nog eens beseffen dat mensen met dementie doorgaans al veel van hun persoonlijke ruimte hebben moeten inleveren (zie § 9.1.3), wat maakt dat een geestelijk verzorger extra zorgvuldig te werk moet gaan wanneer hij of zij deze ruimte wil betreden.

Als laatste wordt opgemerkt dat inzichten uit de gestalttherapie en de haptonomie niet enkel goed passen bij het pastoraat (aan mensen met dementie), maar ook bij de zorgethiek vanwege het feit dat ze beide het belang van relaties en van verbindingen tussen mensen erkennen. Daarbij is er in de haptonomie ook nog, evenals in de zorgethiek, aandacht voor de kwetsbaarheid van het leven en voor het onderscheid tussen affectiviteit en effectiviteit.

## **12.5 Besluit**

Al eerder (zie o.a. § 10.4.5) zagen we dat aanraken een kwestie van ‘trial and error’ is omdat je nooit zeker weet hoe een ander daarop reageert. Het is dan ook belangrijk om sensibel te worden zodat je leert aanvoelen wanneer een aanraking al dan niet op z’n plaats is, zo werd geconcludeerd in het hoofdstuk over aanraken door pastores (zie o.a. § 10.4.2). Zowel de gestalttherapie als de haptonomie leveren een begrippenkader aan dat een geestelijk verzorger kan helpen om die gevoeligheid te krijgen. Een pastor moet namelijk niet alleen goed kunnen *luisteren*, maar eveneens goed kunnen *voelen*! En omdat mensen met dementie vermoedelijk beter kunnen voelen dan kunnen praten is dit een insteek die prima bij deze doelgroep past. Zeker omdat ze zich lijfelijk waarschijnlijk veel meer herinneren dan cognitief. Dit maakt ook dat een geestelijk verzorger er voorzichtig van uit mag gaan dat ze eveneens de ervaringen die ze in hun leven met aanrakingen hebben opgedaan met zich meedragen.



## **13 DEMENTIE ALS ‘KINDS WORDEN’**

De thesis startte met een inleiding op dementie (hoofdstuk 1). We eindigen (het derde en verkennende deel van) de scriptie eveneens met een hoofdstuk hierover. Ditmaal wordt dieper ingegaan op de visie van dementie als een soort van kindsheid, waarvoor in de thesis om twee redenen gekozen is. Ten eerste omdat het duidelijk maakt wat er in het dementieproces gebeurt; veel herinneringen en vaardigheden gaan namelijk in omgekeerde volgorde verloren. Ten tweede omdat deze kijkwijze inzichten zou kunnen opleveren aangaande het aanraken van dementerenden. Met kleine kinderen communiceren we immers vooral door ze aan te raken (zie § 1.3).

Eerst (§ 13.1) wordt kort herhaald wat er tot nu toe in de thesis over dementie – al dan niet in relatie tot zingeving en aanraken – vermeld is. Vervolgens (§ 13.2) is er – opnieuw – aandacht voor Tom Kitwood, die de ‘personhood’ van de dementerende centraal zette (zie § 8.1.1). Hij ging voor zover bekend niet expliciet uit van een beeld van dementie als een vorm van kindsheid, maar diverse van zijn opmerkingen – ook over aanraken – passen in dit kader. Daarna komt het werk van Bèrre Miesen (§ 13.3) en Rien Verdult (§ 13.4) aan bod, die wél expliciet aan de slag zijn gegaan met de idee dat mensen met dementie in zekere zin terug gaan naar hun kindertijd. Miesen heeft zich toegelegd op gehechtheidsgedrag bij dementerenden. Verdult heeft Miesens bevindingen – deels – overgenomen, en is daarnaast veel dieper ingegaan op de zogenaamde retro-genese, oftewel de omkering van de levensloop die optreedt in het ziekteproces. Aan het einde van het hoofdstuk (§ 13.5) volgen er – voor het laatst – aanwijzingen voor een pastor.

### **13.1 Dementie tot nu toe**

Omwille van de overzichtelijkheid worden hieronder beknopt de belangrijkste bevindingen opgesomd die in de thesis reeds naar voren zijn gekomen over dementie.

- Er zijn verschillende vormen van dementie. Daarnaast zijn er vier stadia – bedreigde, verdwaalde, verborgen en verzonken ik – die trachten te verbeelden hoe de ziekte beleefd wordt. In de laatste fase is men steeds meer gericht op het bevredigen van primaire behoeften, zoals eten, drinken en slapen (zie § 1.1).
- Spiritualiteit en religie blijven belangrijk voor mensen met dementie (zie § 1.2). Als geestelijk verzorger probeer je af te stemmen op het eigene van degene met dementie (zie § 2.3.1). Uit het door Mes ontwikkelde zielzorgconcept voor geestelijke verzorging aan dementerenden blijkt o.a. dat non-verbale communicatie in dit kader essentieel is (zie § 2.3.2). Dat volgens Timmermann demente mensen steeds meer samenvallen met hun lichaam sluit hierbij aan (zie § 4.1.4).
- Ouderen in zorginstellingen – en dus ook mensen met dementie – worden weinig ‘zomaar’ aangeraakt omdat steeds meer geliefden hen ontvallen en verpleegkundigen vooral functioneel aanraken (zie inleiding hoofdstuk 6).
- Uit literatuurstudie blijkt dat er brede consensus is over de effecten van (massage en) aanraken bij mensen met dementie; op korte termijn heeft het een positieve invloed op het gedrag, de stemming en het welbevinden, terwijl op de lange termijn de cognitieve achteruitgang enigszins vertraagd lijkt te kunnen worden (zie § 9.1.3). E.e.a. wordt waarschijnlijk niet alleen veroorzaakt door het aanraken zelf, maar ook door de bijkomende aandacht (zie § 9.1.4). Daarnaast is het zo dat je dementerenden niet alleen kunt ‘onderstimuleren’, maar ook kunt ‘overstimuleren’. Met als gevaar dat ze apathisch worden. Aanraken kan dus ook slecht vallen (zie § 9.1.3).
- Dit is evenwel geen reden om nooit meer aan te raken; omwille van de helende krachten van aanraken en vanuit pastoraal en zorgethisch perspectief dient een pastor zo nu en dan het risico te nemen dat door het aanraken de spanning tussen afstand en nabijheid verkeerd uitpakt (zie § 10.4.2) en / of dat het als negatief (bagatelliserend, denigrerend e.d.) wordt ervaren (zie § 10.4.5).
- Via de – zorgethische – presentiebenadering is betoogd dat aanraken een rol kan spelen binnen het pastoraat omdat het o.a. de ander tevoorschijn kan halen en het inspeelt op de vermoedelijk grote behoefte aan aanraken bij dementerenden op grond van hun kwetsbaarheid,

het-niet-meer-in-tel-zijn en het feit dat ze nog maar zelden ‘zomaar’ worden aangeraakt (zie § 10.4.2). Daarbij willen mensen in nood vaak iets of iemand aanraken waarvan ze hulp of redding verwachten.

- Een aanraking kan heel anders geïnterpreteerd worden dan bedoeld. Zeker als men niet meer de “gemeenschappelijke basistaal” verstaat, wat zo kan zijn bij mensen met dementie. Aanraken is dan ook vaak een kwestie van “trial and error” (zie § 10.4.3 en § 10.4.5).
- Ouderen – waaronder dementerenden – lijken meer behoefte aan aanraken te hebben. Niet enkel omdat ze kwetsbaar zijn, maar ook omdat ze meer ‘huidhonger’ zouden hebben. Daarnaast wordt hechtingsgedrag geactiveerd door ziekte, stress, eenzaamheid en plotselinge veranderingen, waar veel ouderen mee te kampen hebben. En aanraken is een vorm van hechtingsgedrag (zie o.a. § 10.3 en § 11.3.2).
- Welke (deels onbewuste) associaties iemand bij het aanraken heeft, hangt voor een aanzienlijk deel af van hoe men het aanraken als kind heeft ervaren. Naast sekse en cultuur speelt in dit kader mee of je al dan niet goed gehecht bent (geweest) aan je ouder(s), en of je voldoende een eigen identiteit hebt ontwikkeld (zie o.a. § 11.4).
- Omdat dementerenden – net als ieder ander – een lichaamsgeheugen hebben, is het voorstelbaar dat ze liefelijk nog (enigszins) weten wat aanraken voor hen betekent (zie § 12.4).

### **13.2 Tom Kitwood**

Tom Kitwood heeft in zijn boek ‘Dementia reconsidered’ (1997) het gevestigde medische paradigma van dementie omver geworpen door de nadruk te leggen op de psychosociale aspecten van de ziekte. Hij zag dat een deel van de problemen die mensen met dementie vertoonden niet veroorzaakt werden door defecten in de hersenen, maar door gebrek aan begrip en goede zorg. Het unieke en persoonlijke van de mens achter de ziekte bleef volledig buiten beeld, wat volgens hem het ziekteproces harder doet voortschrijden. Kitwood heeft hier verandering in gebracht door te focussen op de “personhood” van de dementerende (zie § 8.1.1).

Om te bekijken hoe deze personhood versterkt kan worden heeft hij eerst de behoeftes van demente mensen in kaart gebracht. Hoewel men in dit kader vaak uitgaat van een hiërarchische ordening – zoals de zogenaamde piramide van Maslow die Verdult gebruikt (§ 13.4) – stelt Kitwood dat liefde de centrale behoefte is: “people with dementia often show an undisguished and almost childlike yearning for love”. Daarnaast heeft een dementerende vijf grote behoeftes, die nauw met elkaar samenhangen en die omvat worden door die kernbehoefte liefde. De vijf behoeftes zijn “comfort” (tederheid en warmte), “attachment” (gehechtheid), “inclusion” (erbij horen), “occupation” (betekenisvol bezig zijn) en “identity” (zelf weten wie men is én door anderen gekend worden). Wat betreft de behoefte aan attachment refereert Kitwood aan de hechtingstheorie van Bowlby (zie § 11.2), alsmede aan Bère Miesen, die deze theorie heeft toegepast op mensen met dementie (§ 13.3).<sup>452</sup>

Voor het voldoen aan deze behoeftes heeft Tom Kitwood vervolgens een – niet uitputtende – lijst opgesteld van twaalf positieve vormen van interactie, waaronder:<sup>453</sup>

- Recognition → ‘Recognition’ kan vertaald worden met ‘erkenning’, ‘waardering’, en soms ook met ‘bevestiging’. Dat dit belangrijk is, zeker voor mensen met dementie, is al diverse malen aan de orde geweest in de thesis. Evenals het gegeven dat aanraken een heel krachtige vorm is om dit te bereiken (zie § 9.1.1, § 10.3 en § 12.3.2). Kitwood schuift overigens oogcontact naar voren als een belangrijke manier om recognition te bewerkstelligen.
- Timalation → ‘Timalation’ is een neologisme dat mede is afgeleid van het woord ‘stimulation’, en zoiets betekent als ‘eervolle prikkeling van de zintuigen’. Als voorbeelden van timalation noemt Kitwood aromatherapie en massage. Deze vormen van interactie kunnen zorgen voor contact, geruststelling en plezier. Omdat het weinig van de dementerende vraagt – er wordt geen beroep gedaan op het intellect – is timalation bij uitstek geschikt bij mensen bij wie het dementieproces al ver gevorderd is. Het doet heel erg denken aan snoezelen (zie § 6.3).

<sup>452</sup> Kitwood 1997, 80-84. Vgl. Mes 2011, 64-65.

<sup>453</sup> Kitwood 1997, 89-92.

- Relaxation → Mensen met dementie kunnen volgens Tom Kitwood vaak alleen maar ontspannen wanneer anderen nabij zijn. En soms is zelfs dat nog niet genoeg en is er lichamelijk contact nodig voor de relaxation.
- Holding → Het woord ‘holding’ verwijst naar het fysieke vasthouden van kinderen die angstig zijn of pijn hebben. Psychologisch gezien houdt holding in dat de ouder / verzorger een veilige ruimte creëert waarbinnen emoties ontladen en begrensd worden, zodat het kind niet overspoeld raakt door (intense) emoties. Kinderen kunnen hier namelijk nog niet mee omgaan. Voor mensen met dementie (in een verder gevorderd stadium) geldt dit eveneens. Zij kunnen niet meer met heftige gevoelens overweg en hebben dan een vertrouwde ander nodig om overeind te blijven. En evenals bij kinderen kan dit betekenen dat dementerende ouderen er niet alleen behoefte aan hebben om psychologisch vastgehouden te worden, maar ook fysiek.

Van de zorgverleners vereisen deze – en de hier niet genoemde – interactievormen dat ze present kunnen zijn, wat wil zeggen dat ze psychologisch beschikbaar zijn, alsmede vrije aandacht hebben voor de mens met dementie. Dit zagen we al eerder in de onderzoeken naar het aanraken door verpleegkundigen (zie § 9.3). Specifiek voor de timalation geldt dat de zorgverlener zich gemakkelijk voelt “with his of her own sensuality”, en zich niet laat remmen door angst of door schuldgevoelens.<sup>454</sup> Ook dit komt bekend voor omdat uit de reflecties van de pastores bleek (zie § 10.3) dat de verhouding tot de eigen lichamelijkheid een rol speelt bij het (al dan niet) aanraken van de pastoraal.

Interessant is dat Kitwood deze interacties ook (weliswaar beknopt) bekeken heeft door de bril van de zogeheten transactionele analyse. Dit is zowel een persoonlijkheidstherapie als een psychotherapeutische behandelmethode. Een van de uitgangspunten is dat zich in ieder mens drie ‘ego-delen’ bevinden: ouder (kritisch controlerend of verzorgend), kind (aangepast of vrij) en volwassene. Ieder mens kan dus – al dan niet bewust – de rol van ouder, kind of volwassene aannemen, afhankelijk van de situatie. En dit kan zowel goed als slecht uitpakken.<sup>455</sup>

In de traditionele dementiezorg trad de zorgverlener volgens Kitwood vaak op als de kritisch-controlerende ouder ten opzichte van de demente mens, die daardoor in de rol van aangepast kind werd gemanoeuvreerd. Kitwood laat zien hoe het ook anders kan. In een tabel heeft hij de mogelijke rollen van de verzorgende en de dementerende gelinkt aan de twaalf interactietypen om de “personhood” te versterken. Dit ziet er als volgt uit:<sup>456</sup>

| <i>caregiver</i> | <i>person with dementia</i> | <i>type of interaction</i>                                          |
|------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| adult            | adult                       | recognition, negotiation, collaboration                             |
| nurturing parent | child                       | timalation, validation, holding, facilitation                       |
| child            | nurturing parent            | giving by the person with dementia                                  |
| child            | child                       | play, celebration, relaxation, creation by the person with dementia |

Met behulp van de transactionele analyse maakt Kitwood dus duidelijk dat de interacties waarbij er mogelijk aangeraakt wordt – timalation, holding en relaxation – passen bij een dementerende die (op dat moment en al dan niet bewust) de kinderrol heeft aangenomen. Daarnaast is het mooi dat hij erkent dat de mens met dementie óók de rol van volwassene of van verzorgende ouder kan aannemen, en dat de verzorgende net zo goed in de kinderrol kan stappen.

Helaas heeft Kitwood geen poging ondernomen om die verschillende rollen te koppelen aan de mate waarin het dementieproces gevorderd is. Het is voorstelbaar – zeker met het oog op wat Miesen en Verdult geschreven hebben over het terug gaan in de kindertijd (§ 13.3 en § 13.4) – dat mensen vaker als kind reageren als ze ernstiger dement zijn.

<sup>454</sup> Kitwood 1997, 119-120.

<sup>455</sup> Kitwood 1997, 120.

<sup>456</sup> Kitwood 1997, 120-121. Vgl. Verdult 1993, 185.

Kitwood heeft zoals gezegd niet expliciet geschreven over dementie als een vorm van kinds worden. Wel geeft hij aan dat dementerenden soms terugvallen op gedrag uit de kindertijd, alsmede dat ze emoties vaak net zo intensief beleven als kinderen. Daarnaast schrijft hij letterlijk over het dementieproces dat er ietwat van een omkering plaatsvindt: “in developmental terms, it is almost a reversal of what happened in the earliest part of life”. Hij duidt hiermee op aspecten van de persoonlijkheid (o.a. geheugen) die eerst verinnerlijkt waren, maar door de dementie weer interpersoonlijk worden zoals dat bij kleine kinderen het geval is. Het betekent dat anderen nodig zijn om de identiteit van de dementerende als het ware op de plaats te houden of te bewaren. Tot slot geeft hij enkele malen aan dat mensen met dementie sociaal zijn, open en gevoelig, zich niet (met hun cognitie) verschuilen achter maskers en conventies.<sup>457</sup> Dit doet heel erg denken aan hoe kleine kinderen kunnen zijn.

Uit dit alles blijkt dat Kitwood beseft dat mensen met dementie iets kinderlijks over zich kunnen hebben. Hij waarschuwt er echter voor om ze kinderlijk te behandelen. ‘Kinderlijk behandelen’ is zelfs één van de zeventien ondermijnende elementen in zijn lijst met depersonaliserende interventies. Een zorgverlener moet niet gaan bemoederen of betuttelen. Dit is iets anders dan op een positieve manier sensitief zijn voor de soms kinderlijke behoeftes van mensen met dementie. Diverse andere auteurs – waaronder Rien Verdult (§ 13.4) – wijzen hier eveneens op.<sup>458</sup>

### **13.3 Bère Miesen**

In de belevingswereld van mensen met dementie spelen ouders - met name de moeder - dikwijls een belangrijke rol. Niet zelden komt het voor dat dementerenden zeggen op weg te zijn naar het ouderlijk huis of naar de ouder(s), omdat ze menen daar – net als toen ze kind waren – te wonen. Ze praten ook over vader en / of moeder alsof ze nog in leven zijn, en roepen soms letterlijk om hun aanwezigheid.<sup>459</sup>

Het bovenstaande verschijnsel definieert psycholoog Bère Miesen als ‘ouderfixatie’. Het is het “in de veronderstelling verkeren dat de ouders, of tenminste een van beide, nog in leven zijn / is, terwijl dat niet het geval is en deze ouder(s) reeds jaren overleden zijn / is.” Bij circa zestig procent van de mensen met dementie treedt in mindere of meerdere mate ouderfixatie op. Doorgaans wanneer het ziekteproces al verder gevorderd is.<sup>460</sup>

Miesen is op ouderfixatie – en het daaraan gerelateerde gehechtheidsgedrag - gepromoveerd met het proefschrift ‘Gehechtheid en dementie’ (1990). In latere publicaties heeft hij e.e.a. verder uitgewerkt. Voor deze thesis is – naast de dissertatie - geput uit de volgende bronnen: ‘Gehechtheid bij dementie, van meet af aan gebonden?’ (2003), ‘Zorg om mensen met dementie, een handleiding voor verzorgenden’ (2008) en ‘Dement: zo gek nog niet, kleine psychologie van dementie’ (2009).

Er zijn verschillende verklaringen voor ouderfixatie, die elkaar (deels) versterken. Één van de oorzaken is stoornissen in het geheugen, waardoor men zich op een gegeven moment niet meer kan herinneren dat de ouder(s) overleden zijn.<sup>461</sup> Een andere verklaring – waar Miesen het meeste aandacht aan heeft besteed – is gelegen in de hechtingstheorie van John Bowlby (zie § 11.2). Ouderfixatie zou o.a. een ultieme vorm van hechtingsgedrag zijn.<sup>462</sup>

Bowlby schreef dat (jonge) kinderen aangeboren gehechtheidsgedrag vertonen – zoals lachen, huilen en vastklampen – om de nabijheid van een beschermende ouder of verzorger als het ware af te dwingen. In de volwassenheid gaat men doorgaans weer gehechtheidsgedrag vertonen in situaties die als onveilig en bedreigend ervaren worden. En juist ouderen verkeren volgens Bowlby vaak in dit soort situaties vanwege de vele verliezen die het stijgen van de leeftijd met zich mee kan brengen; niet alleen de gezondheid laat immers dikwijls te wensen over; ze moeten ook vaak afscheid nemen van dierbaren. Zeker het (dreigende) verlies van affectieve banden

---

<sup>457</sup> Kitwood 1997, 10, 69, 75, 80, 98.

<sup>458</sup> Kitwood 1997, 46, 120. Vgl. Verdult 1993, 186-186; Verdult 1997, 59; Gleeson & Timmins 2004b, 20.

<sup>459</sup> Miesen 1990, 30.

<sup>460</sup> Miesen 1990, 79, 110-111, 170. Vgl. Miesen 2003, 722; Miesen 2009, 115.

<sup>461</sup> Miesen 1990, 29; Miesen 2009, 120.

<sup>462</sup> Miesen 1990, o.a. 181, 190-191.

roept in de regel gehechtheidsgedrag op omdat – aldus Bowlby – vele van onze diepste emoties sterk verbonden zijn met onze relaties.<sup>463</sup>

Dit overziende is het niet vreemd dat Bère Miesen aan de theorie van Bowlby moest denken tijdens zijn werk met mensen met dementie, alhoewel nog niemand – ook Bowlby zelf niet – empirisch onderzoek had verricht naar gehechtheidsgedrag bij dementerenden. Dement worden betekent immers een (dreigend) verlies van bestaande affectieve banden door de geheugenstoornissen.<sup>464</sup> Het aloude idee dat mensen met dementie niet of niet lang beseffen wat er met hen aan de hand is, klopt volgens Miesen niet. Dementie is voor hem een regelrecht psychotrauma; ze blijken intens betrokken te zijn bij wat hen overkomt. Ze weten dat ze dement zijn, of voelen op z'n minst dat er iets niet klopt.<sup>465</sup> En dit noemt Miesen 'besefcontext', een begrip dat hij ontleend heeft aan de Amerikanen Barney Glaser & Anselm Strauss, die onderzoek deden naar het besef van de naderende dood door terminale patiënten.<sup>466</sup>

Het besef dement te zijn roept dus gevoelens op van angst, onveiligheid en onzekerheid. Te meer omdat door het dementieproces dikwijls ook nog oud zeer uit de levensloop naar boven komt. Dit alles reactiveert weer – overeenkomstig de hechtingstheorie van Bowlby – gehechtheidsgedrag; men zoekt de nabijheid van een vertrouwd figuur. Het tragische echter is dat door het ziekteproces – specifiek door de geheugenproblemen – bestaande affectieve banden (familie, vrienden) zoals gezegd steeds meer wegvallen. Tegelijkertijd is men steeds minder in staat om nieuwe affectieve banden (verzorgenden, medepatiënten) aan te knopen. Volgens Miesen verdwijnt hierdoor niet enkel "de oude veiligheid", maar zal de demente mens ook nooit meer "nieuwe veiligheid" vinden. En wegens gebrek aan gehechtheidsfiguren (en het zich niet meer of moeilijk kunnen herinneren dat de ouders overleden zijn) valt de dementerende daarom terug op de ouder(s), die – normaliter – de allereerste personen waren die veiligheid en bescherming boden.<sup>467</sup>

Miesen heeft ondermeer de relatie tussen gehechtheidsgedrag, ouderfixatie en de mate van dementie onderzocht. Hij is wat betreft de vordering van het dementieproces uitgegaan van de fasen van het 'bedreigde ik', het 'verdwaalde ik' en het 'verzonken ik', die Engelen en Peters onderscheiden hebben (zie § 1.1). De fase van het 'verborgen ik' die Van der Kooij hier aan toegevoegd heeft dateert pas uit 2004, en bestond dus nog niet ten tijde van het promotieonderzoek van Miesen.

Individuele verschillen daar gelaten, ziet deze relatie er op hoofdlijnen als volgt uit:

- Bedreigde ik → In de beginfase van het dementieproces vertonen mensen 'standaard' gehechtheidsgedrag, zoals naropen, huilen en aanraken. Meestal heeft dit nog (al dan niet tijdelijk) het gewenste effect omdat bestaande en nieuwe affectieve banden kunnen worden aangesproken. Zij kunnen nog veiligheid en houvast bieden. Ouderfixatie komt bij deze groep doorgaans dan ook alleen voor wanneer de omgeving er niet in slaagt om een beschermd en geborgen gevoel te geven, wat o.a. zou kunnen liggen aan de wijze waarop er met de dementerende persoon wordt omgegaan. Ouderfixatie is in deze fase van het dementieproces dus een vorm van onbeantwoord gehechtheidsgedrag, en daarmee een teken dat men zich heel onveilig voelt. Overigens zal ouderfixatie bij beginnende dementerenden niet optreden wanneer men negatieve ervaringen heeft met de eigen ouder(s), wanneer zij tekort geschoten zijn in hun rol van beschermer(s).<sup>468</sup> Hieruit blijkt hoezeer de (hechting in de) kindertijd op het hele verdere leven invloed kan hebben, wat eerder in deze thesis besproken is (zie § 11.4).
- Verdwaalde ik → Wanneer de ziekte verder gevorderd is voelt men zich voortdurend onveilig. Het 'standaard' gehechtheidsgedrag voldoet niet meer en heeft plaats gemaakt voor ouderfixatie. Dit staat nu niet voor onbeantwoord gehechtheidsgedrag, maar is zelf "een ultieme vorm" van gehechtheidsgedrag geworden. Miesen zag trouwens dat dementerenden in deze fase wél bleven aanraken, wat op het eerste oog strijdig leek met het gegeven dat het

<sup>463</sup> Miesen 1990, 32-33; Miesen 2003, 703-704.

<sup>464</sup> Miesen 1990, 34-35.

<sup>465</sup> Miesen 2003, 714-715; Miesen 2008, 9, 41. Vgl. Miesen 1990, 35-36.

<sup>466</sup> Miesen 2009, 11-12. Vgl. Miesen 2008, 40-41.

<sup>467</sup> Miesen 1990, o.a. 35-36, 65-66; Miesen 2003, 714-715, 722-723. Vgl. Miesen 2008, 45.

<sup>468</sup> Miesen 1990, 189-190. Vgl. Miesen 2003, 723; Miesen 2009, 123.

‘standaard’ gehechtheidsgedrag verdwijnt. Volgens hem wordt dit gedrag veroorzaakt door de afhankelijkke en de hulpbehoevende toestand waarin ze verkeren. Hierdoor zou het aanraken refereren aan de verzorgende rol die ouders – naast de beschermende rol – hebben. En omdat ouders eigenlijk altijd wel verzorgen, ook al bieden ze geen bescherming, denkt Miesen dat de levensloop (waaronder de hechting met de ouders) van de persoon met dementie in deze fase minder van belang is. De ouders zijn voor de mens met dementie meerdere keren per dag nabij, en wel tijdens de verzorgende handelingen. Iedereen die verzorgt fungeert dus op dat moment als ouder.<sup>469</sup>

- Verzonken ik → Miesen vindt het moeilijk om “meer dan speculatief te zijn” over de eindfase van dementie. Hij schrijft dat ernstig dementerenden geen onderscheid meer maken tussen ‘binnen’ en ‘buiten’, alsmede dat ze enkel nog maar primitief lijken te reageren. Hij vermoedt – en hiermee haakt hij aan bij de analytische psychologie van Carl Jung – dat het collectieve onbewuste naar boven komt en daarmee de archetypische beelden van ouders, die los staan van de beelden van de eigen ouders.<sup>470</sup>

Na het lezen van het werk van Rien Verdult, dat zo meteen nog aan de orde komt (§ 13.4), zijn er overigens wel enkele kanttekeningen te plaatsen bij het bovenstaande. Zo is het de vraag of de levensloop minder van belang wordt naarmate het dementieproces vordert, aangezien er volgens Verdult sterke vermoedens zijn dat ernstig dementerenden zelfs kunnen terugkeren naar ervaringen uit hun “prenataal leven”.<sup>471</sup> Daarnaast is Verdult het oneens met Miesen over de betekenis van ouderfixatie bij mensen met dementie in de fase van het verdwaalde ik. Hij ziet ouderfixatie bij deze groep niet als een vorm van “ultiem hechtheidsgedrag”, maar juist als het omgekeerde, namelijk als een terugkeren naar een onverwerkt verleden. Dit impliceert dat ouderfixatie niet een teken van een veilige gehechtheidsrelatie met de ouders zou zijn, zoals Miesen beweert, maar van een onveilige gehechtheidsrelatie.<sup>472</sup> En dit past weer bij de overtuiging van Verdult dat het basisgevoel van mensen met dementie angst is.<sup>473</sup>

Verdult erkent trouwens wel, op basis van het werk van Miesen, dat mensen met dementie nabijheidszoekend gedrag vertonen omdat ze steeds minder veiligheid in zichzelf vinden.<sup>474</sup>

Opgemerkt moet worden dat Miesen zijn stelling dat ouderfixatie gehechtheidsgedrag “pur sang” is, zoals bij het jonge kind, tien jaar na zijn dissertatie genuanceerd heeft; het gehechtheidspatroon van mensen gaat volgens Miesen niet alleen terug op de relatie met de eigen ouders, maar wordt in de regel ook beïnvloed door relaties met anderen (met name de partner), door verlieservaringen en mogelijk ook door ondergane therapieën op dit vlak.<sup>475</sup>

De idee dat ouderfixatie een vorm van (veiligheidszoekend) gehechtheidsgedrag is, heeft hij echter niet afgezwakt. Hij heeft dit zelfs nog verder uitgewerkt door nader in te gaan op de invloed van de gehechtheidsgeschiedenis op het gedrag van mensen met dementie. Het komt er kort gezegd op neer dat dementerenden die veilig gehecht zijn op zoek gaan naar hun partner of verzorger als ze emotioneel zijn, en daarbij gehechtheidsgedrag vertonen als vastklampen, achterna lopen, schreeuwen en roepen. Ze kunnen ook – waarschijnlijk later in het proces, maar Miesen gaat hier niet in op de verschillende fasen van dementie – hun ouders gaan zoeken in de veronderstelling dat ze nog leven. Ze laten zich in ieder geval (eventjes) troosten omdat ze toegankelijk zijn.<sup>476</sup>

Demente mensen die niet veilig gehecht zijn, zijn vermoedelijk veel lastiger te bereiken. Vermoedelijk, omdat een deel van de aan dementie gerelateerde problemen óók veroorzaakt kunnen worden door defecten in de hersenen, alsmede door karaktereigenschappen van de dementerende zelf. Maar Miesen denkt dat achterdocht en sterke schommelingen in het uiten van emoties typische gedragingen zijn van angstig-afwerend (zie § 11.4) gehechte dementerenden. Ze zoeken en vragen wel om hulp, maar vertrouwen de gekregen hulp vervolgens niet. Met als gevolg

<sup>469</sup> Miesen 1990, 179, 190-191. Vgl. Miesen 2009, 14.

<sup>470</sup> Miesen 1990, 48-49, 191-192.

<sup>471</sup> Verdult 2003, 46. Vgl. Verdult 1997, 55.

<sup>472</sup> Verdult 1993, 193-194.

<sup>473</sup> Verdult 2003, 21-22.

<sup>474</sup> Verdult 1993, 193-194; Verdult 1997, 59-60.

<sup>475</sup> Miesen 2003, 723-724.

<sup>476</sup> Miesen 2003, 719.

dat paniek, angst, verdriet, onrust e.d. blijven bestaan. Angstig-vermijndend (zie § 11.4) gehechte patiënten zouden helemaal niet om hulp vragen, omdat ze ervaren hebben dat dit niets oplevert. Apathie en depressie vallen hen daardoor eerder ten deel.<sup>477</sup>

Voor Miesen is het al met al duidelijk dat dementie gehechtheidsgedrag oproept en dat – hoewel hij aangeeft dat nader onderzoek nodig is – tegelijkertijd de gehechtheidsgeschiedenis van de betreffende persoon weer actueel wordt. Wat weer grote gevolgen heeft voor hoe men de pijn van het dement zijn probeert te verwerken, zoals we zojuist lazen. Specifiek over ouderfixatie merkt Miesen in dit kader (nogmaals) op dat bij onveilig gehechte mensen (het beeld van) de ouders minder snel als veilige plek zullen fungeren, waardoor ouderfixatie bij hen minder vaak voor komt.<sup>478</sup>

Miesens werk op het gebied van gehechtheid en dementie heeft tot het inzicht geleid dat mensen met dementie een of meerdere gehechtheidsfiguren nodig hebben. Meestal zijn het verzorgenden die op een gegeven moment – vaak gaat dit vanzelf – die rol op zich nemen. ‘Gehechtheid’ betekent voor Miesen dat er een emotionele band ontstaat tussen de verzorger(s) en de dementierende. Hij vergelijkt het zelfs met een adoptie, oftewel met het aangaan van een relatie alsof het om een familielid gaat. In ieder geval impliceert gehechtheid nabijheid, dus letterlijk bij de mens met dementie in de buurt blijven. En soms ook hem of haar “aanraken”, “strelen”, of – denk aan het begrip ‘holding’ van Tom Kitwood (zie § 13.2) – “stevig tegen je aandrukken” bij gevoelens van angst.<sup>479</sup>

De idee van een gehechtheidsfiguur sluit erg goed aan bij zorgethische kernwaarden als ‘verbondenheid en ‘relationaliteit’ (zie § 4.1.2 en § 4.1.4). Laatstgenoemde waarde heeft Rieke Mes trouwens eveneens opgenomen in haar concept van geestelijke zorg aan mensen met dementie (zie § 2.3.2). Een hechtingsfiguur voor de dementerende past ook bij de presentiebenadering – en daarmee bij de in deze thesis geformuleerde pastoraal-theologische visie op aanraken – met haar nadruk op het aangaan van een aandachtige betrekking (zie § 10.3 en § 10.4.2). Te meer omdat aanrakingen volgens Miesen onderdeel uitmaken van de rol van gehechtheidsfiguur, hoewel hij verzorgenden op het oog heeft en geen geestelijk verzorgers.

Rien Verdult is nader ingegaan op het belang van een gehechtheidsfiguur en Miesen verwijst hier ook naar in een van zijn boeken. Concreet schrijft Verdult dat de verzorgende als het ware een “goed genoeg moeder” voor de dementerende dient te zijn.<sup>480</sup> Hierover volgt meer in de volgende paragraaf (§ 13.4).

In latere werken (2008, 2009) haalt Miesen trouwens meer thema’s aan die ook – en vaak uitgebreider – bij Rien Verdult (§ 13.4) te vinden zijn. Zo schrijft Miesen dat mensen met dementie steeds minder met hun hoofd en steeds meer met hun hart reageren, wat voor een deel te verklaren is door de afnemende afweermechanismen.<sup>481</sup> En dit lazen we min of meer al eerder, namelijk bij Tom Kitwood (zie § 13.2) en in de paragraaf over haptonomie (zie § 12.4). Inzake haptonomie werd het vermoeden geuit dat het goed bij dementerenden past omdat ze fijngevoelig zijn.

Specifiek over aanraken geeft Miesen aan dat het een van de belangrijkste non-verbale manieren is om te communiceren met dementerende mensen, vanwege het feit dat zij door de afnemende geestelijke vermogens steeds meer op de zintuigen terugvallen. Daarbij komt een verzorgende door aan te raken tegemoet aan de behoefte aan warmte en tederheid, een behoefte die Miesen “basaal” noemt omdat volgens hem ieder mens hiernaar verlangt (denk aan de haptonomie in § 11.3.2!). En juist mensen met dementie laten deze behoefte dikwijls minder verhuuld blijken door de afgenomen afweer. In dit kader maakt het overigens erg uit hoe er in het ouderlijk gezin met (fysieke) afstand en nabijheid is omgegaan, aldus Miesen.<sup>482</sup>

---

<sup>477</sup> Miesen 2003, 718-720.

<sup>478</sup> Miesen 2003, 718, 721, 723.

<sup>479</sup> Miesen 2008, 65-69. Vgl. Miesen 2003, 731.

<sup>480</sup> Miesen 2003, 731.

<sup>481</sup> Miesen 2008, 42, 125; Miesen 2009, 14, 38.

<sup>482</sup> Miesen 2008, 16, 56, 125-127, 131; Miesen 2009, 89.

Bij mensen met dementie kan het zelf aanraken of het aangeraakt worden door een verzorgende overigens wel seksuele gevoelens oproepen. In de eerste plaats omdat ouderen – dus ook mensen met dementie – nog steeds seksuele gevoelens hebben. Dit betekent dat het riskant is om – net als Laura Reedijk-Boersma (zie § 10.3) – te denken dat oudere mensen aanraken niet als erotisch ervaren omdat ze een soort van “opaatjes en omaatjes” zijn geworden. Bij Rien Verdult is trouwens wel te lezen is dat de “seksuele respons” bij ouderen trager op gang komt, in die zin heeft Reedijk-Boersma dus wel een punt.<sup>483</sup>

In de tweede plaats schrijft Miesen dat dementerenden tederheid met seksualiteit verwarren omdat de meesten het onderscheid nooit geleerd hebben.<sup>484</sup> Dit is evenwel niet typisch voor mensen met dementie, zo weten we van Phyllis Davis (zie § 11.3.1).

Wat wel typisch is voor deze groep – wat niet wil zeggen dat dit bij alle dementerenden voorkomt – is o.a. seksuele ontremming en persoonsverwarring. Het laatstgenoemde betekent dat de dementerende een hulpverlener of medebewoner voor zijn of haar echtgeno(o)t(e), minna(a)r(es) of eerste liefde kan aanzien.<sup>485</sup>

Tenslotte halen dementerenden de verschillende zones om het lichaam – denk aan de intieme, de sociale en de publieke ruimte waar Talma over schreef (zie § 12.3.3) – door elkaar, wat gevolgen kan hebben voor hoe het aanraken en aangeraakt worden geïnterpreteerd wordt.<sup>486</sup>

In de volgende paragraaf komen veel van deze onderwerpen nog eens langs. Maar voordat we naar de opvattingen van Rien Verdult gaan kijken, kunnen we samenvattend concluderen dat aanraken volgens Bère Miesen:

- (zeker) in het begin van het dementieproces hechtingsgedrag is en dus gerelateerd is aan de behoefte aan bescherming;
- in een verder gevorderd stadium gerefereerd kan worden aan de verzorgende rol van de ouders;
- lastiger zal zijn als de mens met dementie onveilig gehecht is, omdat deze mensen doorgaans minder makkelijk benaderbaar zijn;
- een manier is om met dementerenden te communiceren, zeker naarmate de ziekte vordert;
- een manier is om aan de algemeen menselijke behoefte aan warmte en tederheid te voldoen, een behoefte die mensen met dementie minder verhuld laten zien;
- een manier is om houvast te bieden bij angst;
- ingewikkeld kan zijn door problemen die aan dementie gerelateerd worden.

### **13.4 Rien Verdult**

Rien Verdult heeft jaren in de psychogeriatric gewerkt als ontwikkelingspsycholoog en als psychotherapeut. Hij noemt zichzelf een van de grondleggers van de zogenaamde belevingsgerichte begeleiding.<sup>487</sup> Belevingsgerichte zorgmethoden gaan o.a. uit van respect voor de subjectieve beleving van dementerenden, en benadrukken het belang van communicatie met hen (zie § 8.1).

Aan het begin van deze thesis is Verdult ook al eens genoemd, namelijk bij het onderwerp ‘zingeving en dementie’ (zie § 1.2). Daar is te lezen dat hij vermoedt dat religie en spiritualiteit alleen bij beginnende dementie van belang is. Rieke Mes denkt daar anders over, en voor haar visie is gekozen in deze thesis (zie § 1.4).

De reden dat Verdult opnieuw aandacht krijgt in de thesis, en ditmaal wél gevolgd wordt is – naast het feit dat psychogeriatric wél zijn vakgebied is en zingeving niet – zijn uitgebreide beschrijving van de omkering van de levensloop bij mensen met dementie.

Zijn bekendste werk is ‘Dementie: een kindertijd in beeld’ (1993). Voor deze thesis is ook geput uit ‘Contact in nabijheid: snoezelen met ernstig demente mensen’ (1997) en ‘De pijn van het dement zijn: de belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag’ (2003).

---

<sup>483</sup> Verdult 2003, 165-166; Miesen 2008, 140.

<sup>484</sup> Miesen 2008, 138.

<sup>485</sup> Miesen 2008, 138, 144.

<sup>486</sup> Miesen 2008, 132-133.

<sup>487</sup> Verdult 2003, 181.

Eerst (§ 13.4.1) wordt ingegaan op het dementieproces zelf, en dan met name op de omkering van de levensloop. Vervolgens komt het aanraken van mensen met dementie aan bod (§ 13.4.2), waar Verdult behoorlijk wat over geschreven heeft. Daarna is er aandacht voor wat Verdult de “goed genoeg moeder” noemt (§ 13.4.3). Aan het einde van deze paragraaf (§ 13.4.4) volgt samenvattend een kort overzicht van de belangrijkste gedachten van Verdult voor deze thesis.

### 13.4.1 Het dementieproces

Verdult veronderstelt dat vier uitgangspunten of thema's van belang zijn in het dementieproces, waarvan vooral de tweede – de retro-genese – in deze thesis uitgewerkt wordt:<sup>488</sup>

- 1 Dementerende mensen ervaren hun achteruitgang en lijden daaronder (besefcontext);
- 2 Dementerende mensen gaan steeds verder in het verleden leven (retro-genese);
- 3 Dementerende mensen ervaren hun verblijf in een instelling als belastend;
- 4 De persoonlijkheid en de levensloop van de dementerende.

#### *1 Dementerende mensen ervaren hun achteruitgang en lijden daaronder (besefcontext)*

Het begrip ‘besefcontext’ heeft Verdult overgenomen van Miesen (zie § 13.3). Het wil zeggen dat mensen met dementie merken dat ze inleveren en dat er iets niet in orde is. Hieronder lijden ze.<sup>489</sup> Zeker als je bedenkt dat de ziekte ingrijpt op twee “fundamentele hoofdthema's” van ieder mens, namelijk “autonomie versus verbondenheid” en “beleven van wat er werkelijk is”.<sup>490</sup>

Verdult meent dat angst het basisgevoel is van dementerenden: “angst om het verdergaande verlies, angst om de greep kwijt te raken, angst voor het isolement, angst voor en uit het verleden.” Het gaat hier om “existentiële angst”, omdat het eigen zijn, het eigen bestaan bedreigd wordt. In een verder gevorderd stadium is men zich overigens niet meer bewust van deze angst, wat niet wil zeggen dat die er niet meer is. De angst zit volgens Verdult in het lijf opgeslagen.<sup>491</sup> Ook hij ziet dus het lichaam als drager van ervaringen (zie o.a. § 12.2.3).

Net als Miesen hanteert Verdult het fasemodel van Engelen en Peters, waarin het dementieproces onderscheiden wordt in het ‘bedreigde ik’, het ‘verdwaalde ik’ en het ‘verzonken ik’ (zie § 1.1). Hieronder volgt zeer beknopt Verdults uitleg van deze fasen, inclusief de hulp die mensen nodig hebben naarmate de dementie vordert:<sup>492</sup>

- Het bedreigde ik → In deze fase staan gevoelens van rouw en van verlies centraal. Wat de mens met dementie dan nodig heeft van de omgeving is *steun*, wat vooral betekent dat er een luisterend oor is en dat gevoelens gedeeld kunnen worden. De dementerende mens zal echter alleen steun zoeken als hij of zij daar in het verleden positieve ervaringen mee heeft, wat overeenkomt met Miesens ideeën over gehechtheid en gedragingen bij demente mensen (zie § 13.3).
- Het verdwaalde ik → De verdwaalde mens met dementie verliest steeds meer zijn of haar autonomie en identiteit. Men verliest ook meer en meer de controle, waardoor gevoelens van onveiligheid toenemen. Tegelijkertijd nemen de afweermechanismen af, met als gevolg dat onbewuste (pijnlijke) aspecten uit het verleden naar boven komen. Door het oprollende geheugen gaat ook nog de levensgeschiedenis verloren. Nu is er behoefte aan *houvast*, die gezocht kan worden in o.a. het verzamelen van spulletjes. Houvast kan echter het beste geboden worden door mensen.
- Het verzonken ik → Verzonken dementerenden leiden een “primitief bestaan”. Zij hebben enkel nog basale levensbehoeften. De wijze van ervaren is eveneens primitief; de taal verdwijnt, evenals het besef van tijd, van ruimte en van het zelf. Hierdoor raakt men steeds meer in een isolement. Ernstig dementerende mensen willen echter wel contact hebben, maar zijn hier zelf niet meer toe in staat. Ze kunnen vermoedelijk zelfs lijden aan scheidings- en verlatingsangst. De zorgverlener moet derhalve *contact* en nabijheid bieden. Later (§ 13.4.2) zal nog blijken dat vooral fysiek contact hiervoor geëigend is.

---

<sup>488</sup> Verdult 2003, 37-38.

<sup>489</sup> Verdult 1997, 34, 43.

<sup>490</sup> Verdult 2003, 21, 39.

<sup>491</sup> Verdult 2003, 21-22, 24-25, 35.

<sup>492</sup> Verdult 1993, 105-107; Verdult 2003, 40-43. Vgl. Verdult 1997, o.a. 53-55, 183.

## 2 Dementerende mensen gaan steeds verder in het verleden leven (retro-genese)

Dat mensen met dementie – in de woorden van Verdult – “aftakelen”, is al op te maken uit het bovenstaande. Dit aftakelen gebeurt echter in een bepaalde structuur, zoals Tom Kitwood (zie § 13.2) al signaleerde. De levensloop wordt namelijk omgekeerd. Uiteindelijk keert men weer terug naar de allervroegste kindertijd.<sup>493</sup>

Verdult heeft dit omkeringsproces – de retro-genese – nauwkeurig beschreven. Hieronder wordt puntsgewijs ingegaan op de belangrijkste aspecten ervan. Concreet komen de volgende onderwerpen aan bod: ‘geheugen’, ‘cognitieve ontwikkeling’, ‘ervaren’, ‘behoeften’ en ‘thema’s’:

- **Geheugen** → De bedreigde demente mens kan nog herinneringen ophalen. Vanaf de fase van het verdwaalde ik rolt het geheugen op, waarbij de laatst opgeslagen informatie het eerste verdwijnt. Herinneringen uit de vroege jeugd blijven dan ook het langste intact.<sup>494</sup>

In die verdwaalde fase gaat het geheugen dus achteruit. Tegelijkertijd is er een verschuiving waarneembaar van herinneren naar herbeleven; belangrijke ervaringen uit het verleden worden weer actueel. Volgens Verdult zijn het vooral pijnlijke gebeurtenissen die naar boven komen vanwege het feit dat de pijn van het dement zijn oude pijn oprakelt. En niet zelden zijn dit ervaringen uit de kindertijd. In de eerste plaats omdat deze het langst onthouden worden, in de tweede plaats omdat ze doorgaans ook het meeste indruk maken. Feitelijk komt zo – aldus Verdult – steeds meer “het miskende kind” in de dementerende tevoorschijn. Zeker als de ziekte al verder gevorderd is drukt veel gedrag voor Verdult zowel een gemis als een verlangen uit naar hetgeen men tekort gekomen is of meent te zijn. Specifiek over aanraken – het thema van deze thesis – schrijft Verdult dat een gemis aan aanraking in de jeugd bij zwaar dementerende ouderen kan leiden tot ontoestbaar huilen om de hierdoor veroorzaakte pijn te ontladen. Daarnaast kunnen ze “een onverzadigbare behoefte hebben aan aanraken of aangeraakt worden”.<sup>495</sup>

Een ander gevolg van het herbeleven is dat verdwaalde dementerenden oude rollen aannemen. Verdult schrijft dat hoogbejaarde vrouwen weer moeder worden voor hun opgroeiende kinderen en dat mannen weer naar hun werk gaan. Ze ervaren zichzelf alsof ze tussen de 25 en 50 jaar oud zijn. Overigens ervaren zij dit niet continu; demente mensen leven in twee tijden, het heden en het verleden. Daar komt bij dat die rolname niet altijd zichtbaar is in het feitelijk gedrag, maar enkel in de achterliggende motieven. Dit alles maakt dat het lastig kan zijn om aan te sluiten bij de dementerende. Specifiek aangaande aanraken bemoeilijkt het het inschatten hoe de dementerende het aangeraakt worden zal interpreteren, zoals dat ook het geval is bij mensen met psychiatrische klachten (zie § 10.4.3). De retro-genese kan er namelijk voor zorgen dat oude seksuele verlangens worden herbeleefd en worden geprojecteerd op zorgverleners en op medebewoners.<sup>496</sup> We zagen al dat oudere mensen seksuele gevoelens hebben maar dat de “seksuele respons” trager werkt (zie § 13.3). Wellicht gaat dit door de retro-genese niet helemaal op!

Dit herbeleven kan volgens Verdult terug gaan tot de periode van voor de geboorte, dus tot in de baarmoeder. De dementerende oudere is dan al wel diep verzonken. Verondersteld wordt dat ernstig demente mensen – net zoals baby’s – geen rationeel geheugen hebben, en dus ook geen bewuste herinneringen. Ongeboren en zeer jonge kinderen hebben echter al wel een lichaamsgeheugen. Vertaald naar mensen bij wie het dementieproces al ver gevorderd is, denkt Verdult dat zij nog kunnen beschikken over restanten van de in dit geheugen opgeslagen “sensorische ervaringen” uit die periode.<sup>497</sup> Dat Verdult hieraan refereert, bekrachtigt het in deze thesis geuite vermoeden dat mensen met dementie zich lijfelijk nog ‘van alles’ herinneren, omdat het lichaamsgeheugen sterker is dan het cognitieve geheugen (zie § 12.4). Dit ‘van alles’ moet wel genuanceerd worden, in die zin dat uit Verdults opmerkingen af te leiden is dat de ommekeer van de levensloop eveneens van toepassing is op het lichaamsgeheugen. Dit geheugen rolt dus óók op. Hij stelt immers dat verzonken dementerenden zich nog lijfelijke ervaringen kunnen herinneren uit de periode van vóór en van

<sup>493</sup> Verdult 1993, o.a. 11-12, 41; Verdult 1997, o.a. 31, 34. Verdult 2003, 19, 43-46.

<sup>494</sup> Verdult 1993, 127-128; Verdult 2003, 43.

<sup>495</sup> Verdult 1997, 5, 16, 51-52; Verdult 2003, 43-44.

<sup>496</sup> Verdult 1993, 53, 129, 131-132; Verdult 1997, 48; Verdult 2003, 45, 167.

<sup>497</sup> Verdult 1997, 17, 54-55, 83-84. Vgl. 2003, 46.

(net) na de geboorte, en dus niet meer van latere periodes. Vermoedelijk kunnen bedreigde en verdwaaide dementerenden dit - in afnemende mate - nog wel. Verdult heeft echter niets geschreven over het lichaamsgeheugen in deze fasen van het dementieproces.

- Cognitieve ontwikkeling → De Zwitserse bioloog, psycholoog en filosoof Jean Piaget (1896-1980) onderzocht de ontwikkeling van kinderen omdat hij wilde weten hoe ze leren denken. Zodoende kwam hij tot de conclusie dat de cognitieve ontwikkeling van het kind verloopt via drie fasen: de senso-motorische, de operationele en de formeel-operationele fase. Heel kort samengevat komt het erop neer dat een kind steeds minder egocentrisch wordt, alsook steeds meer logisch en abstract kan denken. Motorisch gezien leert het kind praten, en worden reflexmatige en toevallige bewegingen meer en meer bewust en doelgericht.<sup>498</sup> Rien Verdult meent dat mensen met dementie deze ontwikkelingsstadia opnieuw doorlopen, maar dan in omgekeerde volgorde. Zo verdwijnt volgens hem het abstracte denken het eerst en blijft de senso-motorische denkwijze het langste bestaan. Dit betekent dat verzonken dementerenden qua denken en motoriek steeds meer gaan lijken op een hulpeloze baby; een ernstig demente mens kan niet meer praten, heeft een ongecontroleerde motoriek, leeft in het hier-en-nu, kan het eigen standpunt niet meer verlaten, reageert vooral op zintuiglijke indrukken, en denkt dat je niet meer bestaat zodra je uit zijn of haar blikveld bent. En net als een baby kan een ernstig demente mens amper onderscheid maken tussen zichzelf en de omgeving. Verdult schrijft dat enkel “lichamelijke sensaties”, zoals bewegen en aanraken, nog “een vaag besef” van het zelf geven.<sup>499</sup>
- Ervaren → Een zojuist genoemd thema dat bij dementie opspeelt is het beleven van de werkelijkheid. Er treden namelijk verschuivingen op in het ervaren, die ertoe leiden dat demente mensen steeds minder contact met “hun innerlijke gevoelswereld” hebben.<sup>500</sup> In de eerste plaats komt dit doordat het denkvermogen afneemt. Gedrag van mensen met dementie wordt dan ook steeds gevoelsmatiger.<sup>501</sup> En dit lazten we al eerder, onder andere bij Tom Kitwood en bij Bèrre Miesen (zie § 13.2 en § 13.3). Daar werd toen bij vermeld dat dit heel erg doet denken aan kinderen, omdat ook zij (nog) meer voelen dan denken. Hier blijft het echter niet bij; op een gegeven moment lukt het dementerenden steeds minder om te symboliseren, oftewel om de informatie die ze gevoelsmatig binnen krijgen – dus via de zintuigen - te interpreteren. Ze kunnen die informatie anders gezegd moeilijk of niet meer omzetten in woorden en beelden. Gevoelens gaan dan geleidelijk plaats maken voor (onverwerkte) emoties. En dit is een wezenlijk verschil: gevoelens verwijzen naar het echt en direct lijfelijk ervaren via de zintuigen, terwijl emoties verwijzen naar oude ervaringen. Dit alles impliceert dat wat dementerende mensen (lichamelijk) waarnemen, meer en meer gekoppeld wordt aan oude gebeurtenissen. Meer specifiek nog aan de emoties die bij de gebeurtenissen horen, want de bijbehorende feiten zijn dan in het geheugen allang verloren gegaan. In de praktijk leidt dit er toe dat gedrag en emoties heel erg dicht bij elkaar komen te liggen.<sup>502</sup> Wellicht is dit het waar geestelijk verzorger Rieke Mes (zie § 2.3.1) op doelde toen ze schreef dat de ziel van demente mensen vermoedelijk juist meer ruimte krijgt als het ziekteproces voortschrijdt..... Een andere verschuiving die optreedt, die samenhangt met het bovenstaande, is dat bewuste ervaringen steeds meer verdrongen worden door onbewuste emoties. En net als bij heel jonge kinderen voert vooral de behoefte aan veiligheid de boventoon.<sup>503</sup> Bij diep verzonken mensen is volgens Verdult – zo blijkt uit zijn boek uit 1993 - de symbolisatie helemaal verdwenen en wordt enkel op senso-motorische wijze ervaren. Men zou alleen nog lijfelijk kunnen waarnemen, maar daar geen gevoelens of emoties aan kunnen koppelen. Ze ervaren dus nog wel verdriet of genot zonder zich daar bewust van te zijn. In later werk schrijft hij daarentegen dat ernstig dementerenden nog wél aan zintuiglijke indrukken “een primitieve betekenis” kunnen verlenen, alsook “hun eigen emotionele reactie op de si-

<sup>498</sup> Verdult 1993, 54-61, 189. Vgl. Verdult 1997, 31; Verdult 2003, 43.

<sup>499</sup> Verdult 1993, 55, 60-61, 74-75; Verdult 1997, 33.

<sup>500</sup> Verdult 2003, 21.

<sup>501</sup> Verdult 1993, 40; Verdult 1997, 34.

<sup>502</sup> Verdult 1993, 41, 96, 131; Verdult 1997, 34.

<sup>503</sup> Verdult 1993, 42, 97; Verdult 1997, 34-35.

tuatie ervaren”.<sup>504</sup> Dit lijkt tegenstrijdig aan elkaar. Het laat het zien dat het heel lastig is – ook voor Verdult – om te achterhalen wat een verzonken dementerende nu precies beleeft.

- Behoeften → De humanistische psychologie, waartoe Verdult zicht rekent, gaat uit van een mensbeeld waarin ontwikkeling en ontplooiing centraal staan. Dit geldt niet enkel voor kinderen en jongeren, maar ook voor volwassenen en ouderen. Voorwaarde voor die ontwikkeling en ontplooiing is wel dat de juiste condities aanwezig zijn. Als men bijvoorbeeld geen voedsel of onderdak heeft, zal er van groei doorgaans niet veel terecht komen.<sup>505</sup>

Het bovenstaande mensbeeld is gebaseerd op de zogenaamde humanistische motivatietheorie, waaraan vooral de naam van Abraham Maslow (1908-1970) verbonden wordt. De meeste mensen kennen hem omwille van zijn behoeftenhiërarchie, die overigens – zo zal nog blijken – niet helemaal klopt. Het lijkt er op dat Verdult bekend is met de kritiek op Maslow aangezien hij in zijn latere werk (2003) schrijft dat hij niet de noodzaak voelt om de behoeftenhiërarchie aan te passen. Daarom doen we dit hier (vooralsnog) evenmin.<sup>506</sup>

Maslow heeft vijf basisbehoeften onderscheiden en geordend naar toenemende belangrijkheid. Volgens Maslow heeft een mens allereerst fysiologische behoeften. Als hierin voorzien is gaat de behoefte aan veiligheid opspelen. Vervolgens komen respectievelijk de behoefte aan het erbij horen, de behoefte aan waardering en erkenning en tot slot de behoefte aan zelfactualisatie in beeld. De eerste vier behoeften noemt hij “deficiëntiebehoeften”, terwijl zelfactualisatie een “groeibehoeft” is.<sup>507</sup>

Deze behoeftenhiërarchie is vanuit ontwikkelingspsychologisch perspectief van belang, alhoewel Maslow dit zelf niet zo benadrukt heeft. Zo heeft voor een pasgeboren baby het bevredigen van fysiologische behoeften het meeste gewicht. Wat oudere baby's en peuters willen zich vooral veilig voelen omdat ze dit nodig hebben om de wereld om hen heen te gaan ontdekken. Wanneer aan die voorwaarde aan veiligheid voldaan is wordt de behoefte aan het ergens bij horen actueel, zowel thuis als bij vriendjes en vriendinnetjes. En vanaf de kleutertijd zijn kinderen heel gevoelig voor erkenning en waardering, mits ze inderdaad het gevoel hebben ergens bij te horen. Typerend voor Maslows behoeftenhiërarchie is namelijk dat eerst de ‘lagere’ behoeften bevredigd moeten zijn, wil men toekomen aan de ‘hogere’.<sup>508</sup>

Gezonde mensen zullen – onder de juiste omstandigheden – die ‘hogere’ behoeftes aan waardering, erkenning en ontplooiing proberen zo goed als mogelijk te vervullen. Dit komt omdat ieder mens volgens Maslow zogenaamde “groeikrachten” in zich heeft, oftewel drijfveren die ervoor zorgen dat je jezelf wilt ontwikkelen. Er zijn echter ook “regressieve krachten” in ons werkzaam, die neigen tot achteruitgang. Deze krachten worden aangedreven door pijn, angst en verlies, of beter gezegd door een poging dit te vermijden, en leiden er toe dat je kiest voor schijnveiligheid en schijnzekerheid. Wat weer betekent dat je geen risico's wilt nemen, bang bent voor onafhankelijkheid, voor het verliezen van bezittingen e.d.<sup>509</sup>

Rien Verdult nu stelt dat in mensen met dementie de regressieve krachten de overhand nemen, waardoor ze achteruit gaan. Dát die krachten het meeste gewicht krijgen, is weer te verklaren door de angsten en door de gevoelens van onveiligheid die met de ziekte gepaard gaan. Als eerste stagneert de groeibehoeft, daarna de deficiëntiebehoeften. Er zou dus een verschuiving waarneembaar zijn van de ‘hogere’ naar de ‘lagere’ behoeften. Feitelijk is ook hier een omkering van de levensloop zichtbaar, in die zin dat Maslows behoeftenhiërarchie wordt omgedraaid. Schematisch ziet dit er aldus Verdult als volgt uit:<sup>510</sup>

beginnend licht bedreigd → fysiologische behoeften, veiligheid, erbij horen, (erkenning en waardering)

gevorderd matig verdwaald → fysiologische behoeften, veiligheid, (erbij horen)

zwaar ernstig verzonken → fysiologische behoeften, (veiligheid)

<sup>504</sup> Verdult 1993, 97; Verdult 1997, 33.

<sup>505</sup> Verdult 1993, 9, 27, 108.

<sup>506</sup> Verdult 1993, 108; Verdult 2003, 72.

<sup>507</sup> Verdult 1993, 114; Verdult 2003, 72. Vgl. Mes 2000, 30.

<sup>508</sup> Verdult 1993, 114-115.

<sup>509</sup> Verdult 1993, 111.

<sup>510</sup> Verdult 1993, 115-116. Vgl. Verdult 2003, 72.

Uit het schema is op te maken dat een licht demente mens erkenning en waardering nog wel belangrijk vindt. Later verdwijnt deze behoefte naar de achtergrond en neemt het erbij horen aan gewicht toe. De volgende stap zou zijn dat vooral veiligheid gezocht wordt. De diep demente mens tenslotte heeft vooral – net als een baby – fysiologische behoeften. De behoefte aan veiligheid is naar de achtergrond verplaatst.<sup>511</sup>

In dit kader is het overigens interessant om terug te gaan naar Tom Kitwood (zie § 13.2), die eveneens de behoeftes van dementerenden bestudeerd heeft en die hier bewust geen hiërarchische ordening in heeft aangebracht. Bij hem is te lezen dat o.a. ‘erbij horen’ en ‘gekend worden door anderen’ behoeftes zijn van elke mens met dementie. Hij maakt dus geen onderscheid tussen de verschillende fasen van het ziekteproces, in tegenstelling tot Verdult.

Kitwoods keuze om af te zien van een hiërarchie sluit aan bij de al aangekondigde kritiek op Maslow. Zo is onderuitgehaald dat ‘hogere’ behoeften pas in beeld komen als aan de ‘lagere’ behoeften is voldaan. Evenmin is bewezen dat behoeften (zoals eten) naar de achtergrond verdwijnen als ze vervuld zijn. Ook de volgorde in de hiërarchie staat ter discussie.<sup>512</sup>

Daarnaast is er fundamentele kritiek van neuroloog en psychiater Victor Frankl (1905-1997). Als overlever van de Holocaust ervoer hij dat gevangenen die – ondanks de in het concentratiekamp on vervulde ‘lagere’ behoeften – een bepaald doel (zin, betekenis) voor ogen hadden, betere overlevingskansen hadden. Zij hadden “a will to meaning” die hen overeind hielden. Deze will to meaning kon het verlangen naar het weerzien van geliefden zijn, of het gevoel dat men nog een bepaalde taak te vervullen had. Het uiteindelijke, overkoepelende doel is voor Frankl echter “self-transcendence”, oftewel het overstijgen van jezelf. Wat voor hem een religieuze connotatie heeft, maar wat heel erg breed opgevat moet worden.<sup>513</sup> En deze zelf-transcendentie is belangrijker dan Maslows zelfactualisatie. Zelfactualisatie is bij Maslow een doel op zichzelf, terwijl dit voor Frankl niet het uiteindelijke doel kan zijn.<sup>514</sup>

Verdult wijkt op een gegeven ogenblik trouwens ook af van de behoeftenhiërarchie van Maslow, al dan niet bewust. Het betreft de fysiologische behoeften, die bij diep demente mensen op de voorgrond komen te staan. Deze behelzen volgens Verdult namelijk meer dan enkel eten, drinken en warmte. Hij denkt dat er tegelijkertijd een psychologische behoefte mee gemoeid is. Iemand voeden is bijvoorbeeld niet enkel voeden; je laat tevens voelen dat je er voor de ander bent en dat die ander mag zijn wie hij of zij is. Dat Verdult zo denkt is niet vreemd aangezien we eerder in de thesis gelezen hebben dat hele kleine baby’s óók contact nodig hebben; liefdevol aangeraakt en ‘bemoederd’ worden is voor hen immers een primaire levensbehoefte (zie § 11.3.1)! Het verklaart ook meteen waarom mensen met dementie, die tijdens het eten niet alleen verbaal worden aangemoedigd maar ook worden aangeraakt, meer eten, zoals eveneens eerder uit deze thesis bleek (zie § 8.2).<sup>515</sup>

Strikt vastgehouden aan Maslows hiërarchie is Verdults opmerking dat voeden tegelijkertijd een uitdrukking van verzorgen en bevestigen is tegenstrijdig aan zijn stelling dat behoeften als erkenning, waardering en erbij horen minder belangrijk worden naarmate het dementieproces verder voortschrijdt. Tom Kitwood e.a. hebben dus vermoedelijk wel een punt dat behoeften niet simpel hiërarchisch te rangschikken zijn. Helemaal als je kijkt naar de thema’s waarmee mensen met dementie volgens Verdult kunnen worstelen, en die nu aan de orde komen. Want hieruit blijkt dat thema’s die voor verzonken dementerenden belangrijk kunnen zijn, zoals ‘gezien worden’ en ‘bevestiging’, corresponderen met wat Maslow en Verdult ‘hogere’ behoeften noemen.

Thema’s → Bij mensen met dementie kunnen vroegkinderlijke ontwikkelingspsychologische thema’s opspelen. Voorbeelden van deze thema’s zijn het zich open stellen voor anderen en het leren nemen van initiatief.<sup>516</sup> Het zal niet verrassend zijn dat ook deze issues volgens Verdult bij dementerenden in de omgekeerde volgorde voorbij komen. Hij vermoedt dan ook – bewijzen is lastig – dat bij matig en ernstig dementerenden dezelfde thema’s spe-

<sup>511</sup> Verdult 1993, 115-116. Vgl. Verdult 2003, 72.

<sup>512</sup> Brysbaert 2006, 398.

<sup>513</sup> Boeree 2006.

<sup>514</sup> Pytell 2006, 499.

<sup>515</sup> Verdult 1993, 114, 118, 148, 212; Verdult 2003, 73.

<sup>516</sup> Verdult 1993, 42, 146-147.

len als bij het zeer jonge kind. Geïnspireerd door de levenslooptheorie van ontwikkelingspsycholoog Erik Erikson – waarvan ook pastoraal theoloog Ruard Ganzevoort de betekenis van de schending van het lichaam heeft afgeleid (zie § 7.1.2) – concludeert Verdult voorzichtig dat het om de volgende kwesties gaat:<sup>517</sup>

- Toewending, zich openstellen, in zich opnemen → Kleine kinderen willen voorwerpen en mensen naar zich toe halen. Bij matig tot ernstig demente mensen is dit thema vooral te herkennen “in hun aanklompgedrag, in het bijhouden van allerlei zaken, in hun verzamelsucht, in hun roepen en schreeuwen om aandacht en genegenheid”. Op den duur wordt de dementerende echter steeds passiever en meer gesloten, het tegenovergestelde dus aan de ontwikkeling van kinderen.
- Openheid en ontvankelijkheid → In een nog vroeger stadium is bij kleine kinderen – zoals we zojuist gezien hebben bij het voorbeeld van het eten – de fysiologische behoeftebevrediging gekoppeld aan het verlangen naar contact. Elk contact moet lustvol zijn, anders sluiten baby’s zich af. Dit is volgens Verdult eveneens het geval bij ernstig verzonken dementerenden. En net als baby’s zijn ze heel erg passief in het zoeken naar contact. Ze staan er open voor, maar stellen zich verder geheel afhankelijk op.
- Vertrouwen, er mogen zijn, gezien worden → Pasgeboren baby’s zijn totaal van hun omgeving afhankelijk. Zij hebben er – zo schrijft Verdult – van nature vertrouwen in dat ze gezien worden, dat hun behoeftes vervuld worden en dat ze er mogen zijn. Een totaal verzonken dementerende van wie de ouder(s) / verzorger(s) dat vertrouwen in de vroege kindertijd niet geschaad hebben, kan contact toelaten en er van genieten. Wanneer er echter sprake is van wantrouwen zal de dementerende toenadering afwijzen en zijn of haar lijf afsluiten voor contact. Dit sluit aan bij Miesens ideeën over gehechtheid en gedragingen bij demente mensen (zie § 13.3).
- Gewenst zijn, bevestiging en verbondenheid → Dit thema zou refereren aan de periode vóór de geboorte. Aangezien Erikson hierover niets geschreven heeft is Verdult hiervoor te rade gegaan bij de Canadees Thomas Verny, die een overzicht heeft gegeven van mogelijke ervaringen in de prenatale fase. Hij stelt dat het kindje via de moeder allerlei signalen door krijgt over het al dan niet gewenst zijn, over blijdschap en angsten die met de komst van nieuw leven gepaard kunnen gaan e.d. Dit impliceert dat - bij angstig en verdrietige moeders - de periode in de baarmoeder dus lang niet zo’n paradijs is als vaak gedacht wordt. Voor mensen die zeer ernstig dement zijn zou dit kunnen betekenen dat zij mogelijk ervaren gevoelens van verwerping als ongeboren baby herbeleven.

Na deze uitgebreide bespreking van de verschillende aspecten van de retro-genese is het interessant om te kijken wat dit voor gevolgen heeft voor hoe mensen met dementie de begrippen ‘ruimte’ en ‘grenzen’ ervaren. Vanuit haptonomisch perspectief zijn dit immers zeer belangrijke begrippen als het gaat om de ontmoeting tussen mensen (zie § 12.3.3).

Betreffende de ruimte schreef Miesen al dat dementerenden de verschillende zones om het lichaam door elkaar halen (zie § 13.3). Verdult thematiseert de ruimte van mensen met dementie eveneens in een van zijn boeken. Hij maakt onderscheid tussen de materiële, de psychologische, de innerlijke en de interactionele ruimte. Al deze ruimtes worden kleiner:<sup>518</sup>

- Materieel → Mensen met dementie hebben op de materiële ruimte (de fysieke omgeving) steeds minder grip. Wel voelen ze dikwijls nog aan of een ruimte al dan niet geborgen is. Op een gegeven moment is enkel de eigen stoel of het eigen bed veilig terrein, wat eerder aan de orde is gekomen in de onderzoeken naar het aanraken door verpleegkundigen (zie § 9.1.3). Dit komt omdat hun belevingswereld meer en meer samenvalt met het eigen lichaam.
- Psychologisch → De wereld om hen heen wordt steeds vreemder. Hierdoor kunnen dementerenden ook minder open staan voor diezelfde wereld; ze verstarren. En dan treedt het al besproken verschijnsel op dat gevoelens plaats maken voor emoties, en dat het bewuste plaats maakt voor het onbewuste.
- Innerlijk → De innerlijke vrijheid die demente mensen hebben perkt zich in als gevolg van de afnemende mogelijkheden tot communicatie en beweging. Hierdoor kunnen ze steeds

<sup>517</sup> Verdult 1997, 55-58.

<sup>518</sup> Verdult 1997, 169-170.

- minder initiatief nemen en keuzes maken. Het wordt voor hen ook in toenemende mate lastig om ergens een mening over te hebben, of om ergens een bepaald gevoel bij te hebben.
- Interactioneel → Doordat het persoonlijke territorium (de materiële ruimte) kleiner wordt is de ernstig dementerende erg gevoelig voor schendingen van dit territorium (zie § 9.1.3).

Al met al zorgen de afnemende ruimtes ervoor dat een ernstig demente mens in een – niet zelf-verkozen – isolement terecht komt. Het is aan de naasten en de verzorgenden om dit te doorbreken. Contact opent een mens namelijk, en vergroot de zojuist genoemde ruimtes. Hierbij is wel grote voorzichtigheid geboden omdat je bij mensen met dementie heel snel de grenzen bereikt van wat ze aankunnen. Ze voelen zich snel onveilig. De wereld moet voor hen – net zoals voor pasgeboren baby's – begrensd en afgebakend worden zodat ze zich veilig voelen.

### *3 Dementerende mensen ervaren hun verblijf in een instelling als belastend*

Volledigheidshalve wordt zéér beknopt ingegaan op de mogelijke gevolgen van opname in een zorginstelling op het dementieproces. Volgens Rien Verdult is dit namelijk een factor van betekenis. Zijdelings is dat in deze thesis al aan de orde gekomen. Rieke Mes (zie § 1.2) schreef bijvoorbeeld dat de verhuizing naar een verpleeghuis ingrijpend is. En Tom Kitwood (zie § 8.1.1) liet weten dat mensen met dementie vaak – onbewust - niet goed verzorgd worden. Daarnaast (zie inleiding hoofdstuk 6) hebben diverse studies uitgewezen dat ouderen in een zorginstelling zelden 'zomaar' aangeraakt worden, terwijl zij daar juist gemiddeld genomen meer behoefte aan hebben (zie o.a. § 11.5).

Over de opname zegt Verdult dat dit dikwijls een emotionele crisis teweeg brengt en de – toch al gevoelde – basisangst vergroot. Hij haalt er zelfs het zogenaamde 'hospitalisatiesyndroom' bij. Concreet betekent dit dat opname negatieve reacties te weeg kan brengen zoals onderwerping, terugtrekking, verlies van interesse, protest e.d. Op den duur kan het leiden tot depersonalisatie, een begrip dat Kitwood ook gebruikte (zie § 8.1.1). Het hospitalisatiesyndroom lijkt daarmee een "gevaarlijke fascilator van het dementeringsproces".<sup>519</sup>

### *4 De persoonlijkheid en de levensloop van de dementerende*

De vierde en laatste factor, die de voorgaande drie beïnvloedt, is de persoonlijkheid en de levensloop van degene die getroffen wordt door dementie. Kort gezegd houdt deze factor in dat het uitmaakt of iemand al dan niet een stevige identiteit ontwikkeld heeft, adequate copingmechanismen heeft, met een positief gevoel terugkijkt op het leven, ingrijpende gebeurtenissen verwerkt heeft en de fase van het ouder worden als positief ervaart. Iemand die hier overal 'ja' op kan zeggen heeft wat Herman Andriessen een "voltooide identiteit" noemt. Hij of zij zal in de regel beter met de diagnose dementie om kunnen gaan dan een persoon die op een of meerdere van bovenstaande punten 'nee' moet antwoorden.<sup>520</sup>

Betreffende de persoonlijkheid merkt Verdult ook nog op dat het naar zijn idee vooral ervaringen uit de kindertijd zijn, "en reeds daarvoor", die een enorm vormende invloed hebben.<sup>521</sup>

#### 13.4.2 Aanraken van mensen met dementie

Bère Miesen gaf al aan dat aanraken een van de belangrijkste non-verbale manieren is om te communiceren met dementerenden. Enerzijds omdat zij steeds meer op de zintuigen terugvallen door de afnemende cognitieve vermogens, anderzijds omdat zij steeds minder verhuuld de "basale behoefte" aan warmte en tederheid tonen (zie § 13.3). Wat Rien Verdult over aanraken schrijft past in dit spoor. Met name in zijn boek over snoezelen met mensen met dementie (1997) heeft hij behoorlijk wat aandacht besteed aan lichamelijk contact met deze doelgroep.

Voor het aanraken van mensen met dementie noemt Verdult twee argumenten; lichamelijk contact is zowel vanuit ontwikkelingspsychologisch als vanuit haptonomisch standpunt aan te bevelen. Wat betreft het laatstgenoemde verwijst hij heel kort naar Frans Veldman en naar enkele

<sup>519</sup> Verdult 1993, 151-152; Verdult 2003, 46-48.

<sup>520</sup> Verdult 1993, 153-157. Vgl. Verdult 2003, 48-52.

<sup>521</sup> Verdult 2003, 50.

haptonomische standpunten zoals het belang van de huid als tastzintuig, de nauwe verbinding tussen tast en gevoel, en de tast als “ontmoetende kwaliteit”.<sup>522</sup> E.e.a. is in deze thesis reeds uitgebreid beschreven (zie o.a. § 11.3.2 en § 12.3.2).

Vanuit ontwikkelingspsychologisch perspectief geeft Verdult in het genoemde boek over snoezelen de volgende redenen voor het aanraken van mensen met dementie:

- Cognitieve ontwikkeling → Mensen met dementie keren terug naar de senso-motorische bestaanswijze, waarin men vooral reageert op zintuiglijke indrukken. Het lichaam is dus “de poort tot contact”, wat al eerder vermoed werd in deze thesis (zie § 12.4). En van alle zintuigen wordt de tastzin door Verdult gezien als de “sleutel” die op het “slot” van deze poort past. De tastzin is namelijk niet alleen het eerste zintuig dat ontwikkeld wordt in de baarmoeder, het is ook – samen met het gehoor – het zintuig dat het langste “open” blijft. Daardoor en daarnaast is dit zintuig nauw verbonden met emoties en met “zeer fundamentele en zeer vroege ervaringen”.<sup>523</sup>
- Ervaren → Voelen wordt belangrijker dan denken, alhoewel zintuiglijke prikkels steeds meer oude emoties oproepen i.p.v. de werkelijkheid representeren. In het boek ‘Dementie: een kindertijd in beeld’ (1993) komt deze reden ook voorbij en legt Verdult uit dat in de communicatie met dementerenden het zogenaamde betrekkningsniveau voornamer is dan het inhoudsniveau, waar pastor Eric van Rosmalen (zie § 10.3) ook al op wees. Dit betekent dat het er minder toe doet wat (inhoud) je zegt, vanwege het feit dat de cognitieve vermogens van mensen met dementie achteruitgaan. Het gaat er veel meer om hoe je het brengt en wat je daarmee uitdrukt over de relationele verhouding (betrekking). En met name lichaamstaal - aanraken, aanwezig zijn, uitstraling e.d.- is bij uitstek geschikt voor boodschappen op betrekknings- of gevoelsniveau.<sup>524</sup>
- Behoeften → Er vindt een verschuiving plaats van ‘hogere’ naar ‘lagere’ behoeften. Voor diep demente mensen betekent dit dat veiligheid en contact zeer belangrijk worden. Net als bij baby’s kun je dit eigenlijk alleen bieden door affectief en lichamelijk nabij te zijn.<sup>525</sup>

Deze drie redenen uit het boek over snoezelen corresponderen met drie van de vijf aspecten van de retro-genese, die eerder in deze paragraaf besproken zijn (zie § 13.4.1). De andere twee aspecten zijn ‘geheugen’ en ‘thema’s’, en ook deze leveren ontwikkelingspsychologisch gezien aanknopingspunten op voor het aanraken van mensen met dementie. Zo blijft bij diep demente mensen enkel nog het lichaamsgeheugen over, en dit geheugen is – zo is bekend uit de haptonomie (zie § 12.3.2) – beter te bereiken via de tast. Verder kunnen bij deze mensen vroegkindelijke thema’s actueel worden, waaronder het ‘er mogen zijn’, ‘gezien worden’, ‘bevestiging’ en ‘verbondenheid’. En juist aanraken is een krachtig middel om dit alles te bereiken (zie § 9.1.1, § 10.3 en § 12.3.2).

Naast de beschreven vijf aspecten van de retro-genese is ook van Verdults uitleg van de fasen van het bedreigde ik, het verdwaalde ik en het verzonken ik (zie § 13.4.1) af te leiden dat de begeleiding van mensen met dementie lichamelijk steeds intensiever wordt. Deze begeleiding verschuift namelijk van steun naar houvast en vervolgens naar contact. En houvast – denk aan ‘holding van Kitwood (zie § 13.2) - betekent soms letterlijk ‘vasthouden’, terwijl voor contact met (ernstig) dementerenden vooral het tastzintuig geschikt is.

Het bovenstaande geeft overigens vooral weer *waarom* je met demente mensen via aanraken kunt communiceren, en nog niet *zoeer* *waarvoor*, dus met welk doel. In de boeken van Verdult zijn tal van (mogelijke) effecten van aanraken en van snoezelen te vinden. Een duidelijk onderscheid hiertussen maakt hij niet omdat het aanraken als voornaamste aspect van het snoezelen gezien wordt.<sup>526</sup> Kort samengevat – veel is al aan de orde geweest - kan aanraken / snoezelen het volgende doen:<sup>527</sup>

- de mens met (ernstige) dementie in staat stellen om zichzelf enigszins te ervaren;
- bieden van veiligheid (bescherming / begrenzing), danwel het wegnemen van onveiligheid;

<sup>522</sup> Verdult 1997, 82.

<sup>523</sup> Verdult 1997, 18, 81-83. Vgl. Verdult 1993, 166, 177, 204; Miesen 2009, 87-88.

<sup>524</sup> Verdult 1993, 165-166; Verdult 1997, 35.

<sup>525</sup> Verdult 1997, 35-36, 83-84.

<sup>526</sup> Verdult 1997, 82.

<sup>527</sup> O.a. Verdult 1993, 190, 204, 212; Verdult 1997, 35, 83-84, 89.

- gevoelens van positiviteit en van lust opwekken;
- gevoelens van intimiteit, geborgenheid en affectiviteit bewerkstelligen;
- innerlijke rust en ontspanning brengen;
- de dementerende meer contact laten maken met wat hij of zij werkelijk voelt, en met zijn of haar emoties;
- emoties makkelijker ontladen (bijvoorbeeld via huilen).

Verdult refereert dus vooral – denk aan Sung OK Chang met zijn dimensies van aanraken (zie § 9.1.1) – aan de emotionele dimensie van lijfelijk contact. Vergeleken met de verpleegkundigen (zie § 9.1.1) en met de pastores (zie § 10.4.1) valt trouwens op dat zowel Tom Kitwood, Bère Miesen als Rien Verdult veel meer de beschermende en veiligheidsbiedende functie van aanraken benadrukken, waarbij Miesen aanraken ook nog eens als gehechtheidsgedrag ziet. Dát bescherming en veiligheid door hen genoemd worden is niet vreemd gelet op het feit dat dementie veel angst en onveiligheid met zich meebrengt, wat met name Verdult onderstreept heeft (zie § 13.4.1). Voor hem is veiligheid bovendien een behoefte die op komt als gevolg van het steeds meer ‘kinds’ worden van de dementerende.

Daarnaast komt bij deze auteurs veel meer de contactfunctie van aanraken aan bod, in die zin dat de zorgverlener via aanraken de mens met dementie kan ontmoeten en dat de dementerende op zijn of haar beurt (enigszins) contact kan leggen met zichzelf en met de eigen gevoelens en emoties, alsook met anderen en met de omgeving. Ook dit is niet vreemd omdat het dementieproces meer en meer voor een isolement zorgt, en we volgens Verdult kennelijk “intuïtief aanvoelen” dat aanraken “dé manier is om mensen die op basaal niveau functioneren, te benaderen”.<sup>528</sup> Verder geldt ook hier dat contact als ‘lagere’ deficiëntiebehoefte toch al steeds meer op de voorgrond komt te staan door de omkering van de levensloop (zie § 13.4.1).

Wanneer we nu terugdenken aan de drie soorten aanrakingen die Axel Liégeois (zie § 3.2) onderscheidt in het pastoraat, dan rijst het vermoeden dat mensen met dementie meer dan gemiddeld baat hebben bij de zogenaamde “ondersteunende aanrakingen”, zoals vasthouden en omhelzen. Deze aanrakingen zijn namelijk bedoeld om veiligheid en bescherming te bieden bij onaangename en confronterende ervaringen. In het hoofdstuk over aanraken in het pastoraat (zie § 10.4.4) werd duidelijk dat geestelijk verzorgers vooral “expressief” aanraken, oftewel de hand vasthouden, schouderklopjes geven e.d. Ondersteunende aanrakingen zouden meer voor uitzonderlijke situaties zijn, zoals bij diepe bedroefdheid. Vermoedelijk moet deze gedachte bijgesteld worden met het oog op geestelijke zorg aan mensen met dementie! Niet alleen vanwege hun behoefte aan veiligheid, maar ook vanwege de omkering van de levensloop. Kleine kinderen worden immers – als het goed is - veelvuldig vastgehouden! En net als kinderen laten mensen met dementie de behoefte hieraan minder verhuld zien (zie § 13.3)!

Hierbij moet opgemerkt worden dat Liégeois bij de beschrijving van de drie soorten aanrakingen in het pastoraat helaas niets vermeldt over de mate waarin deze bijdragen aan het tot stand komen van contact. Bij mensen met dementie is dit een essentieel thema!

Liégeois heeft trouwens evenmin geschreven over massage als mogelijke vorm van (ondersteunend) aanraken in het pastoraat (zie § 10.4.4). Massage wordt succesvol toegepast in o.a. het snoezelen (zie § 6.3), en wordt eveneens door Kitwood (zie § 13.2) genoemd als een positieve vorm van interactie met mensen met dementie. In de thesis is geopperd dat ook geestelijk verzorgers zachtjes de handen en de schouders kunnen masseren van dementerenden (zie § 10.4.4).

Verdult noemt tenslotte – vaak tussen de regels door – een aantal voorwaarden voor het communiceren met mensen met dementie, en daarmee ook voor het aanraken. Zo behoort een zorgverlener bij “het miskende kind” in zichzelf te zijn gekomen om ook “het miskende kind” in de dementerende te kunnen signaleren. Ook moet hij of zij “de demente wereld” accepteren, omdat de dementerende zich anders zo normaal mogelijk moet gedragen. Daarnaast is het belangrijk dat de zorgverlener ‘veilig’ en vertrouwd overkomt, rekening houdt met het territorium van de dementerende, zich op zijn of haar gemak voelt met aanraken, en de demente mens niet overprikkelt.<sup>529</sup> E.e.a. is al vaker te lezen geweest in deze thesis (zie o.a. § 9.1.3 en § 13.2).

<sup>528</sup> Verdult 1007, 78; Verdult 2003, 46.

<sup>529</sup> Verdult 1993, 185, 213; Verdult 1997, 16, 36, 75; Verdult 2003, 63.

### 13.4.3 De “goed genoeg moeder”

Zoals eerder vermeld is Rien Verdult doorgegaan op Miesens idee dat mensen met dementie een gehechtheidsfiguur nodig hebben (zie § 13.3). Verdult heeft dit idee geconcretiseerd in wat hij de “goed genoeg moeder” noemt. Dit begrip heeft hij ontleend aan de Engelse kinderarts en psychoanalyticus Donald Winnicott (1896-1971), die geschreven heeft over “Good-enough-mothering”. In de context van het opvoeden betekent dit voor hem dat een moeder niet volmaakt hoeft te zijn, maar ‘goed genoeg’. Dat wil zeggen “ingaan op de noden en de behoeften van het kind, aansluiten bij wat er in zijn belevingswereld omgaat, zodat het veiligheid en geborgenheid vindt”. Verdult stelt dat matige en ernstig dementerende ouderen ook verzorgd moeten worden door een goed genoeg moeder omdat ze terugkeren naar vroegkinderlijke behoeften en omdat ze zich kwetsbaar en onveilig voelen.<sup>530</sup>

Een goed genoeg moeder behoort bepaalde eigenschappen te hebben (*zijn*), alsook op een bepaalde manier met de mens met dementie om te gaan (*doen*). Het zal overigens duidelijk zijn dat een scherp onderscheid hiertussen niet altijd te trekken is.

Betreffende de wijze van ‘zijn’ schrijft Verdult dat goed genoeg moeders sensitief moeten zijn voor de noodsituatie, de gevoelens en de behoeftes van de dementerende, om daar vervolgens ook adequaat op te kunnen reageren. Daarnaast dienen ze als gehechtheidsfiguur beschikbaar te zijn zodat er een affectieve band met de dementerende oudere kan ontstaan. En dit vereist weer dat de hulpverlener zich niet vastpint op (danwel vlucht in) zijn of haar beroepsrol, maar aldus Verdult gewoon zichzelf is.<sup>531</sup>

Verrassend genoeg komen deze eigenschappen – sensitief zijn, beschikbaar zijn en de beroepsrol op de achtergrond – exact overeen met de kernpunten van de presentiebenadering, en daarmee ook met de in deze thesis geformuleerde pastoraal-theologische visie op aanraken (zie § 10.3 en § 10.4.2)!

Verdult gebruikt verder nog woorden als ‘vriendelijk’, ‘veilig’, ‘zacht’, ‘teder’, ‘warm’ en ‘affectief’ om uit te leggen hoe een goed genoeg moeder behoort over te komen.<sup>532</sup>

Opvallend is dat Verdult geen enkele keer benoemt dat mensen met dementie óók – hoewel in de praktijk niet zo vaak – mannelijke verzorgenden hebben, waardoor de term ‘goed genoeg moeder’ wellicht vervangen moet worden door ‘goed genoeg ouder’. Dat Winnicott voor Good-enough-mothering koos is begrijpelijk omdat hij van een andere generatie is. Het is ook wel enigszins te begrijpen dat Verdult dit letterlijk heeft overgenomen omdat dementerenden terug gaan naar de vroegste kindertijd en de moeder – doordat zij de baby draagt en doorgaans ook voedt – meestal automatisch de eerste persoon is aan wie een kindje zich hecht. Wat weer verklaart waarom vooral de moeder een belangrijke rol speelt in de belevingswereld van mensen met dementie, zoals we lasen bij Bèrre Miesen (zie § 13.3). Tegenwoordig zijn vaders overigens wel veel meer betrokken bij de zorg voor hun kinderen (zie § 11.3.3), maar dat was nog niet gebruikelijk toen de mensen die nu in het verpleeghuis zitten jong waren.

Een andere mogelijke reden voor het handhaven van het begrip ‘goed genoeg moeder’, is gelegen in het vermoeden dat Verdult zich niet (genoeg) bewust is geweest van de in onze cultuur geldende rollenpatronen. Eigenschappen als zachtheid, tederheid, warmte e.d. worden namelijk – nog steeds – met vrouwelijkheid geassocieerd (zie § 11.3.4).

Hoewel het dus begrijpelijk is dat Verdult de goed genoeg moeder promoot, lijkt het beter deze term te vervangen door de ‘goed genoeg ouder’.

Naast een bepaalde manier van *zijn* heeft Rien Verdult ook uitgebreid beschreven wat een goed genoeg moeder – we houden zijn terminologie wel aan in deze thesis – moet *doen*. In de eerste plaats is dat veiligheid bieden en bedreigingen van buitenaf afwenden. Dit doet de goed genoeg moeder door nabij te zijn en door ervaringen te structureren en te begrenzen. Daarnaast dient hij of zij ruimte te maken voor emoties die boven kunnen komen, om deze vervolgens te duiden en – alweer – te begrenzen. Tenslotte zijn de goed genoeg moeders degenen die het isolement pro-

<sup>530</sup> Verdult 1993, 185-186; Verdult 1997, 60; Verdult 2003, 53-54.

<sup>531</sup> Verdult 1993, 118, 185-187, 193; Verdult 2003, 37, 54.

<sup>532</sup> Verdult 1997, 60.

beren te doorbreken door contact aan te bieden. En ondertussen is wel duidelijk dat het haptische kanaal – het aanraken – hiervoor het meeste geëigend is. Te meer omdat “affectief lichamelijk contact” voor een dementerende heel erg belangrijk is, zo schrijft Verdult. Aanraken hoort dus bij de rol van de goed genoeg moeder!<sup>533</sup>

Het handelen van de goed genoeg moeder doet overigens heel erg denken aan het begrip ‘holding’ dat Tom Kitwood (zie § 13.2) gebruikte. Dit is niet raar aangezien Verdult ook vindt dat goed genoeg moeders aan ‘holding’ moeten doen, alhoewel hij er een ander woord voor gebruikt. Hij heeft het over ‘containment’ omdat de hulpverlener als het ware een psychische container voor de ander is. Wat impliceert dat de mens met dementie soms ook fysiek vastgehouden moet worden om zich veilig te voelen en om zich te kunnen ontladen.<sup>534</sup>

#### 13.4.4 Overzicht Rien Verdult

In het voorgaande is nogal uitgebreid ingegaan op het werk van Verdult. Voordat er in de volgende paragraaf aanwijzingen worden gegeven voor een geestelijk verzorger volgt er daarom eerst een zeer beknopte samenvatting van de belangrijkste inhoud van zijn visie op dementie.

Bij Verdult staan de volgende begrippen centraal in het dementieproces (zie § 13.4.1):

- Angst → Verdult benadrukt heel sterk dat angst het basisgevoel is van mensen met dementie; ze gaan zich steeds angstiger en onveiliger voelen naarmate het dementieproces voortschrijdt.
- Isolement → Door de afnemende geestelijke en motorische mogelijkheden worden de ruimtes van dementerenden steeds kleiner en raken ze het contact met zichzelf, met anderen en met de omgeving meer en meer kwijt.
- Retro-genese → Mensen met dementie keren als het ware terug naar hun kindertijd, zowel geestelijk als lichamelijk. Geestelijk komen door het oprollende geheugen en de herbelevingen, emoties en ervaringen uit steeds eerdere periodes van het leven naar boven. Volgens Verdult komt zo meer en meer het miskende kind van de zieke tevoorschijn. Lichamelijk vallen dementerenden steeds meer samen met hun lichaam. Enerzijds omdat ze op een gegeven moment enkel nog reageren op zintuiglijke indrukken, anderzijds omdat de fysiologische behoeften op de voorgrond komen te staan. Tot deze behoeften wordt ook het verlangen naar contact gerekend.

Het bovenstaande betekent dat de begeleiding van mensen met dementie alsmaar intensiever wordt, alsook meer gericht wordt op het bieden van veiligheid en van bevestigend affectief contact. Aanraken is volgens Verdult hiervoor zeer geschikt. Zowel om haptonomische als om ontwikkelingspsychologische redenen. Naast veiligheid en contact, zorgt aanraken eveneens voor rust, ontspanning en voor ontlading (zie § 13.4.2).

De goed genoeg moeder (zie § 13.4.3) is voor Verdult het ideaalbeeld van een verzorgende van mensen met dementie. Deze goed genoeg moeder is een concretisering van Bèrre Miesens opvatting dat dementerenden een gehechtheidsfiguur nodig hebben. Zij (of hij) begrenst, structureert, biedt contact e.d. Daarnaast heeft hij of zij bepaalde eigenschappen – sensitief, beschikbaar en de beroepsrol op de achtergrond omwille van de affectieve band – die gelijk zijn aan de kernpunten van de presentiebenadering, waarop weer de in deze thesis geformuleerde pastoraal-theologische visie op aanraken is gebaseerd (zie § 10.3 en § 10.4.2). De goed genoeg moeder sluit hier dus heel erg bij aan en bekrachtigt zodoende deze visie!

Tot zover het werk van Verdult op hoofdlijnen. Nu volgen nog twee opmerkingen die eveneens van belang kunnen zijn voor een geestelijk verzorger die mensen met dementie wil aanraken. In de eerste plaats moet het vermoeden genuanceerd worden dat dementerenden zich via hun lichaamsgeheugen nog wel van alles kunnen herinneren. Dit geheugen is weliswaar sterker en blijft langer functioneren, maar volgens Verdult is het lichaamsgeheugen óók aan de retro-genese onderhevig (zie § 13.4.1). In de tweede plaats heeft Rien Verdult – net als Bèrre Miesen – laten zien dat het aanraken van en het aangeraakt worden door mensen met dementie erg inge-

---

<sup>533</sup> Verdult 1993, 118, 186-187, 193-194, 210; Verdult 1997, 18, 60; Verdult 2003, 37.

<sup>534</sup> Verdult 1993, 201-203; Verdult 2003, 53-54.

wikkeld kan zijn. Er kunnen allerlei betekenissen aan verbonden zijn die je in eerste instantie niet zou verwachten. Zo kan het aanraken voor de dementerende eerder een seksuele lading krijgen als seksuele verlangens herbeleefd worden. Ook kan de behoefte aan aanraken of aangeraakt worden een uiting zijn van gemis hieraan uit de kindertijd. Daarnaast kan het aanraken van dementerende ouderen delicaat zijn omdat je heel snel over hun grenzen gaat (zie § 13.4.1).

### **13.5 Aanwijzingen voor een geestelijk verzorger**

Het is lastig om het dementieproces in kaart te brengen, zeker voor wat betreft de latere fasen. Wel is men het er over eens dat de ziekte gepaard gaat met gevoelens van onzekerheid, van angst en onveiligheid, alsook dat de dementerende steeds meer in een isolement komt als gevolg van de – in de woorden van Verdult – “aftakeling” (zie § 13.3 en § 13.4.1). Daarnaast is duidelijk dat deze aftakeling veel weg heeft van een omkering van de levensloop, waardoor mensen met dementie zowel geestelijk als lichamelijk steeds meer als een kind worden (zie § 13.2 en § 13.4.1). Wat echter niet wil zeggen dat ze bemoederd of betutteld moeten worden (zie § 13.2)!

Het ziektebeeld grijpt in op alle aspecten van het leven, en dus mogelijk ook op het aanraken en het aangeraakt worden. In het algemeen kan gesteld worden dat de behoefte aan én de noodzaak van lichaamscontact toeneemt voor de mens met dementie. Anderen aanraken is voor de dementerende oudere in eerste instantie vooral een vorm van gehechtheidsgedrag, aldus Bère Miesen (zie § 13.3). Op die manier willen ze de nabijheid van een beschermende hulpverlener of familielid bewerkstelligen. Als geestelijk verzorger moet je dan ook ‘aanraakbaar’ zijn.

Later in het proces is het (met name) aangeraakt worden een manier om te communiceren, om te ontmoeten en om eventueel via de tast het lichaamsgeheugen – dat trouwens óók oprolt volgens Verdult – aan te spreken. Mensen met dementie vallen immers steeds meer terug op hun zintuigen, met name op het tastzintuig (zie § 13.4.1). Daarnaast kun je via aanraken ook letterlijk houvast en bescherming geven, alsmede de mogelijkheid tot ontlasting (zie o.a. § 13.2). En dit alles sluit nauw aan bij het zielzorgconcept van Rieke Mes voor geestelijke zorg aan mensen met dementie (zie § 2.3.2), waarin zij o.a. het belang van troost, veiligheid, relationaliteit en non-verbale communicatie benadrukt!

Tenslotte speelt het aanraken heel erg in op de – volgens Miesen (zie § 13.3) én volgens de haptonomie (zie § 11.3.2) – basale behoefte aan bevestigend affectief lichamelijk contact. Mensen met dementie laten deze behoefte minder verhuld zien door de afnemende afweermechanismen. Bij ernstig dementerende zou het verlangen aan lijfelijke warmte bovendien voortkomen door de verschuiving naar wat Maslow de ‘lagere’ behoeften noemt (zie § 13.4.1).

Samenvattend zijn er volgens Verdult dus zowel haptonomische als ontwikkelingspsychologische redenen om mensen met dementie aan te raken (zie § 13.4.2). Ook lijkt het erop dat aanraken belangrijker wordt naarmate het dementieproces voortschrijdt, vanwege de toenemende onveiligheid, het toenemende isolement en de verdere terugval op kinderlijke ervaringswijzen en behoeften. En dit alles doet vermoeden (zie § 13.4.2) dat wat Axel Liégeois “ondersteunende aanrakingen” noemt, zoals vasthouden en omhelzen, in de geestelijke zorg aan mensen met dementie veel frequenter voorkomen c.q. nodig dan in het pastoraat bij andere doelgroepen. Zo was eerder te lezen (zie § 10.4.4) dat pastores expressieve aanrakingen, waaronder het vastpakken van de hand, meestal ver genoeg vinden gaan. De vraag is of ze dit ook zo hadden geformuleerd als ze dementerende ouderen op het oog hadden. Ondersteunende aanrakingen hebben immers veiligheid, bescherming en begrenzing op het oog.

Hetzelfde kan gezegd worden over massage, wat in deze thesis ook als een ondersteunende aanraking gezien wordt (zie § 10.4.4). De pastores die over aanraken geschreven hebben (zie § 10.3) doen niet aan massage. Vanuit de praktijk van o.a. het Namaste Care Programma (zie § 6.3) is bekend dat dit gunstige effecten heeft op mensen met dementie. Waarom zou – zoals al vaker in de thesis betoogd is (zie o.a. § 13.4.2) – een pastor niet bijvoorbeeld zachtjes de handen en de schouders kunnen masseren?

Betreffende het ‘kinds worden’ kan ter aanvulling – met behulp van Tom Kitwood en de transactionele analyse (zie § 13.2) – ook nog opgemerkt worden dat het niet altijd de dementerende hoeft te zijn die de rol van kind aanneemt; ook de begeleider kan – zij het die hopelijk meer bewust en met positieve bedoelingen – de kinderrol op zich nemen. Dit is een interessant stand-

punt aangezien mensen met dementie – in ieder geval in het begin van de ziekte – als het ware in twee tijden leven (zie § 13.4.1) en dus niet enkel aan het regresseren en het herbeleven zijn. Ze zijn op heldere momenten ‘gewoon’ een oudere persoon met (dikwijls) meer levenservaring en in ieder geval meer levensjaren dan de zorgverlener. Daarbij kan deze zienswijze ertoe bijdragen dat de hulpverlener meer ruimte voelt om bij het kind in zichzelf te komen. Verdult schrijft dat zorgverleners het miskende kind in zichzelf moeten erkennen, om het miskende kind in de dementerende – dat steeds meer naar boven zou komen – te kunnen signaleren (zie § 13.4.2). Vermoedelijk heeft Verdult hier heel erg gelijk in, maar lijkt het niet verkeerd om óók het spelende en erkende kind in jezelf op te roepen in de omgang met dementerende ouderen.

Uit de literatuur over dementie blijkt overigens dat het aanraken van en aangeraakt worden door deze groep ook erg ingewikkeld kan zijn (zie § 13.3 en § 13.4.1). Bij gezonde mensen is het al lastig om in te schatten hoe ze het aanraken ervaren, maar bij dementerenden is dat helemaal het geval. Mensen met een matig tot ernstig niveau van dementie herbeleven namelijk oude rollen, en kunnen als gevolg daarvan oude verlangens naar (te kort gekomen) aanrakingen oproepen. Ook kunnen seksuele verlangens opnieuw beleefd worden. Dit alles kan vervolgens door hen op zorgverleners en bewoners geprojecteerd worden. Soms is er in dit kader sprake van persoonsverwarring en denken ze dat je hun (oude) geliefde bent. Verder zijn sommige dementerenden seksueel ontremd. Bijna allemaal hebben ze daarnaast moeite met het onderscheiden van de verschillende – intieme, sociale en publieke – zones om het lichaam, zo schreef Miesen.

Miesen heeft eveneens uitgesproken dat het benaderen van mensen met dementie mogelijk bemoeilijkt wordt wanneer er sprake is van een onveilig hechtingspatroon (zie § 13.2). Dit zagen we al eerder in de thesis en is niet iets typisch voor mensen met deze ziekte. Het bevestigt wel het al vaker geuite vermoeden dat aanraken een kwestie van ‘trial and error’ is (zie o.a. § 10.3). Zeker omdat het oude pijn naar boven kan halen, aangezien het lichaamsgeheugen lang aanwezig blijft en het volgens Verdult vooral onverwerkte emoties uit de kindertijd zijn die in de belevingswereld van de dementerende een rol spelen (zie § 13.4.1). De kans is dus aanwezig dat oude pijn – die al dan niet te maken heeft met hoe en hoe vaak men is aangeraakt als kind – weer actueel wordt door het aanraken. Of dementerenden zich nog de ervaringen die ze als volwassene met aanraken hebben gehad lijfelijk herinneren, is trouwens nog maar de vraag. Verdult denkt namelijk dat het lichaamsgeheugen eveneens afneemt.

Het zal duidelijk zijn dat mensen met dementie intensieve begeleiding nodig hebben. Miesen kwam met het inzicht dat zij behoefte hebben aan een gehechtheidsfiguur (zie § 13.2). Dit inzicht sluit erg goed aan bij zorgethische waarden als ‘verbondenheid’ en ‘relationaliteit’ (zie § 4.1.2 en § 4.1.4). Sowieso blijkt uit de bestudeerde literatuur dat er veel oog is voor de toenemende kwetsbaarheid – ook al een zorgethische waarde (zie § 4.1.3) – van de dementerende oudere, o.a. omdat weerlegd wordt dat zij niet of niet lang zouden beseffen wat er met hen aan de hand is (zie § 13.3). Verder is ook de laatste zorgethische waarde – oog hebben voor het specifieke van de situatie (zie § 4.1.1) – van toepassing op de zorg voor dementerenden, omdat iedereen anders op zijn of haar ziek-zijn reageert (zie o.a. § 13.4.1).

Miesens ideeën omtrent een gehechtheidsfiguur zijn door Verdult geconcretiseerd in de ‘goed genoeg moeder’ (zie § 13.4.3). Dit is een verzorgende die veiligheid biedt, ruimte geeft aan emoties, het isolement probeert te doorbreken e.d. Bevestigend affectief lichamelijk contact is hiertoe een krachtig instrument.

De goed genoeg moeder gaat ook een hechte relatie aan met de dementerende. Hiervoor is vereist dat deze persoon sensitief en beschikbaar is, zich niet strikt vasthoudt aan de beroepsrol. Verrassend genoeg komen deze eigenschappen precies overeen met de kernpunten van de presentiebenadering, en daarmee met de in deze thesis geformuleerde pastoraal-theologische visie op aanraken (zie § 10.3 en § 10.4.2). Op basis hiervan wordt in deze thesis verondersteld dat een geestelijk verzorger – hoewel deze doorgaans minder tijd doorbrengt met een demente bewoner dan een verzorgende – óók een soort van ‘goed genoeg ouder’ kan zijn. De geestelijk verzorger zou zodoende zowel op basis van de eigen rol – als pastor dus – als op basis van de rol van goed genoeg ouder, de dementerende kunnen aanraken, hoewel die rollen natuurlijk niet te scheiden zijn.

Tenslotte is er in de besproken literatuur – hoewel niet altijd even duidelijk – aandacht geweest voor onderwerpen als ‘grenzen’ en ‘ruimte’ (zie § 13.3, § 13.4.1 en § 13.4.3). In de haptonomie zijn dit belangrijke begrippen (zie § 12.3.3). De omgang met grenzen en met ruimten bepaalt namelijk mede hoe het contact verloopt. Vandaar dat hier nogmaals de aspecten – gemoed, gevoel, grenzen en ruimte – van een haptonomische ontmoeting kort nagelopen worden, maar dan nu met dementerende ouderen op het oog:

- Gemoed → Dementerenden sluiten zich steeds meer af voor de omgeving omdat deze hoe langer hoe vreemder voor hen wordt. Ze worden passief. Tegelijkertijd staan ze wel open voor contact, maar stellen ze zich op dit gebied – net als baby’s – geheel afhankelijk op.
- Gevoel → In de haptonomie staat voelen centraal, inclusief de mogelijkheid om het gevoel uit te breiden naar mensen of naar voorwerpen. Het zal duidelijk zijn dat dit voor mensen met dementie op een gegeven moment niet meer opgaat. Wel is het zo dat ze in eerste instantie meer op hun gevoel afgaan, omdat hun denken hen in de steek laat. Later in het proces wordt dit voelen echter minder zuiver omdat informatie die via de zintuigen binnenkomt gekoppeld wordt aan oude emoties.
- Grenzen → Mensen met een verder gevorderd stadium van dementie hebben iemand nodig die hun ervaringen en emoties begrenst omdat ze er anders door overspoeld raken en / of zich er onveilig door gaan voelen. Van de andere kant gaat een hulpverlener ook snel over de grenzen heen, juist omdat ze zo weinig aankunnen en zich snel bedreigd voelen.
- Ruimte → In alle opzichten – materieel, psychologisch, innerlijk en interactioneel – wordt de ruimte voor dementerenden kleiner. Daarnaast kunnen ze geen duidelijk onderscheid meer aanbrengen tussen de verschillende zones om het lichaam heen.

Voor een geestelijk verzorger impliceert dit dat het ontmoeten – en dus ook het aanraken – van mensen met dementie anders is of kan zijn dan het ontmoeten van psychisch gezonde mensen. Het betekent in ieder geval dat de pastor degene is die eenzijdig de relatie moet opbouwen en onderhouden (zie § 4.1.4). Daarnaast is het van belang dat men de dementerende voorzichtig benadert om ze niet te overprikkelen en / of bang te maken, wat eerder vermeld is (zie § 9.1.3).

Hoogstwaarschijnlijk kun je (mede) hierdoor als geestelijk verzorger steeds minder terugvallen op je beroepsrol bij demente mensen. Laura Reedijk-Boersma en Axel Liégeois (zie § 10.3 en § 10.4.5) gaven aan dat mensen vaak iets van je verwachten op grond van je ambt en je deskundigheid, alsmede dat ze je dikwijls dichtbij laten komen als ze weten dat je pastor bent. Je beroepsrol kan dus heel erg helpen. Maar mensen met dementie zullen op den duur vermoedelijk niet meer beseffen dat je pastor bent. Het komt daardoor steeds meer aan op wie je bent als mens, oftewel op je *zijn*, wat overigens voor een geestelijk verzorger altijd heel belangrijk is.<sup>535</sup> Dit was trouwens al enigszins af te leiden van de presentiebenadering (zie § 10.3), waarin geopperd wordt dat het vooral gaat om wie je kunt *zijn* voor de ander, i.p.v. wat je kunt *doen* voor hem of haar. En ondermeer het aanraken kan ertoe bijdragen dat de focus in de zorgrelatie meer komt te liggen op het *zijn* dan op het *doen*, zo bleek uit de onderzoeken naar aanraken door verpleegkundigen (zie § 9.1.2)!

### **13.6 Besluit**

In deze thesis is gekozen voor een visie op dementie als een vorm van kinds worden, o.a. omdat het waarschijnlijk inzichten zou opleveren voor het aanraken van dementerende mensen (zie § 1.3). Op deze visie van dementie is in dit laatste verkennende hoofdstuk uitgebreid ingegaan aan de hand van boeken van Tom Kitwood (zie § 13.2), Bèrre Miesen (zie § 13.3) en Rien Verdult (§ 13.5). Zij benadrukken allen dat aanraken bij dementerende ouderen in toenemende mate noodzakelijk is om allerlei redenen, maar vooral vanwege de behoefte aan affectief bevestigend contact en aan veiligheid. Dit omdat mensen met dementie zich steeds angstiger voelen, steeds meer in een isolement terecht komen, en terugvallen op vroegkinderlijke behoeftes en wijzen van ervaren. Verpleegkundigen (zie § 9.1.1) en pastores (zie § 10.4.1) noemden deze beschermende en ontmoetende functie van aanraken veel minder, wat ook begrijpelijk is aangezien zij (in de meeste onderzoeken en reflecties) niet specifiek de dementerende mens op het oog hadden.

---

<sup>535</sup> Mes 2001, 39.

Het vermoeden is dus juist dat dementie opgevat als een soort van kindsheids goed samen gaat met de idee van aanraken als instrument om dementerende mensen te ontmoeten en te ondersteunen. Tegelijkertijd blijkt het aanraken van deze groep ook erg ingewikkeld te zijn door bepaalde ziektegerelateerde processen. Zo werd bijvoorbeeld – nogmaals (zie § 9.1.3) – duidelijk dat je heel snel over de grenzen van mensen met dementie heen gaat als gevolg van de toenemende gevoelens van onveiligheid. Het eerder in de thesis gehoorde idee dat aanraken toch vaak een kwestie van ‘trial and error’ is (zie o.a. § 10.3) lijkt dan ook zeer van toepassing.

In dit slothoofdstuk zagen we nog enkele andere vermoedens of theorieën – die eerder in de thesis aan bod zijn gekomen – bevestigd worden. Dankzij Bèrre Miesen is nu duidelijk dat hechtingspatronen (zie § 11.2) inderdaad van invloed zijn op het gedrag van mensen met dementie. En Rien Verdult (met name) heeft de idee (zie § 12.4) bekrachtigd dat het lichaam van dementerenden – specifiek het tastzintuig - de toegangspoort is voor contact. Hierover moet wel opgemerkt worden dat volgens hem niet alleen het cognitieve maar ook het lichaamsgeheugen oprolt. Dit is van belang aangezien hierdoor genuanceerd dient te worden dat mensen met dementie zich via het laatstgenoemde geheugen nog ‘van alles’ kunnen herinneren (zie § 12.4). Verdult heeft ook – onbedoeld en onbewust – de in deze thesis geformuleerde pastoraal-theologische visie op aanraken (zie § 10.4.2) onderschreven. Volgens hem hebben mensen met dementie namelijk een gehechtheidsfiguur nodig in de vorm van een zogenaamde ‘goed genoeg moeder’. En de eigenschappen die zo’n ‘moeder’ moet hebben – beschikbaar, sensitief en de beroepsrol op de achtergrond - komen exact overeen met de kernpunten van deze – op de presentiebenadering (zie § 10.3) gebaseerde – visie.

Tenslotte is een – nieuw – vermoeden opgeworpen (zie § 13.5) dat je als geestelijk verzorger bij mensen met dementie steeds minder kunt terugvallen op je beroepsrol, omdat ze daar geen besef (meer) van hebben. Je moet het bij hen waarschijnlijk vooral hebben van je *zijn*!



## **DEEL IV      CONCLUSIES**

Nu het verkennende deel (deel III) van de thesis is afgerond wordt terug gegaan naar de vraagstelling van het onderzoek. Deze luidt als volgt:

*Met welke manieren van aanraken kan een geestelijk verzorger zijn of haar betekenis voor iemand die lijdt aan dementie vergroten?*

De hoofdvraag is weer gesplitst in een aantal deelvragen:

- wat kan het betekenen voor mensen met dementie om aangeraakt te worden?
- wat kan het betekenen voor een geestelijk verzorger om aan te raken?
- welke aanrakingen passen bij het beroep van geestelijk verzorger?
- welke morele grenzen behoren door de geestelijk verzorger gerespecteerd te worden als het gaat om het aanraken van mensen met dementie?
- wanneer is het aanraken van mensen met dementie door een geestelijk verzorger in zorgethisch opzicht als goede zorg te beschouwen?

De thesis wordt afgerond met een hoofdstuk waarin deze vragen aan bod komen:

Hoofdstuk 14                      Conclusies



## **14 CONCLUSIES**

Voorafgaand aan de beantwoording van de vraagstelling van het onderzoek (§ 14.2) wordt kort de rode draad van de thesis weergegeven (§ 14.1). Het hoofdstuk wordt afgerond met suggesties voor vervolgonderzoek (§ 14.3).

### **14.1 Rode draad**

In de inleiding van de thesis is het probleem geschetst dat er in studies die opleiden tot het beroep van geestelijk verzorger, weinig of geen aandacht is voor mensen die aan dementie lijden. Hierdoor weten zij vaak niet goed hoe ze pastor kunnen zijn voor deze doelgroep. Geestelijk verzorger Jos Hettinga kwam met het voorstel om dementerenden via de “taal van de aanraking” te ontmoeten. Op dit voorstel is in deze thesis voortgeborduurd. Getracht is via een literatuurstudie meer te weten te komen over (de mogelijke betekenissen en voorwaarden van) het aanraken van mensen met dementie door geestelijk verzorgers. Naast een pastorale is hierbij (o.a.) ook een zorgethische invalshoek gekozen omdat – buiten het feit dat met deze thesis de master Zorgethiek en Beleid wordt afgerond – in de zorgethiek de vraag naar goede zorg centraal staat en het in dit literatuuronderzoek eveneens gaat om de vraag naar goede (pastorale) zorg.

Voordat het eigenlijke onderzoek startte zijn in deel I van de thesis de pijlers neergezet: dementie (hoofdstuk 1), geestelijke verzorging (hoofdstuk 2), aanraken (hoofdstuk 3) en zorgethiek (hoofdstuk 4). Dit heeft (o.a.) tot het inzicht geleid dat er toevallige, expressieve en ondersteunende aanrakingen zijn in de pastorale ontmoeting, welke ‘goed’ zijn als voldaan wordt aan de volgende definitie: aanraken is het fysieke, niet strikt noodzakelijke contact, dat niet gericht is op seksualiteit, met als doel om de ander te ontmoeten, waarbij hij of zij versterkt, ondersteund en bevestigd wordt. Betreffende de zorgethiek zijn de kernpunten – oog hebben voor het unieke van de situatie, afhankelijkheid, kwetsbaarheid en relationaliteit – weergegeven omdat deze mogelijk als zoeklicht fungeren voor het beantwoorden van de vraagstelling. Om dezelfde reden is ook Rieke Mes’ zielzorgconcept voor geestelijke zorg aan mensen met dementie behandeld.

In deel II is vervolgens de context van het onderzoek geschetst via de volgende onderwerpen: oudere en demente mensen in onze cultuur (hoofdstuk 5), het aanraken van mensen die lijden aan dementie (hoofdstuk 6), lichamelijke in pastorat en theologie (hoofdstuk 7) en aandacht voor communicatie met mensen met dementie (hoofdstuk 8). Hieruit bleek ondermeer dat dementie een zeer gevreesde – en daardoor met taboes omgeven - ziekte is, alsook dat dementerenden in het algemeen goed reageren op psychomotorische therapie en op snoezelen. Wat weer interessant is aangezien aanraken een belangrijk aspect binnen deze methodes is.

In deel II werd eveneens duidelijk dat mensen in zorginstellingen weinig ‘zomaar’ aangeraakt worden en dat aanraken een onderbelicht thema in theologie en pastoraat is.

Het zwaartepunt van de thesis is deel III. Hierin zijn de volgende thema’s verkend:

- Onderzoek naar het aanraken van ouderen en van mensen met dementie (hoofdstuk 9) → De gevonden onderzoeken richtten zich (met name) op aanraken door verpleegkundigen. Ze gaven tezamen een uitgebreid overzicht van de mogelijke betekenissen van lichamelijk contact. Tegelijkertijd hielp het verpleegkundig perspectief - dat in de onderzoeken werd ingenomen – om later in de thesis het eigene van het aanraken door pastores te benoemen.
- Aanraken in het pastoraat (hoofdstuk 10) → Uit de – met de nodige moeite - verzamelde 17 boeken en artikelen over aanraken in het pastoraat bleek dat geestelijk verzorgers (gedeeltelijk) andere aspecten van het aanraken benadrukken dan verpleegkundigen. De analyse van het materiaal resulteerde daarnaast – onbedoeld maar wel heel gewenst - in een pastoraal-theologische visie op aanraken.
- De huid als verbinding en begrenzing (hoofdstuk 11) → M.b.v. literatuur over het tastzintuig kon de pastoraal-theologische visie op aanraken nader uitgewerkt worden.
- Lichaamsgerichte therapieën (hoofdstuk 12) → Idem literatuur over gestalttherapie en over haptonomie.
- Dementie als ‘kinds worden’ (hoofdstuk 13) → In het laatste hoofdstuk is specifiek gezocht naar de waarde van aanraken bij mensen met dementie. Hierbij is uitgegaan van de visie van

dementie als een soort van ‘kindsheid’, mede omdat deze visie inzichten zou kunnen opleveren ten aanzien van de idee dat dementerende ouderen via het aanraken te ontmoeten zijn.

Het zijn vooral de bevindingen uit deze laatste vijf hoofdstukken waarmee de hoofd- en deelvragen van deze thesis beantwoord kunnen worden.

## **14.2 Beantwoording vraagstelling**

De hoofdvraag ‘*met welke manieren van aanraken kan een geestelijk verzorger zijn of haar betekenis voor iemand die lijdt aan dementie vergroten?*’ wordt beantwoord aan de hand van de vijf deelvragen. Afsluitend wordt teruggekomen op die hoofdvraag.

### **Deelvraag 1: Wat kan het betekenen voor mensen met dementie om aangeraakt te worden?**

Eerst komt de behoefte aan en de betekenis van aanraken voor mensen ‘in het algemeen’ aan bod, omdat van groot belang is hoe ‘aanrakerig’ men was vóórdat de diagnose dementie gesteld werd. Als mensen van te voren niet zo lichamelijk ingesteld waren is de kans namelijk groot dat zij het aangeraakt worden eveneens minder op prijs stellen als ze dement zijn. Wel is het zo dat mensen met dementie door de afnemende afweermechanismen hun al dan niet aanwezige behoefte aan affectieve aanrakingen minder verhuld laten zien, alsook dat door het ziekteproces de behoefte aan en de noodzaak ertoe bij velen alleen maar toenemen. Dit alles wordt nader uitgelegd wanneer we – in tweede instantie - toespitsen op het aanraken van mensen met dementie.

#### *Mensen in het algemeen*

Uit de literatuur over de huid als tastzintuig blijkt dat aanraken voor (kleine) kinderen een primaire levensbehoefte is; het is noodzakelijk voor de emotionele en lichamelijke ontwikkeling. Lichamelijk gezien zorgt aanraken voor de stimulatie van het centrale zenuwstelsel. Wat betreft het emotionele is aanraken van belang voor de hechting met de ouders / verzorgers, en daarmee ook voor de ontwikkeling van een eigen identiteit. Bij een onvolledige hechting ontstaan er later vaak problemen op het gebied van relaties en intimiteit omdat het evenwicht tussen verbinden en begrenzen – niet toevallig belangrijke functies van het tastzintuig – verstoord is.

Deze problemen kunnen (mede) verklaard worden doordat het met name ervaringen met aanrakingen uit de kindertijd zijn die bepalen welke associaties (prettig of juist niet) het aanraken en aangeraakt worden krijgen. En deze associaties spelen doorgaans een grote rol gedurende de rest van het leven. Dit wil zeggen dat op volwassen leeftijd de behoefte aan aanraken, alsook de wijze waarop aanrakingen geïnterpreteerd worden, voor een groot deel afhangen van de manier waarop je als kind bent aangeraakt. Tevens is van invloed hoe vaak je in je jeugd bent aangeraakt, in die zin dat een tekort hieraan ertoe kan leiden dat je later onvoldoende de verschillende soorten aanrakingen herkent. En je daardoor aanrakingen (meestal) heel snel als seksueel bestempelt, wat niet zo hoeft te zijn.

Naast (met name) de ervaringen in de kindertijd spelen ook culturele en seksspecifieke aspecten een rol in de beleving van het aanraken en aangeraakt worden. Zo is er in Nederland niet zo’n aanraakcultuur, en wordt aanraken – nog steeds, zij het vermoedelijk onder jongeren steeds minder – geassocieerd met vrouwelijkheid. Vandaar ook – zo blijkt uit onderzoek - dat vrouwelijke verpleegkundigen meer aanraken, en vrouwelijke patiënten meer aangeraakt worden. Dit geldt vermoedelijk eveneens voor vrouwelijke pastores en pastoranten. Overigens lijkt het erop dat de verschillen tussen de seksen qua aanraken niet enkel een kwestie is van rollenpatronen. Vrouwen zouden veel sterker op tactiele prikkels reageren dan mannen, die op hun beurt meer visueel ingesteld zouden zijn.

Voor volwassenen is het aanraken en aangeraakt worden geen primaire levensbehoefte meer. Wel is het vanuit haptonomisch perspectief van belang dat ook zij affectief bevestigd worden, en aanrakingen zijn de meest directe vorm om dit te doen. Daarnaast kunnen aanrakingen eveneens om therapeutische redenen ingezet worden, bijvoorbeeld om traumatische ervaringen te

verwerken. Het lichaam is namelijk drager van alle ervaringen en het tastzintuig is bij uitstek geschikt om het lichaamsgeheugen aan te spreken.

Met het ouder worden lijkt de behoefte aan het aanraken toe te nemen. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. In de eerste plaats worden ouderen – zeker in zorginstellingen – weinig ‘zomaar’ aangeraakt omdat steeds meer geliefden hen overlijden en omdat verpleegkundigen vooral functioneel aanraken. In de tweede plaats kunnen ze meer behoefte aan bevestiging hebben omdat ouderen in onze maatschappij niet meer echt meetellen. Ten derde zouden oudere mensen meer ‘huidhonger’ hebben. Als laatste oorzaak wordt hechtingsgedrag genoemd, dat ouderen – na kleine kinderen – aldus John Bowlby het meeste zouden vertonen omdat ze zich door de met de ouderdom gepaard gaande verliezen (ziekte, overlijden van familie, opname in een zorginstelling e.d.) vaker onveilig voelen. Wat ook meteen verheldert waarom mensen in nood voorwerpen of personen willen aanraken waarvan ze hulp of redding verwachten. Een geestelijk verzorger dient derhalve ‘aanraakbaar’ te zijn!

Aangaande dit hechtingsgedrag is het overigens goed om op te merken dat volwassenen – en dus ook ouderen en dementerenden – dit meestal enkel vertonen als ze hier vanuit hun jeugd goede ervaringen mee hebben opgedaan. Mensen die veilig gehecht zijn, zijn geneigd om anderen op te zoeken in moeilijkheden. Zij zijn doorgaans ook benaderbaar en te troosten. Mensen die daarentegen onveilig gehecht zijn vragen niet om hulp, of wantrouwen de gevraagde hulp. Met als gevolg dat zij pijnlijke gebeurtenissen doorgaans moeilijker verwerken en ook voor hulpverleners lastiger te bereiken – en dus ook aan te raken – zijn.

Inzake ouderdom is er nog een punt dat aandacht verdient: seksualiteit. Ook ouderen kunnen aanrakingen als erotisch ervaren; het is een illusie om te denken – zoals sommige pastores die we in de thesis zijn tegengekomen – dat zij geen seksuele gevoelens zouden hebben. Wel is het zo dat hun seksuele respons trager werkt, waardoor aanrakingen in het algemeen minder snel een dergelijke lading krijgen. Bij mensen met dementie gaat dit evenwel niet altijd op, wat zo meteen nog aan de orde komt.

Betreffende de mogelijk (positieve) betekenissen van aanrakingen, is in deze thesis dankbaar gebruik gemaakt van de vijf dimensies van aanraken die Sung OK Chang in de zorg heeft onderscheiden. Aanraken bevordert volgens hem zowel het fysieke, het emotionele als het mind-body welzijn. Daarnaast kan het een spirituele dimensie oproepen, alsook de rollen van zowel zorgverlener (de helper) als patiënt (de hulpbehoevende) in gunstige zin bevestigen. Wel moet bedacht worden dat de positieve effecten voor tenminste een deel op het conto van de – als het goed is – met de aanraking gepaard gaande aandacht geschreven kan worden!

Aanrakingen kunnen echter ook negatief uitpakken. Ze kunnen – ondanks de meestal goede bedoelingen – als o.a. vernederend, respectloos, bagatelliserend en agressief beleefd worden. Dit hangt van veel factoren af. Het kan – zoals hierboven beschreven – in het individu zelf liggen of in de cultuur, maar ook in de situatie. De persoon die wil aanraken is bijvoorbeeld niet vertrouwd genoeg. Ook wanneer het verdriet té groot is, worden aanrakingen vaak niet verdragen.

### *Mensen met dementie*

Voor mensen met dementie zijn vooral de fysieke en de emotionele functies van aanraken van belang. Uit allerlei – meer of minder wetenschappelijke correcte – onderzoeken blijkt dat massage en andere vormen van tactiele prikkeling o.a. de pijn verminderen en voor ontspanning zorgen. Ook lijkt het erop dat de cognitieve vermogens er minder snel door achteruitgaan, mits deze achteruitgang (minstens gedeeltelijk) veroorzaakt wordt door een tekort aan stimulatie.

Het emotionele comfort wordt door het aanraken bevorderd omdat het bevestigend, geruuststellend, troostend e.d. is, alsook omdat de relatie tussen zorgverlener en bewoner er doorgaans door verbetert. Verpleegkundigen gaan bijvoorbeeld als gevolg van het aanraken veel meer de persoon achter de oudere en / of dementerende zien.

Betreffende het emotionele comfort is voor mensen met dementie ook de veiligheidsbiedende / beschermende functie van aanraken zeer wezenlijk. Het dementieproces wordt immers gekenmerkt door toenemende gevoelens van angst en onveiligheid, vanwege het feit dat alles wat

vertrouwd en geliefd is verloren gaat. Daarnaast is ‘veiligheid’ een thema dat kan opspelen als gevolg van de omkering van de levensloop.

Voor dementerende ouderen is eveneens de contactfunctie van aanraken essentieel omdat zij door het wegvallen van hun geestelijke vermogens steeds meer op hun zintuigen terugvallen en ze op den duur in een niet zelfverkozen isolement terecht komen. En dat isolement kan (enigszins) doorbroken worden door het aanraken, omdat het tastzintuig heel lang ‘open’ blijft. Bovendien is het via de tast te bereiken lichaamsgeheugen – dat trouwens ook achteruit gaat – sterker dan het cognitieve geheugen. Tenslotte geldt ook hier dat de behoefte aan (bevestigend) contact heel erg op de voorgrond kan komen te staan door het steeds meer ‘kinds’ worden van de dementerende. Het lichaam – specifiek het tastzintuig – is dus feitelijk in toenemende mate de toegangspoort tot mensen met dementie.

Uit dit alles blijkt dat aanraken bij deze doelgroep heel goed uit kan pakken, wat mooi aansluit bij de in deze thesis geformuleerde definitie van aanraken, alsook bij het zorgethische gedachtegoed (waar specifiek op ingegaan wordt bij de laatste deelvraag). Maar terwijl bij gezonde mensen het aanraken al ingewikkeld kan zijn door de persoonlijke, culturele en situationele factoren, is bij dementerenden helemaal voorzichtigheid geboden. Het kan namelijk ook veel kwaad doen. Zo ga je bij mensen met dementie heel snel over hun grenzen heen, omdat de wereld hoe langer hoe vreemder voor hen wordt. Op een gegeven moment is hun persoonlijke ruimte vaak niet groter dan het eigen bed. En ze kunnen agressief (vechten) of apathisch (vluchten) worden wanneer ze het gevoel hebben dat dit territorium binnengedrongen wordt. Concreet kun je dementerenden met aanraken dus ook overprikkelen, waardoor ze nog harder achteruitgaan.

Daarnaast kunnen er nog andere – ziektegerelateerde – symptomen zijn die maken dat het aanraken van mensen met dementie complex is, in die zin dat het lastig is om in te schatten hoe het geïnterpreteerd wordt. Ze kunnen namelijk door de omkering van de levensloop seksuele verlangens herbeleven die ze als persoon van jeugdige of middelbare leeftijd hadden, alsook het eventuele gemis aan aanrakingen in de kindertijd. Er kan eveneens sprake zijn van persoonsverwarring, waardoor ze een zorgverlener of medebewoner voor een (oude) geliefde aanzien. Verder zijn sommige dementerenden seksueel ontremd. Bijna allemaal hebben ze bovendien moeite met het onderscheiden van de verschillende – intieme, sociale en publieke zones – van het lichaam. Tenslotte representeren ontvangen prikkels, waaronder aanrakingen, steeds minder de werkelijkheid (het hier-en-nu) naarmate het dementieproces voortschrijdt. In plaats daarvan komen oude en onbewuste emoties op de voorgrond te staan als gevolg van het afnemende vermogen om de via de zintuigen verkregen informatie te interpreteren.

## Deelvraag 2: Wat kan het betekenen voor een geestelijk verzorger om aan te raken?

Ook hier geldt dat in de thesis eerst aandacht is geweest voor aanraken in het pastoraat in het algemeen, alvorens dit vertaald is naar mensen met dementie.

### *Aanraken in het pastoraat*

In het gevonden materiaal over aanraken in het pastoraat viel het op dat er nog maar weinig over dit onderwerp gereflecteerd is, alsook dat regelgeving hieromtrent vanuit de beroepsvereniging niet veel opheldering biedt. Aanrakingen van zowel de pastor als de pastorant mogen – naar redelijke verwachting – niet door de ander als seksueel beleefd worden. Maar het is nu eenmaal lastig om de interpretatie van die ander in te schatten. Sommigen kiezen daarom voor de meest veilige weg en vermijden elk lichamelijk contact. Vanwege de helende effecten van aanraken – waar iedereen het wel over eens is – vinden velen dit echter een verschraling. Te meer omdat er in het pastoraat vrijwel altijd sprake is van een zekere spanning tussen afstand en nabijheid. En in het (al dan niet) aanraken deze spanning zich wellicht verdicht. Hoe dan ook, de teksten over aanraken in het pastoraat zitten wat dit betreft bijna allemaal op één lijn; niet op de afstandelijke poot gaan zitten, maar het zien uit te houden in de spanning, en mensen wél aanraken als de situatie daarom vraagt. Ook al gaat het dan soms fout. Pastores werkzaam in de psychiatrie – waar het dikwijls helemaal lastig is om aan te voelen hoe de ander op de aanraking zal reageren – schrijven in dit kader heel mooi dat aanraken vaak een kwestie is van “trial and error” en dat een pastor zich “verstandig moet riskeren”. Dit advies geldt eigenlijk voor elke doelgroep. En

dus ook voor gezonde mensen en voor mensen met dementie. Want bij deelvraag 1 is reeds duidelijk geworden dat iedereen – vanuit de eigen levensgeschiedenis – anders met aanraken omgaat.

Voor zowel verpleegkundigen als voor geestelijke verzorgers is de emotionele dimensie van aanraken zeer belangrijk; beide beroepsgroepen noemen het bevestigen, het troosten, het nabij zijn, het tot rust laten komen e.d. Verpleegkundigen hebben het daarnaast veelvuldig over de fysieke effecten van aanraken, zoals het verminderen van pijn. Dit is ook logisch aangezien zij vanuit hun vakgebied veel meer dan pastores op het fysieke zijn ingesteld. Voor de laatstgenoemde staan daarentegen de spirituele dimensie, alsook de dimensie van de sociale rol meer centraal. Wat betreft de spirituele dimensie is de intentie om via het aanraken Gods nabijheid letterlijk te laten voelen. Uit de reflecties op aanraken door enkele pastores blijkt overigens dat men dan vaak kiest voor een zegening met handoplegging. Op die manier wordt op een meer rituele manier Gods aanwezigheid gerepresenteerd. Slechts bij enkele pastores was te lezen dat zij ditzelfde op informele wijze proberen te bewerkstelligen, dus door ‘zomaar’ aan te raken. Met de ‘sociale rol’ bedoelt Sung OK Chang dat aan een beroepsrol bepaalde verwachtingen kleven. Het gaat in deze thesis dan om de vraag of een geestelijk verzorger verwacht wordt dat hij of zij aanraakt, danwel zich laat aanraken. Hoewel de meningen hierover verschillen, lijkt er onder pastores grote consensus te zijn over het aanraken van zieken, van intens verdrietige mensen en van mensen die niet meer kunnen praten. En dit zijn dikwijls ook de mensen die er behoefte aan hebben om – omgekeerd – personen aan te raken van wie ze hulp of redding verwachten, wat zoals vermeld (ten dele) als hechtingsgedrag gezien kan worden. Het is ook niet vreemd dat juist pastores aangeklampt worden, aangezien zij zowel deskundig zijn als representant van God of van ‘het Hogere’. En dit maakt dat ze dikwijls heel dichtbij mensen mogen komen. Op grond van hun functie krijgen ze bij voorbaat dus al veel vertrouwen, hoewel dit bij mensen met dementie vermoedelijk steeds minder op gaat als gevolg van de cognitieve stoornissen. Dan moet men het steeds meer hebben van het eigen *zijn*, wat voor een geestelijk verzorger overigens altijd al belangrijk is.

Een ander verschil met de verpleegkundigen is dat geestelijk verzorgers de gevaarlijke kanten van aanraken aanzienlijk meer benadrukken. Dit heeft enerzijds te maken met de – vaak – kwetsbare positie van de pastorant. Anderzijds wordt gedoeld op de altijd aanwezige asymmetrie in de pastorale relatie, waarover meer bij de laatste deelvraag over de zorgethiek. Verder is er meer aandacht voor het feit dat aanrakingen ambivalent zijn en dat de beleving ervan afhangt van aspecten als leeftijd, geslacht, geaardheid, burgerlijke staat, toekomstverwachtingen, culturele achtergrond e.d. In ditzelfde verband is ook het vermoeden geuit dat aanraken in een zorginstelling makkelijker is dan op de parochie of bij mensen thuis, omdat het contact in de eerstgenoemde setting binnen vastomlijnde kaders plaats vindt.

Wat verder opvalt aan het materiaal over aanraken in het pastoraat, is dat de pastores veelal intuïtief en spontaan aanraken, waarbij de eigen behoefte aan lichamelijk contact meespeelt. Hier is niets mis mee, aangezien ‘sensitiviteit’ zowel vanuit pastoraal als zorgethisch perspectief belangrijk is om zowel op jezelf als op de ander af te stemmen. Wel is het uitdrukkelijk noodzakelijk dat je besef hebt van je eigen motieven om aan te raken, alsook dat de pastorant centraal blijft staan.

Daarnaast is het zo dat er van geestelijke verzorgers – hoogopgeleide professionals – verwacht mag worden dat er een theoretisch concept of visie aan het aanraken ten grondslag ligt. Niet dat de indruk gewekt is dat er ‘zomaar wat gedaan wordt’, aangezien de reflecties op het eigen aanraken door enkele pastores laat zien dat men wel degelijk (tacet) weet of aanvoelt wanneer een aanraking gepast is, al gaat het dan weleens fout.

Hoewel een pastoraal-theologische visie op aanraken niet het doel was van deze thesis, ontstond er als het ware vanzelf zo’n visie na het (in deze volgorde) bestuderen van:

- Rieke Mes’ zielzorgconcept van geestelijk zorg aan mensen met dementie, waarin staat dat non-verbale communicatie belangrijk is, alsook het-in-relatie-gaan-staan omdat alleen zo het “persoon-zijn” van de ander onthuld kan worden;
- Madeleine Timmermanns analyse van dementie als een zeer gevreesde ziekte;

- De conclusie van Jan Baars dat ouderen in onze maatschappij “weggestopt worden”;
- Tom Kitwoods stelling dat anderen die met de dementerende in relatie staan, de “person-hood” van diegene versterken;
- Andries Baarts essay over aandacht, waarin hij aandacht als een “scheppingsdaad” ziet dat mensen “tevoorschijn” roept, weer een identiteit geeft e.d.;
- De verpleegkundigen, die in de onderzoeken naar het aanraken aangaven dat ze hierdoor de mens achter de zieke, oudere en / of dementerende gaan zien;
- De (analyse van de) genezingsverhalen van Jezus, waarin hij door aan te raken niet alleen de ziekte geneest, maar vóóral deze – onaanraakbare, verstoten en tot de bedelstaf veroordeelde – mens zijn of haar sociale positie, identiteit en waardigheid teruggeeft;
- De theorie van de presentie, waarin te lezen is dat pastores in achterstandswijken relaties aangingen met mensen – “sociaal overbodigen” – die niet in tel waren, om ze te bevestigen door ze te laten voelen dat ze er wél mogen zijn;
- De in de haptonomie belangrijke bevestigingsleer van psychiater Anna Terruwe, welke inhoudt dat bevestiging nodig is voor de “psychische menswording”.

Het verband dat tijdens het lezen van deze – overigens zeer verschillende – bronnen opdoemde, is dat aanraken (mede) mensen tevoorschijn kan halen, en dat dit voor dementerenden heel belangrijk is omdat hun positie in onze maatschappij vergelijkbaar is met de verstotenen uit het evangelie, alsook met de sociaal overbodigen uit de achterstandswijken!

En deze constatering maakte de weg vrij om de door Andries Baart op het spoor gekomen presentiebenadering als fundament te nemen voor een pastoraal-theologische visie op aanraken, ondanks dat hij die benadering niet beschreven heeft voor dit doel. Kort gezegd bestaat deze visie uit drie centrale ‘elementen’ van de presentiebenadering:

1. Aandachtige betrekking → In de presentiebenadering staat de betrekking of de relatie voorop (daarom is ze ook een vorm van zorgethiek). En deze betrekking haalt de ander tevoorschijn, zoals te zien was bij de pastores in de achterstandswijken. Specifiek via het aanraken kan volgens Baart de al ontstane of nog te ontstane relatie op een fysieke manier bevestigd worden. Met als gevolg dat de ander durft te laten zien waar hij of zij mee kampt. *Iemand* aanraken is namelijk ook *de kwestie* aanraken, zo heeft Baart laten zien.
2. Wie kan ik voor de ander zijn (inschrijfbare rol) → Het gaat in de presentiebenadering vooral om de vraag wie je voor de ander kunt *zijn*, in plaats van wat je voor die ander kunt *doen*. Wat weer betekent dat je je niet moet vastpinnen op je beroepsrol, maar posities inneemt die op dat moment nodig zijn voor de ander. In de praktijk komt het dikwijls voor dat die posities bestaan uit lege plekken rondom de pastorant. Zo trad de door Baart bestudeerde pastor “Anne” in de achterstandswijk vaak tijdelijk op als o.a. de afwezige moeder, zus, tante of buurvrouw. Wanneer we dit idee ‘toepassen’ op oudere mensen (en dus ook op dementerenden) dan kan een geestelijk verzorger – in de wetenschap dat ouderen doorgaans nog maar weinig worden aangeraakt door het wegvallen van geliefden – door affectief aan te raken enigszins de ontstane lege plekken proberen op te vullen. De pastor kan zodoende dus de ander aanraken zoals een vriend(in) of familielid dit zou doen, ook al past dit op het eerste oog wellicht niet bij de beroepsrol. Maar de eerder gestelde vraag of aanraken bij de functie van een geestelijk verzorger hoort, is door de notie van een inschrijfbare beroepsrol niet zo relevant meer. Wat telt is dat gedaan wordt wat nodig is. Overigens kan het (in principe tijdelijk) innemen van rollen wel risico’s met zich mee brengen aangezien je niet de vriend of zus of wat dan ook van de pastorant bent, terwijl hij of zij wel ontzettend aan je kan hechten en verwachtingen van de relatie kan hebben. Ook Baart benoemt dus de spanning tussen afstand en nabijheid. En het is deze nabijheid volgens Baart, die zowel de grootste waarde als de grootste valkuil is van het pastoraat! Wat maakt dat een geestelijk verzorger het zoals vermeld moet zien uit te houden in die spanning.
3. Gevoel voor subtiliteit → Baart schrijft dat je als pastor gevoelig moet zijn voor signalen, alsook tussen de regels door moet kunnen lezen. Sensitief zijn is dus een heel belangrijke eigenschap voor een presentiebeoefenaar, en uit de reflecties van verschillende pastores blijkt dat dit eveneens opgaat voor het aanraken. Al eerder lasen we dat men vaak afgaat op de eigen intuïtie. Enkele pastores concretiseren dit en geven aan dat je pas in staat bent om goed (non-verbaal) te communiceren, als je voeling hebt met je eigen lijf!

De presentiebenadering maakt al met al inzichtelijk dat aanrakingen een plaats hebben in het pastorale contact, zonder dat dit overigens betekent dat er altijd aangeraakt moet worden. Verder laat de benadering zien wat aanrakingen (o.a.) kunnen doen, namelijk een relatie bevestigen of uitbouwen, de leegte opvullen, en de ander aanmoedigen om zichzelf te openen.

De op de presentiebenadering gebaseerde pastoraal-theologische visie op aanraken is – met name wat betreft het subtiel worden – later in de thesis geconcretiseerd met behulp van literatuur over zowel het tastzintuig als over lichaamsgerichte therapieën. Studies over het tastzintuig maakten duidelijk wat reeds bij de beantwoording van deelvraag 1 aan bod is gekomen. Gedoeld wordt op kennis over de behoefte aan aanraken, die blijkt te verschillen naar gelang leeftijd, sekse, cultuur, hechtingspatroon, identiteitsontwikkeling e.d. Betreffende de lichaamsgerichte therapieën is onderzoek verricht naar de gestalttherapie en de haptonomie. Dit heeft een begrippenkader opgeleverd – o.a. ‘gewaarzijn’, ‘lichaamsstructuur’, ‘grenzen’ en ‘ruimte’ – dat een geestelijk verzorger kan helpen om gevoeliger te worden voor ondermeer het gebruik van de zintuigen, de houding van het lichaam, de vaak voelbare sfeer, voor het jezelf openen en afsluiten voor mensen. Het maakt inzichtelijk dat een pastor niet alleen moet *luisteren* – zoals in de meeste opleidingen benadrukt wordt – maar ook behoort te *voelen*! Uit haptonomische bronnen was overigens al eerder in de thesis geput omdat hierin – net zoals in de vraagstelling – de affectieve aanraking centraal staat. Deze aanraking wordt in de haptonomie evenwel niet als doel op zich gezien, maar als middel om iets uit te drukken of te bereiken. Wat ook zo voor pastores zou moeten zijn.

#### *Het aanraken van mensen met dementie door geestelijk verzorgers*

Vervolgens is met de pastoraal-theologische visie in het achterhoofd op zoek gegaan naar aanknopingspunten voor het aanraken van mensen met dementie. Hiervoor is uitgegaan van een visie van dementie als een soort van terugkeer naar de kindertijd omdat dit goed weergeeft wat er in het dementieproces gebeurt, én omdat we met kleine kinderen vooral communiceren door ze aan te raken.

Hieruit kwam naar voren – wat bij deelvraag 1 al te lezen is – dat mensen met dementie meer en meer behoefte krijgen aan veiligheid, bescherming en contact. Opvallend is dat zowel de verpleegkundigen als de pastores hier amper aan gedacht hebben toen ze reflecteerden op de mogelijke functies van aanraken. Wat voor een deel verklaard kan worden doordat ze niet of niet specifiek dementerenden op het oog hadden.

Ook werd duidelijk dat mensen met dementie, aldus Bère Miesen, een “gehechtheidsfiguur” nodig hebben. Dementerenden vertonen namelijk steeds meer nabijheidzoekend gedrag als gevolg van het – door de geheugenstoornissen – wegvallen van affectieve banden met geliefden, alsook door de toenemende gevoelens van angst en onveiligheid. Rien Verdult heeft dit idee van een gehechtheidsfiguur geconcretiseerd in de zogenaamde “goed genoeg moeder”, waarvoor overigens vermoedelijk beter de term ‘goed genoeg ouder’ gebruikt kan worden omdat er ook mannelijke zorgverleners zijn.

Deze goed genoeg moeder – in de regel een verzorgende, maar waarom zou het geen pastor kunnen zijn? – probeert veiligheid te bieden en bedreigingen van buitenaf af te wenden door nabij te zijn en door ervaringen te structureren en te begrenzen. Ook maakt hij of zij ruimte voor emoties, om die vervolgens – alweer – te begrenzen. Tenslotte wordt getracht het isolement te doorbreken door contact aan te bieden. Bij al deze taken wordt er niet zelden aangeraakt. Het fysieke vasthouden – denk aan kinderen – kan namelijk nodig zijn om te beschermen, te begrenzen en te troosten. En zoals inmiddels bekend is het haptische kanaal bij uitstek geschikt om mensen met een verder gevorderd stadium van dementie te bereiken en te ontmoeten.

Verdult heeft, behalve de taken, ook beschreven wat voor eigenschappen een goed genoeg moeder behoort te bezitten. Zij (hij) dient volgens hem sensitief te zijn voor de noden van de mens die lijdt aan dementie, alsook beschikbaar zodat er een affectieve band kan ontstaan. En hiervoor is het weer nodig dat men zich niet vastpint op, danwel vlucht in de beroepsrol. Verrassend genoeg komen deze eigenschappen – sensitief zijn, beschikbaar zijn en de beroepsrol op de

achtergrond - exact overeen met de zojuist beschreven aspecten van de presentiebenadering, en daarmee van de in deze thesis geformuleerde pastoraal-theologische visie op aanraken!

Op basis hiervan is in de thesis de veronderstelling geuit dat een geestelijk verzorger – hoewel deze doorgaans minder tijd met een dementerende oudere doorbrengt dan een verzorgende – náást pastor tegelijkertijd een soort van goed genoeg ouder kan zijn. Wat betekent dat hij of zij enerzijds als pastor – op basis van de pastoraal-theologische visie op aanraken – tot lichamelijk contact kan overgaan. Mits dit uiteraard past bij de situatie en bij de doelen van het bezoek (ontmoeten, versterken, ondersteunen en / of bevestigen). Anderzijds zou er aangeraakt kunnen worden in de hoedanigheid van goed genoeg ouder, hoewel deze rollen in de praktijk niet van elkaar te scheiden zijn.

### Deelvraag 3: Welke aanrakingen passen bij het beroep van geestelijk verzorger?

Het gaat in deze thesis over informele aanrakingen, oftewel om ‘non-necessary touch’. Dit zijn aanrakingen die vanuit verpleegkundig perspectief strikt genomen niet noodzakelijk zijn voor het verrichten van een bepaalde taak, maar die wel veel goeds kunnen doen voor een patiënt. Vertaald naar geestelijke verzorging betreft het informele aanrakingen die ‘spontaan’ en ‘zomaar’ gegeven worden, maar die wel moeten voldoen aan de in het begin van deze literatuurstudie geformuleerde definitie van aanraken. Die definitie – welke met name gebaseerd is op de visies op aanraken van theoloog Axel Liégeois en van haptonoom Bob Boot – luidt: aanraken is het fysieke, niet strikt noodzakelijke contact, dat niet gericht is op seksualiteit, met als doel om de ander te ontmoeten, waarbij hij of zij versterkt, ondersteund en bevestigd wordt. Voor alle duidelijkheid is er in deze thesis dus geen aandacht besteed aan de handoplegging bij de ziekenzegen of ziekenzalving.

Anders dan verpleegkundigen raken pastores alleen lichaamsdelen aan waar ze direct bij kunnen, zoals handen, armen, schouders, wangen en het hoofd. De pastorant hoeft zich dus niet te ontbloten. Een uitzondering hierop vormt de suggestie uit één artikel om, net zoals Jezus, de ander een weldadig voetbad te geven.

De genoemde lichaamsdelen worden gestreeld, vastgehouden en / of ontvangen een ‘kameraadschappelijke klap’. Één pastor kuste ook – oudere - mensen.

Opvallend is dat geen van de pastores het over de mogelijkheid om te masseren heeft. Uit onderzoek naar o.a. het snoezelen en naar het zogenaamde Namaste Care Programma blijkt namelijk dat dit (doorgaans) gunstige effecten op mensen met dementie heeft. En ook Tom Kitwood – die van grote invloed is geweest op het vestigen van het psychosociale perspectief op dementie – noemt masseren als mogelijke interactievorm met mensen met deze ziekte.

Nu is het wel zo dat de genoemde methodes en interventies in de regel door verzorgenden en verpleegkundigen worden toegepast, maar waarom zou een geestelijk verzorger niet zachtjes de handen of de schouders van een bewoner kunnen masseren?

Toen het door de pastores beschreven fysieke contact vergeleken werd met de soorten aanrakingen die Axel Liégeois in het pastoraat onderscheidt, werd er nóg iets opmerkelijks bespeurd. Pastores blijken namelijk vooral ‘expressief’ aan te raken. Dit zijn aanrakingen die bedoeld zijn om een gevoel uit te drukken, zoals genegenheid of bemoediging. Voorbeelden hiervan zijn het vast houden van een hand of het geven van een schouderklopje. Ondersteunende aanrakingen daarentegen, waaronder het vasthouden of omhelzen van iemand, vindt men meestal te ver gaan. Alleen in uitzonderlijke situaties doet men dit, zoals wanneer de ander diep bedroefd is.

De vraag die hier rijst of deze ‘uitkomst’ stand had gehouden als de pastores die gereflecteerd hebben op het aanraken, zich gefocust hadden op mensen met dementie. Waarschijnlijk hadden ze dan ondersteunende aanrakingen vaker genoemd omdat deze volgens Liégeois veiligheid en bescherming bieden bij onaangename en confronterende ervaringen. En juist dementerenden zijn heel erg op zoek naar die veiligheid en bescherming vanwege het feit dat de wereld voor hen steeds vreemder wordt. Het fysieke vasthouden en omhelzen komt daarom vermoedelijk verhoudingsgewijs vaker voor en zal ook meer nodig zijn bij deze doelgroep. Te meer omdat de

behoefte aan lichamelijk contact in de regel óók nog toeneemt als gevolg van het kinds worden, én deze behoefte minder verhuld wordt door de afnemende afweermechanismen.

Deelvraag 4: Welke morele grenzen behoren door de geestelijk verzorger gerespecteerd te worden als het gaat om het aanraken van mensen met dementie?

Deze deelvraag is breder getrokken, in die zin dat er in de bestudeerde literatuur naast grenzen vooral veel - meer of minder expliciete - voorwaarden genoemd zijn m.b.t. het aanraken. Deze voorwaarden (inclusief grenzen) zijn onder te brengen in zeven thema's: 'relatie', 'houding', 'vaardigheden', 'intentie', 'sfeer', 'aandachtspunten' en 'instemming'. De meeste voorwaarden zijn overigens afkomstig uit enerzijds de onderzoeken naar het aanraken door verpleegkundigen, anderzijds uit de reflecties over aanraken in het pastoraat. En dit maakt duidelijk waarom slechts enkele van die voorwaarden exclusief over mensen met dementie gaan.

### *Relatie*

De verpleegkundigen vinden het belangrijk dat aanrakingen plaatsvinden in de context van een relatie. Dit omdat het aanraken een bepaalde mate van nabijheid, intimiteit en vertrouwen vereist, wat doorgaans tijd kost. Dit klinkt logisch. Opvallend genoeg benoemen de meeste pastores het relationele aspect van het aanraken niet eens, of alleen het asymmetrische aspect ervan. Dit is echter niet zo vreemd wanneer je je bedenkt dat een geestelijk verzorger vaak – op grond van diens beroepsrol – bij voorbaat al vertrouwen krijgt van de ander. En dit verklaart ook waarom in situaties waarin pastor en pastoraat elkaar maar één keer treffen - zoals dikwijls in het ziekenhuis - er toch diepgang bereikt kan worden, en aanrakingen een plaats kunnen hebben. Daarnaast heeft Andries Baart laten zien dat aanrakingen niet alleen een fysieke bekrachtiging zijn van wat je met elkaar op hebt, maar eveneens wat van je met elkaar op kúnt hebben. Aanrakingen kunnen dus óók het begin zijn van een relatie, hoe lang of kort die ook duurt!

Bij mensen met een verder gevorderd stadium van dementie krijgt het begrip 'relatie' een wat andere inhoud. Het wederkerige aspect ervan gaat immers steeds meer verloren door de toenevende geheugenstoornissen. Dit betekent dat je als geestelijk verzorger eenzijdig de relatie moet proberen op te bouwen en te onderhouden, met de wetenschap dat de dementerende je bij de volgende ontmoeting wellicht niet meer herkent. Je kunt dus steeds minder terugvallen op de bestaande relatie. Hetzelfde geldt voor je beroepsrol. Dat je pastor bent zal hen op een gegeven moment vermoedelijk niet zo veel meer zeggen. Met als gevolg dat je het steeds meer moet hebben van je eigen *zijn*, wat voor een geestelijk verzorger overigens altijd al belangrijk is. Bij mensen met dementie is dit waarschijnlijk helemaal belangrijk, aangezien ze zich afsluiten voor de voor hen hoe langer hoe vreemder en onveiliger wordende wereld. Het maakt dat je ze heel voorzichtig moet benaderen, gevoelig als ze zijn voor het overschrijden van de grenzen van hun territorium (zie deelvraag 1). Tegelijkertijd staan ze trouwens wel open voor contact, mede omdat het ziekteproces hen steeds meer isoleert. Maar net als baby's stellen ernstig dementerenden zich voor dat contact geheel afhankelijk op van anderen.

### *Houding*

De aanraking behoort met zorg, aandacht en respect gegeven te worden; het mag geen techniek worden. Hiervoor dien je je volledig te focussen op de bewoner en op het hier-en-nu. Bij signalen dat het lichamelijk contact niet als prettig ervaren wordt moet je direct te stoppen. Opletten en zorgvuldigheid zijn dan ook noodzakelijk.

Voor een geestelijk verzorger – eigenlijk voor elke zorgverlener – is daarnaast een houding van echtheid, integriteit en van nabijheid (met behoud van enige afstand zonder afstandelijk te zijn) belangrijk. Betreffende de omgang met mensen met dementie - of dit nu het aanraken betreft of niet – kan hier nog aan toegevoegd worden dat je de wat Rien Verdult de “demente wereld” noemt accepteert.

## *Vaardigheden*

Een geestelijk verzorger dient altijd (o.a.) fijngevoelig, invoelend, luisterend en bescheiden te zijn, wat ook blijkt uit de presentiebenadering. ‘Gevoel voor subtiliteit’ werd hierin namelijk als centraal element naar voren geschoven. De twee andere – voor deze thesis interessante – elementen van die benadering zijn ‘het aangaan van een aandachtige betrekking’ en de ‘inschrijf-bare beroepsrol’. Hiervoor is het nodig dat je beschikbaar bent en dat je je niet vastpint op of vlucht in de eigen beroepsrol.

Specifiek voor het aanraken is het noodzakelijk dat je jezelf, de ander en de situatie lijfelijk aanvoelt. Daarnaast is het van belang dat je lichamelijk bent ingesteld, waarmee bedoeld wordt dat het aanraken bij je moet passen. Tussen geestelijk verzorgers zijn er namelijk (óók) grote verschillen in het al dan niet tactiel zijn, op basis van de eigen levensgeschiedenis. Als je zelf niet zo van het aanraken bent, dan is de kans groot dat de ander dat voelt en dat het daardoor ook niet als prettig ervaren wordt. Wat overigens niet wil zeggen dat de betreffende pastor het daar dan bij moet laten; vanwege de helende aspecten van het aanraken lijkt het wenselijk om in supervisie de eigen houding ten opzichte van aanraken te gaan verkennen.

Aangaande dementie behoor je volgens Rien Verdult het miskende kind in jezelf herkennen, omdat je anders het miskende kind van de dementerende – dat door het ziekteproces naar boven komt – evenmin herkent. Met behulp van Tom Kitwood kan dit overigens wel wat genuanceerd worden; het is bij mensen met dementie eveneens van belang om het spelende en erkende kind in jezelf op te roepen

## *Intentie*

Over de intentie van het aanraken kunnen we heel kort zijn. Uit de in thesis geformuleerde definitie van aanraken is namelijk op te maken dat de aanraking gericht moet zijn op het ontmoeten, versterken, ondersteunen en bevestigen van de ander. Het gaat er met andere woorden om dat je deze ander wilt helpen en dat je zijn of haar behoeften voorop zet.

## *Sfeer*

Zowel de bewoner als de zorgverlener moeten zich onder het aanraken comfortabel (blijven) voelen. Hiervoor is het – voor beide partijen - nodig dat men de idee heeft in controle te zijn. De zorgverlener heeft echter te allen tijde de verantwoordelijkheid. Hij of zij is dus degene die veilig en vertrouwd behoort over te komen, alsook voor een sfeer van rust, van warmte en van waardigheid zorgt. Door de verpleegkundigen werd ook nog het creëren van een figuurlijke zeepbel genoemd, maar dit had betrekking op het geven van massage in een aparte ruimte.

## *Aandachtspunten*

Tussen de gevonden artikelen over het aanraken in het pastoraat zat ook een schrijven van een intervisiegroep van pastores die werkzaam zijn in de psychiatrie. Zij hebben een lijst opgesteld met aandachtspunten aangaande het aanraken en aangeraakt worden, vooral uit zelfbescherming aangezien zij geregeld te maken hebben met grensoverschrijdend gedrag van patiënten. Hoewel het in deze thesis vooral gaat over – andersom – het aanraken door pastores, is het een praktische lijst die door alle zorgverleners gebruikt kan worden die lichamelijk contact hebben met hun zorgvragers. Ongeacht de doelgroep en ongeacht wie tot het aanraken overgaat.

Kort samengevat moet het aanraken (en aangeraakt worden) volgens de intervisiegroep passen bij de context (dus niet buitensporig), bij het ziektebeeld en bij de persoonlijkheid van de patiënt. Daarnaast dient het aanraken spontaan te gebeuren en herhaalbaar te zijn (óók als er anderen bij zijn). Verder is het verhelderend om je als pastor af te vragen of het aanraken een eenmalig of terugkerend iets is, of het alleen bij jou of ook bij andere zorgverleners voorkomt, en of er iets is in je houding wat het aanraken (al dan niet gewenst) in de hand werkt. Tenslotte moeten – het is al aan de orde gekomen – alle partijen het aanraken fijn vinden.

Vanwege de rechten op integriteit en onschendbaarheid is er in principe toestemming nodig voordat je aan iemands lijf zit. Maar omdat het wenselijk is dat het aanraken spontaan van karakter blijft, lijkt het expliciet toestemming vragen niet gepast. Bovendien is dit bij mensen met dementie bijzonder problematisch aangezien ze op een gegeven moment niet meer wilsbekwaam zijn, en ze inderdaad ook steeds minder goed hun wensen kenbaar kunnen maken.

Één pastor doet de suggestie om als het ware “stilzwijgend” toestemming te vragen door de ander in de ogen te kijken. Zij had het echter over aanraken ‘in het algemeen’, en niet over mensen met dementie.

In de praktijk komt het er dikwijls op neer dat aanraken – eigenlijk bij iedereen en niet alleen bij psychiatrische patiënten en / of bij dementerenden - een kwestie van ‘trial and error’ is en dat je pas door het te doen merkt hoe de aanrakingen geïnterpreteerd worden. Dit betekent wel – het kan niet vaak genoeg gezegd worden – dat je heel goed moet kijken of de ander het aanraken op prijs stelt. Mensen met dementie laten dit vaak merken door je te aaien of te knuffelen, door te glimlachen en / of door te ontspannen.

### Deelvraag 5: Wanneer is het aanraken van mensen met dementie door een geestelijk verzorger in zorgethisch opzicht als goede zorg te beschouwen?

Één van de pijlers van deze thesis is de zorgethische traditie. Deze traditie verwerpt de in het zogenaamde neoliberale denken gangbare idee van de mens als zijnde zeer individueel en autonoom. In plaats daarvan wordt de verbondenheid tussen mensen benadrukt, en is er meer aandacht voor gevoelens en voor kwetsbaarheid.

Van Annelies van Heijst leerden we dat de zorgethiek in vier kernbegrippen is samen te vatten. Deze begrippen worden (opnieuw) nagelopen, (maar dan nu) met de in deze studie opgedane kennis over het aanraken van mensen met dementie door geestelijk verzorgers.

- Aandacht voor het specifieke van de situatie → Als zorgverlener mag je er niet automatisch van uitgaan dat wat standaard gedaan wordt ook goed is voor déze patiënt in déze situatie. Dit geldt zeker ook voor aanraken, aangezien de behoefte hieraan en de wijze waarop aanrakingen geïnterpreteerd worden voor iedereen anders kan zijn. Sensitiviteit is daarom heel erg belangrijk; je moet goed opletten of de ander het werkelijk op prijs stelt (zie deelvraag 2). Dit geldt helemaal voor mensen met dementie, omdat aanraken vanwege de met de ziekte (mogelijk) gepaard gaande symptomen nog ingewikkelder kan zijn dan bij (veel) andere doelgroepen (zie deelvraag 1).

- Afhankelijkheid → Waarschijnlijk is dementie (mede) zo’n gevreesde ziekte omdat het je zo afhankelijk maakt van anderen. En dit staat haaks op waarden die we in onze Westerse samenleving zo belangrijk vinden, waaronder autonomie en onafhankelijkheid. Door deze waarden te benadrukken komen mensen met dementie echter meer dan nodig in de knel te zitten.

De zorgethiek zet juist de verbondenheid tussen mensen voorop omdat het niet de onafhankelijkheid maar juist de verbondenheid tussen mensen is die je tot bloei doet komen. Het is ook die verbondenheid die maakt dat mensen (doorgaans) voor elkaar zorgen en die doet beseffen dat we gedurende bepaalde periodes in ons leven allemaal zorg nodig hebben. Zorgbehoevend zijn doet dan ook niets af aan je waardigheid; hoe ziek of dement ook, je bent en blijft een waardevol mens!

Het mooie is dat deze zorgethische visie heel goed aansluit bij de idee van dementie als een vorm van kinds worden, die er kort gezegd op neer komt dat je het leven begint als kind en dat je – als je dement wordt – ook als het ware als kind eindigt. Door zo naar dementie te kijken wordt het iets minder zwaar en worden onafhankelijkheid en autonomie gerelatieveerd. Wel moet opgemerkt worden het ‘kinds’ worden een metafoor is, en dat dementerenden dus niet letterlijk kinderen worden. Voor deze metafoor is zoals vermeld gekozen omdat het helder maakt dat in het ziekteproces de levensloop als het ware omkeert, alsmede omdat het inzicht zou kunnen opleveren ten aanzien van het aanraken. Met kleine kinderen communiceren we immers vooral door ze aan te raken. Het is niet de opzet om negatieve as-

sociaties van bijvoorbeeld ongelijkheid en paternalisme, die aan het metafoor kleven, op te roepen. Het is evenmin de bedoeling dat mensen met dementie bemoederd of betutteld worden!

De zorgethische visie past tenslotte eveneens bij de haptonomie. Binnen deze discipline gaat het namelijk om het herstellen van verbindingen, en het tastzintuig wordt hiervoor - niet toevallig - uitermate geschikt geacht. Dát aanraken deze potentie heeft bleek ook uit de onderzoeken naar het aanraken door verpleegkundigen; zij gingen door het affectieve lichamelijke contact de persoon achter de zieke zien (zie deelvraag 2)!

E.e.a. betekent overigens niet dat aanrakingen altijd 'goed' zijn. Niet alleen het gegeven dat iedereen anders t.o.v. aanraken staat is van belang bij het inschatten hoe de ander het beleeft; het asymmetrische aspect van de zorgrelatie – waar de zorgethiek zo op wijst – speelt eveneens mee bij de interpretatie van het aanraken en aangeraakt worden. En juist de pastorale relatie is vaak zeer asymmetrisch doordat de pastor als een deskundige en als een vertegenwoordiger van God, het 'Hogere' en / of de kerk gezien wordt. Daarbij zijn mensen met dementie erg kwetsbaar. En dit alles maakt dat aanrakingen snel als grensoverschrijdend ervaren kunnen worden (zie deelvraag 2).

- Kwetsbaarheid → Zojuist werd al vermeld dat mensen met dementie kwetsbaar zijn. Niet alleen door hun ziek-zijn, maar ook doordat ze vanwege hun hoge leeftijd en het stempel dementie niet meer meetellen in de maatschappij. Daarnaast hebben ze – net als de meeste andere ouderen – te maken met het verlies van dierbaren om hen heen. Wat er toe leidt dat ze minder 'zomaar' aangeraakt worden, terwijl ze hier dikwijls juist meer behoefte aan hebben (zie deelvraag 1). Die toegenomen behoefte is voor een deel trouwens ook weer een gevolg van die kwetsbaarheid, wat o.a. John Bowlby en Bère Miesen hebben laten zien met hun studies naar gehechtheidsgedrag.

Van de andere kant maakt diezelfde kwetsbaarheid het noodzakelijk dat je mensen met dementie heel voorzichtig benadert, omdat je heel snel over hun grenzen gaat (zie deelvraag 1) en je ze daarboven ook nog eens via het aanraken onbedoeld in hun kwetsbaarheid en afhankelijkheid kunt bevestigen. De breekbaarheid van dementerenden werkt dus enerzijds het aanraken in de hand, terwijl het anderzijds sneller verkeerd kan uitpakken.

Naast de kwetsbaarheid van de zorgvrager vraagt de zorgethiek ook aandacht voor de kwetsbaarheid van de zorgverlener. Specifiek voor geestelijk verzorgers is dit geen overbodige luxe aangezien zij er meestal bijgeroepen worden als er sprake is van groot leed. Betreffende aanraken hebben met name de pastores die werkzaam zijn in de psychiatrie laten zien dat óók de pastorant te ver kan gaan, of dat de bejegening van hem of haar op z'n minst ongemakkelijk aan kan voelen.

- Relationaliteit → Mensen met dementie raken steeds meer in een isolement omdat ze bestaande banden verliezen als gevolg van de geheugenstoornissen, terwijl diezelfde stoornissen ertoe leiden dat nieuwe banden niet beklijven. Om er voor te zorgen dat ze (enigszins) uit dat isolement komen is het-in-relatie-staan met anderen erg belangrijk voor hen. Te meer omdat ze van deze anderen op den duur volledig afhankelijk worden.

Voor geestelijke zorg – aan welke doelgroep dan ook – is de pastorale relatie eveneens een wezenlijk 'element', wat heel duidelijk naar voren kwam in de presentiebenadering. Het is de relatie die de ander tevoorschijn haalt. En het is ook deze benadering waar de pastoraal-theologische visie van aanraken op gebaseerd is (zie deelvraag 2). Dit (mede) omdat aanraken een manier is om de relatie fysiek te bekrachtigen, alsook om lege plekken rondom de oudere (tijdelijk) op te vullen (zie deelvragen 2 en 4).

Relationaliteit is daarnaast een kernwoord in de zorg aan mensen met dementie. Dit is goed te zien aan het pleidooi van Bère Miesen voor één of meerdere gehechtheidsfiguren voor mensen met dementie, wat Rien Verdult heeft uitgewerkt in de verzorgende als een soort van goed genoeg moeder (zie deelvraag 2). En wel een goed genoeg moeder die het affectieve en fysieke aanraken niet schuwt omdat ze hieraan behoefte kunnen hebben, omdat ze steeds meer terugvallen op hun zintuigen, en omdat het nodig kan zijn om zowel emoties te ontladen als om ervaringen te structureren en te begrenzen.

Uit deze opsomming blijkt al met al dat de zorgethische kernwaarden helpen om zicht te krijgen op wat goede (pastorale) zorg is aan mensen met dementie. Daarbij draagt de zorgethische traditie deze thesis als het ware omdat de zorgethiek zich afzet tegen de in de zorg bekende leuze “betrokkenheid met behoud van distantie”. En als het gaat om het aanraken dan wordt juist die spanning tussen afstand en nabijheid heel erg opgezocht. Tenslotte is de zorgethiek in deze thesis prominent aanwezig in de vorm van de presentiebenadering, waarop de pastoraal-theologische visie op aanraken gebaseerd is.

Hoofdvraag: Met welke manieren van aanraken kan een geestelijk verzorger zijn of haar betekenis voor iemand die lijdt aan dementie vergroten?

Nu de vijf deelvragen beantwoord zijn kan samenvattend geconcludeerd worden dat niet alleen kinderen affectieve bevestiging via het aanraken nodig hebben. Ook volwassenen hebben er vanuit haptonomisch perspectief doorgaans baat bij, afhankelijk van welke betekenissen men (vooral in de jeugd) heeft gegeven aan het aanraken en aangeraakt worden.

Vanuit pastoraal perspectief is het - spontane - aanraken een manier om de (potentiële) relatie te bekrachtigen en om de ander te openen, zodat hij of zij durft aan te geven wat er speelt. Ook kan het aanraken helpen om lege plekken om de pastorant (tijdelijk en als het ware) op te vullen. Dit geldt zeker voor oudere mensen, die door het wegvallen van intimi steeds minder ‘zomaar’ aangeraakt worden terwijl ze hier vaak juist meer behoefte aan hebben.

Vanuit het perspectief van dementie als een vorm van kinds worden, is aanraken dé manier om in contact te komen als de ziekte verder gevorderd is omdat dementerenden steeds meer op hun zintuigen terugvallen, alsook omdat ze – net als kleine kinderen - er doorgaans erg naar verlangen. Daarnaast kunnen aanrakingen in sommige gevallen de achteruitgang vertragen. Verder is het voor veel mensen rustgevend, ontspannend e.d. Tot slot kan het fysieke vasthouden het ontladen van emoties ondersteunen, alsmede ervaringen met de steeds vreemder en onveiliger wordende buitenwereld structuren en begrenzen.

Vanuit zorgethisch perspectief kan aanraken bijdragen aan de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager. Ook helpt het mogelijk om meer oog te hebben voor de persoon achter de zieke, en voor zijn of haar kwetsbaarheid.

Als laatste moet opgemerkt worden dat uit de thesis is gebleken dat aanraken ook heel erg verkeerd kan uitpakken. Via dit onderzoek krijgen geestelijk verzorgers handvatten aangereikt die ze ondersteunen bij het al dan niet aanraken, zodat ze steeds beter gaan aanvoelen wanneer aanrakingen gepast zijn. Al zal het in bepaalde mate altijd een kwestie van ‘trial and error’ zijn.

### **14.3 Suggesties voor vervolgonderzoek**

In deze thesis is een literatuurstudie verricht naar het aanraken door geestelijk verzorgers bij mensen met dementie. Het is aan te bevelen de gevonden inzichten te toetsen aan de praktijk, oftewel om veldonderzoek te verrichten. Het zou heel interessant zijn om geestelijk verzorgers te observeren in het al dan niet aanraken van mensen met dementie (en eventueel andere doelgroepen), en ze daar vervolgens over te interviewen.

Verder heeft de studie nieuwsgierig gemaakt naar de praktijken van thereapeutic touch, het pastorale snoezelen en van het zogenaamde Namaste Care Programma.

## SAMENVATTING

De samenvatting is beknopt omdat in elk hoofdstuk op de belangrijkste bevindingen is teruggeblikt. Ook is bij de conclusies de rode draad van de thesis weergegeven (zie § 14.1).

Geestelijk verzorgers weten vaak niet goed hoe ze pastor kunnen zijn voor mensen met dementie. Jos Hettinga kwam met het voorstel om hen via de “taal van de aanraking” te ontmoeten. Op dit voorstel is deze thesis gebaseerd. Via een literatuurstudie is getracht meer te leren over de mogelijke betekenissen en voorwaarden van aanraken in het pastoraat, specifiek bij dementerenden. De onderzoeksvraag van de thesis luidt: *Met welke manieren van aanraken kan een geestelijk verzorger zijn of haar betekenis voor iemand die lijdt aan dementie vergroten?*

Voordat het eigenlijke onderzoek startte zijn in deel I van de thesis de pijlers neergezet, te weten dementie, geestelijke verzorging, aanraken en zorgethiek. Dit heeft ondermeer tot het inzicht geleid dat aanrakingen door een pastor ‘goed’ zijn als voldaan wordt aan de volgende definitie: aanraken is het fysieke, niet strikt noodzakelijke contact, dat niet gericht is op seksualiteit, met als doel om de ander te ontmoeten, waarbij hij of zij versterkt, ondersteund en bevestigd wordt. Ook werd opgemerkt dat er in Rieke Mes’ recent (2011) ontwikkelde zielzorgconcept voor geestelijke zorg aan mensen met dementie nauwelijks aandacht is voor de mogelijkheid om in het pastorale contact aan te raken.

In deel II van de thesis is de context van het onderzoek geschetst. Hieruit bleek dat mensen met dementie gestigmatiseerd worden omdat ze een zeer gevreesde ziekte hebben. Daarnaast werd duidelijk dat ouderen in zorginstellingen – en dus ook dementerenden – weinig ‘zomaar’ aangeraakt worden omdat geliefden hen dikwijls zijn ontvallen en omdat verpleegkundigen vooral functioneel aanraken. Betreffende lichamelijke in het pastoraat zagen we dat dit weinig aandacht krijgt vanwege de in de christelijke traditie ambivalente houding t.o.v. het lichaam.

Het zwaartepunt van de thesis is deel III. Hierin zijn in vijf thema’s verkend, namelijk: aanraken door verpleegkundigen, aanraken in het pastoraat, de huid als tastzintuig, lichaamsgerichte therapieën (gestalttherapie en haptonomie) en dementie als een vorm van ‘kinds’ worden. Er is op basis hiervan geconcludeerd dat het aanraken van mensen met dementie door geestelijk verzorgers zowel vanuit haptonomisch, pastoraal, als vanuit zorgethisch perspectief aan te bevelen is, evenals vanuit het perspectief van dementie als een omkeer van de levensloop:

- Haptonomie → Niet alleen kinderen, ook volwassenen hebben affectieve bevestiging nodig. Aanraken kan hiertoe een krachtig ‘instrument’ zijn.
- Pastoraat → Aanraken is een manier om de (potentiële) relatie te bekrachtigen en om de ander te openen. Ook kunnen via het aanraken de lege plekken om de pastorant heen worden opgevuld, die ontstaan zijn door het wegvallen van geliefden.
- Zorgethiek → De zorgethische presentiebenadering is als basis genomen voor een pastoraal-theologische visie op aanraken. Hiervoor is mede gekozen omdat ze laat zien dat aanraken vaak bijdraagt aan de – in de zorgethiek zeer belangrijke - relatie tussen zorgverlener en zorgvrager, omdat zodoende de persoon achter de zieke tevoorschijn kan komen.
- Dementie als een vorm van kinds worden → Aanraken is dé manier om in contact te komen met mensen met een ver gevorderd stadium van dementie vanwege het feit dat zij steeds meer – net als kinderen – terugvallen op hun zintuigen. Daarnaast verlangen ze er – alweer net als kinderen – vaak erg naar, afhankelijk van wat hun ervaringen met aanrakingen zijn in hun (vooral) vroegste levensjaren. Soms kan aanraken zelfs de achteruitgang vertragen. Verder is aanraken voor veel mensen ontspannend, rustgevend e.d. Tenslotte kan het fysieke vasthouden het ontladen van emoties ondersteunen, alsook de ervaringen met de steeds vreemder en onveiliger wordende buitenwereld structuren en begrenzen.

In de studie is eveneens duidelijk geworden dat aanraken ook erg verkeerd kan uitpakken. Subtiliteit is daarom vereist! In bepaalde mate zal aanraken echter altijd een kwestie van ‘trial and error’ zijn.

In het laatste deel (IV) van de thesis zijn de conclusies getrokken.

## **NAWOORD**

Als geestelijk verzorger heeft spiritualiteit mijn bijzondere interesse. Een spirituele levenshouding vereist zowel activiteit (hard werken, de weg gaan, je best doen), als passiviteit (ontvankelijk zijn, open staan voor). Voor mij is er op dit gebied nog veel te leren. Wel heb ik tijdens het schrijven van deze thesis (opnieuw) gemerkt dat het inderdaad (voor mij) zo werkt; enerzijds heb ik me maandenlang ‘ingegraven’ in de literatuur, anderzijds had ik vaak het gevoel dat ik als het ware meegeholpen werd door ‘boven’. Niet zelden kreeg ik erg bruikbare ingevingen als ik aan het typen was. Ik heb dan ook de overtuiging dat ik de thesis niet geheel op mijn eigen conto kan schrijven.....

Met deze thesis komt een einde aan een leertraject dat ik tien jaar geleden ingeslagen ben. Ik kreeg toen het niet te onderdrukken verlangen om theologie-levensbeschouwing te gaan studeren. Na 4 jaar HBO en 3 jaar HBO-master blééf ik echter onrustig; ik was voor mijn gevoel nog niet klaar. Ik wilde ook nog een universitaire studie volgen. Al snel kwam Zorgethiek en Beleid in beeld. Het plan om deze studie in een rustig tempo te gaan doen bleek echter onuitvoerbaar aangezien de opleiding nog maar één jaar in Tilburg gezeteld zou zijn, waar ik zelf woonachtig ben (het werden uiteindelijk overigens twee jaar). Maar bovenal omdat het collegegeld in Utrecht ruim 3,5x hoger zou worden vanwege het feit dat ik al een master had afgerond. Wat het studeren zowel praktisch als financieel veel lastiger zou maken, aangezien ik ook nog een gezin heb. Ik besepte dat het ‘nu of nooit’ was en besloot voor de studie te gaan. Ik nam – heel eng – ontslag als adviseur bij de Rabobank om me, naast de zorg voor Neda, volledig te kunnen richten op de studie. Toeval of niet, vlak voor de start van de studie kreeg ik een tijdelijke (6 maanden) en kleine baan aangeboden als geestelijk verzorger in een verpleeghuis, waardoor ik me zeer gesteund voelde in mijn keuze om me via Zorgethiek en Beleid verder te specialiseren in de pastorale zorg. Daarbij is de combinatie werken en leren ook zeer vruchtbaar gebleken, in die zin dat theorie en praktijk elkaar versterkten.

Gelukkig heb ik het – dankzij mijn omgeving – voor elkaar gekregen om af te studeren vóór de verhuizing naar Utrecht en onder het normale studententarief. Ook ben ik heel blij dat de onrust in mezelf verdwenen is omdat ik nu echt kan zeggen dat ik KLAAR ben met leren. Ik zal ongetwijfeld in de toekomst heus wel weer cursussen gaan volgen, omdat ik nu eenmaal graag studeer, maar dan doe ik dat enkel omdat het leuk is en niet omdat het nodig is voor een baan.

Nu ga ik mezelf weer enigszins opnieuw uitvinden, in die zin dat ik er in de afgelopen jaren heel erg aan gewend ben geraakt om in mijn ‘vrije tijd’ te studeren. Ik heb er heel veel zin in om mijn hobby’s op te gaan pakken, al ben ik voor een deel vergeten wat die ook alweer waren. Uiteraard ga ik ook op zoek naar een baan als geestelijk verzorger, en ik vertrouw erop dat dit met het diploma ZEB op zak helemaal goed gaat komen. Maar éérs ga ik me in alle rust voorbereiden op de komst van ons tweede kindje, dat we hopelijk eind augustus in ons gezin mogen verwelkomen!

## LITERATUUR

- Albers, N., S. Faas, B. Flapper, J. Oudhof, S. Penders, A. Roodenburg, C. Velzeboer & D. Wolke (2003). Psychomotorische therapie (PMT). Problemen te lijf gaan. *Leidraad Psychogeriatric*, B/C, p. 526-543.
- Baars, J. (2006a). *Het nieuwe ouder worden. Paradoxen en perspectieven van leven in de tijd*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Baars, J. (2006b). Ouder worden, eindigheid en vereindiging. In: P. Mulders & S. Körver (red.). *Oud maar niet af. Reflecties over ouder worden in onze cultuur*. Nijmegen: Valkhofpers, p. 36-52.
- Baart, A. (2005). *Aandacht; etudes in presentie*. Utrecht: Uitgeverij Lemma.
- Baart, A. (2006). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Uitgeverij Lemma. Derde, vermeerderde druk, tweede oplage.
- Boergee, C.G. (2006). *Viktor Frankl 1905-1907. Personal Theories*. Shippensburg University. Ontleend aan: <http://webspace.ship.edu/cgboer/frankl.html>, geraadpleegd op 21 november 2012.
- Boot, B. (2004). *Haptonomie. Een kwestie van gevoel*. Amsterdam / Antwerpen: Uitgeverij Archipel.
- Bos, H. (1994). Aanraking en pastoraat. *Periodiek*, 3, p. 18.
- Bowlby, J. (1987). *Attachment. Attachment and loss: volume I*. Harmondsworth (UK): Penguin Books.
- Boxel, C. van (1995). Aanraking en pastoraat. Brief aan Jan Voeten. *Periodiek*, 1, p. 21-23.
- Brysbaert, M. (2006). *Psychologie*. Gent: Academia Press.
- Burggraave, R. & I. Cornu (1994). Mijn lichaam: grens tussen hebben en zijn, brug tussen jou en mij. In: L. Paeps & M. Robbroeckx (red.). *Met heel mijn lijf. Lichamelijke tussen hebben en zijn*. KBS Den Bosch: Uitgeverij Altiora, p. 5-14.
- Cassiers, G. (2009). Het proces van aanraken. Gestalttherapie en lichaamsgericht werken. In: P. Derkinderen, E. Knijff & S. Meijer (red.). *Praktijkboek gestalt*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, p. 219-229.
- Davis, P. (1993) *Liefdevolle Aanraking*. Deventer: Uitgeverij Ank-Hermes (The Power of Touch 1991, vertaald door L. Kooman).
- Decoene, A. & A. Depoorter (2010). Lichamelijke en feministische theologieën: een niet-vanzelfsprekend verbond. In: G. van Edom (red.). *Lichaam en levensadem. Pastorale zorg voor de hele levende mens*. Antwerpen: Halewijn, p. 33-46.
- Delfgaauw, B. & F. van Peperstraten (2001). *Beknopte geschiedenis van de wijsbegeerte. Van Thales tot Lyotard*. Kampen: Kok Agora (10<sup>e</sup> druk).
- Derkinderen, P. (2009). Fenomenologie en diagnose. In: P. Derkinderen, E. Knijff & S. Meijer (red.). *Praktijkboek gestalt*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, p. 64-80.
- Droës, R.M. & S. Lauriks (2007). Ontwikkeling van de Gedragsobservatieschaal Psychomotorische therapie voor demente ouderen (GPMT-dem). Betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatric*, 38, p. 79-90.

- Eding, M. (2010). De kracht van aanraken als woorden tekort schieten. Over haptotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking. *Haptonomisch Contact*, 3, p. 9-15.
- Edom, G. van (2010). Spiegeltje, spiegeltje... Een spoor van tegenkracht tegen het huidige schoonheidsideaal. In: G. van Edom (red.). *Lichaam en levensadem. Pastorale zorg voor de hele levende mens*. Antwerpen: Halewijn, p. 13-29.
- Edvardsson, J. D., P-O. Sandman & B.H. Rasmussen (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing*, 12, p. 601-609.
- Ekkerink, J. (2003). Benaderingswijzen bij dementie. Zoveel hoofden, zoveel zinnen. *Leidraad Psychogeriatric*, B/C, p. 288-311.
- European Association for Palliative Care (2012). *Honouring the spirit within: the Namaste care programme for people with dementia at the end of their lives*. Ontleend aan: [apcnet.wordpress.com/2012/11/23/honouring-the-spirit-within-the-namaste-care-programme-for-people-with-dementia-at-the-end-of-their-lives/](http://apcnet.wordpress.com/2012/11/23/honouring-the-spirit-within-the-namaste-care-programme-for-people-with-dementia-at-the-end-of-their-lives/), geplaatst op 23 november.
- Eyck, K. van (1995). "Pastorale Relaties", antwoord aan Maickel Prasing. *Periodiek*, 3, p. 5-7.
- Frenken, J. (2003). *Brochure 'seksueel misbruik van kinderen' (Ministerie van Justitie)*. Utrecht: Rutgers-Nisso Groep.
- Ganzevoort, R. (1997). De zin van het geschonden lichaam. Lichamelijkheid en pastoraat. *Gereformeerd Theologisch Tijdschrift*, 4, p. 186-177.
- Gastmans, C. & L. Vanlaere (2005). *Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen*. Leuven: Uitgeverij Davidsfonds.
- Gerritsen, D. & Y. Kuin (2012). Dementie toont Iron Lady als mens. *Volkskrant*, 24 januari, p. 29.
- Gijs, L., W.L. Gianotten, J. Vanwesenbeeck & P.T.M. Weijnenborg (red.) (2009). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum (2e, herziene druk).
- Gleeson, M. & F. Timmins (2004a). The use of touch to enhance nursing care of older person in long-term mental health care facilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, p. 541-545.
- Gleeson, M. & F. Timmins (2004b). Touching: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia. *Nursing Older People*, 2, p. 18-21.
- Goossensen, A. (2011). *'Zijn is gezien worden'*. *Presentie en reductie in de zorg*. Inaugurele rede uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in Presentie en Geestelijke Gezondheidszorg aan de faculteit Geesteswetenschappen van Tilburg University op 15 april 2011.
- Graham, E. (1998). Woorden tot vlees gemaakt: Belichaming en praktische theologie. In: M. de Haardt, E. Maeckelberghe & M. van Dijk (red.). *Geroepen om te spreken. Over verbeelding en creativiteit in theologie en pastoraat. Een bundel van vriendinnen, aangeboden aan Riet Bons-Storm*. Kampen: Uitgeverij Kok, p. 100-114.
- Hamilton, J. (1997). *Gestalt in Pastoral Care and Counseling. A Holistic Approach*. New York: The Haworth Press.

- Hansen, N. V., T. Jørgensen & L. Ørtenblad (2006). Massage and touch for dementia (review). *The Cochrane Collaboration*.
- Heijst, A. van (1993). *Leesbaar lichaam: verhalen van lijden bij Blaman en Dorrestein*. Kampen: Kok Agora.
- Heijst, A. van (2005). *Menslievende zorg*. Kampen: Uitgeverij Klement.
- Heijst, A. van (2008). *Iemand zien staan*. Kampen: Uitgeverij Klement.
- Hettinga, J. (2006a). Een sprakeloos gevoel: Over communiceren met dementerende mensen. In: J. Doolaard (red.). *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*. Kampen: Kok, p. 385-386.
- Hettinga, J. (2006b). Presentie, ritueel en demente ouderen. In: P. Mulders en S. Körver (red.). *Oud maar niet af. Reflecties over ouder worden in onze cultuur*. Nijmegen: Valkhof Pers, p. 147-158.
- Hockley J. & M. Stacpoole (2012). Palliative care in dementia – two nurses' views. *European Journal of palliative Care*, 6, p. 282-284.
- Holtkamp, C.C.M., K. Kragt, M.C.J.M. van Dongen, E. van Rossum, E. & C. Salentijn (1997). Effecten van snoezelen op het gedrag van demente ouderen. *Tijdschrift voor Geriëntologie en Geriatrie*, 28, p. 124-128.
- Hulme, C., J. Wright, T. Crocker, Y. Oluboyede & A. House (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, p. 756-763.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Knights, W. (2002). *Pastoral Counseling. A Gestalt Approach*. New York: The Haworth Press.
- Kniff, E. Spiritualiteit in het werken vanuit de gestaltbenadering. In: P. Derkinderen, E. Knijff & S. Meijer (red.). *Praktijkboek gestalt*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, p. 332-345.
- Knippenberg, T. van (2005). *Existentiële zielzorg. Tussen naam en identiteit*, Zoetermeer: Uitgeverij Meinema.
- Korte, A. (1995). In de geest van het lichaam. 'Lichamelijkheid' als hermeneutische categorie binnen feministische theologie. In: J. Jäger-Sommer (red.). *God opnieuw gedacht. Verantwoordelijkheid voor de schepping in feministisch perspectief. Theologische essays voor Catharina Halkes*. Baarn: Uitgeverij Ten Have (Abschied vom Männergott), p. 231-252.
- Lambrechts, G. (1994). Lichaam als mogelijkheid tot communicatie. In: L. Paeps & M. Robbroeckx (red.). *Met heel mijn lijf. Lichamelijkheid tussen hebben en zijn*. KBS Den Bosch: Uitgeverij Altiora, p. 15-21.
- Lambrechts, G. (2009). Cultuurhistorische situering van de gestalttherapie. In: P. Derkinderen, E. Knijff & S. Meijer (red.). *Praktijkboek gestalt*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, p. 10-36.
- Leget, C. (2010). Kwaliteit in de zorg: een zorgethisch perspectief. In: M. Pijnenburg, C. Leget & B. Berden (red.). *Menslievende zorg, management en kwaliteit*. Budel: Uitgeverij Damon, p. 89-97.

Liégeois, A. (2010a). Een ethiek van de lichamelijke aanrakingen tijdens de pastorale begeleiding. In: G. van Edom (red.). *Lichaam en levensadem. Pastorale zorg voor de hele levende mens*. Antwerpen: Halewijn, p. 91-106.

Liégeois, A. (2010b). “*Lichamelijk contact heeft zijn plaats in pastorale relaties*”. *Pastoraal-theoloog Axel Liégeois waarschuwt voor verkramping*. Ontleend aan: <http://www.rorate.com/nieuws/nws.php?id=64214>, geplaatst op 24 december.

Lootens, D. (2010). Een onverbiddelijk roepen. Levensverhaal en lichamelijkheid. In: G. van Edom (red.). *Lichaam en levensadem. Pastorale zorg voor de hele levende mens*. Antwerpen: Halewijn, p. 107-120.

Lust, E. (2010). Het zieke en stervende lichaam in het ziekenhuispastoraat. In: G. van Edom (red.). *Lichaam en levensadem. Pastorale zorg voor de hele levende mens*. Antwerpen: Halewijn, p. 219-231.

Lutervelt, M. van (1997). *Bevestigend aanraken. Een filosofisch onderzoek van de haptonomie*. Doctoraalscriptie Vakgroep Filosofie van Mens en Cultuur, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Malfait, R. (2009). Het lijfelijk weten. In: P. Derkinderen, E. Knijff & S. Meijer (red.). *Praktijkboek gestalt*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, p. 39-51.

Mante, A. (2004). Werk en leer van Mevr. Dr. A.A.A. Terruwe. In: H. Vekeman (red.). *Bevestiging. Erfdeel en Opdracht*. Budel: Uitgeverij Damon, p. 56-69.

Martens, A. (1994). De “aanraking” van Jan Voeten. *Periodiek*, 3, p. 16-17.

Mes, R. (2001). *Het ogenblik bewonen*. Kampen: Uitgeverij Kok.

Mes, R. (2004). Geestelijke verzorging voor dementerenden is zielzorg. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 16, p. 29-31.

Mes, R. (2011). *Hoe kom ik thuis? Geestelijke verzorging voor mensen met dementie: een zielzorgconcept*. Zoetermeer: Boekencentrum Academic.

Meul, M. (1999). *Aanraken en aangeraakt worden in de pastorale hulpverlening. Een theologische en psychologische studie over de effecten van aanraken en aangeraakt worden*. Doctoraalscriptie Theologische Faculteit Tilburg, Katholieke Universiteit Brabant.

Miesen, B. (1990). *Gehechtheid en dementie. Ouders in de belevingswereld van dementerende ouderen*. Academisch proefschrift. Almere / Nijkerk: Uitgeverij Versluys / Uitgeverij Intro.

Miesen, B. (2003). Gehechtheid bij dementie. Van meet af aan gebonden? *Leidraad Psychogeriatric*, B/C, p. 702-743.

Miesen, B. (2008). *Zorg om mensen met dementie. Een handleiding voor verzorgenden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Miesen, B. (2009). *Dement: zo gek nog niet. Kleine psychologie van dementie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum (4<sup>e</sup> druk).

Moltmann – Wendel, E. (1994). *Mijn lichaam ben ik. De herontdekking van de lichamelijkheid*. Baarn: Uitgeverij Ten Have (Mein Körper bin ich. Neue Wege zur leiblichkeit, 1994, vertaald door R. van Hengel).

Montagu, A. (1972). *De Tastzin*. Utrecht / Antwerpen: Uitgeverij Het Spectrum (Touch 1971, vertaald door H. Verhallen).

- Moy, C. (1981). Touch in the counselling relationship: an exploratory study. *Patiënt Counseling and Health Education*, 3, p. 89-95.
- Mulders, P. (2006). Inleiding. De laatmoderne situatie. In: P. Mulders en S. Körver (red.). *Oud maar niet af. Reflecties over ouder worden in onze cultuur*. Nijmegen: Valkhof Pers, p. 9-22.
- Nadeau, J. (2002). Dichotomie of eenheid van ziel en lichaam? De oorsprongen van de ambivalente houding van het christendom tegenover het lichaam. *Concilium. Internationaal tijdschrift voor theologie*, 2, p. 62-71 (vertaald door T. van der Stap).
- Nauer, D. (2001). *Seelsorgekonzepten im Widerstreit. Ein kompendium*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nieuwenhuijs, H. (2001). Zo liefelijk als de ziel. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 19, p. 45-49.
- Nijs, P. (1994). Het lichaam in de seksuele relatie. In: L. Paeps & M. Robbroeckx (red.). *Met heel mijn lijf. Lichamelijkheid tussen hebben en zijn*. KBS Den Bosch: Uitgeverij Altiora, p. 53-59.
- Norberg, A., E. Melin & K. Asplund (1986). Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia. An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 4, p. 315-323.
- Norman, I. (2003). 'Comments on "Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia. An exploratory study"'. *International Journal of Nursing Studies*, 40, p. 481-485.
- Plooi, E.C. & J.J. Zandvliet (2010). 'Voel je wel?': Haptotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg. *Bijblijven*, 26, p. 15-23.
- Pollefeyt, D. (1998). Intimiteit in de Pastoraal. Ethische kanttekeningen bij het gebruik van macht binnen de pastorale begeleiding. *Collationes*, 28, p. 227-245.
- Polspoel R., K. Cornette, L. Casteur, B. Defreyne, A. Gessler, D. Hooft & L. Lissnijder (2010). Leren uit ervaring. lichamelijke nabijheid in het pastoraat bekeken vanuit enkele casussen. In: G. van Edom (red.). *Lichaam en levensadem. Pastorale zorg voor de hele levende mens*, Antwerpen: Halewijn, p. 205-218.
- Prasing, M. (1995). 'Aanraking en pastoraat', *Periodiek*, 2, p. 10-12.
- Pytell, T. (2006). Transcending the angel beast. Viktor Frankl and humanistic psychology. *Psychoanalytic Psychology*, 3, p. 490-503.
- Reedijk-Boersma, L. (1979). *De aanraking*, Baarn: Uitgeverij Ambo.
- Reedijk-Boersma, L. (1994). De aanraking in pastoraal contact. In: L. Paeps & M. Robbroeckx (red.). *Met heel mijn lijf. Lichamelijkheid tussen hebben en zijn*. KBS Den Bosch: Uitgeverij Altiora, p. 79-82.
- Reybrouck, M. (1994). Lichamelijkheid als synthese van ratio, zintuiglijkheid en motoriek. In: L. Paeps & M. Robbroeckx (red.). *Met heel mijn lijf. Lichamelijkheid tussen hebben en zijn*. KBS Den Bosch: Uitgeverij Altiora, p. 22-27.
- Riemslogh, M. & T. Grolus (2010). Het lichaam als knooppunt van relaties. Contextueel pastoraat als antwoord op een relatiebetrokken God. In: G. van Edom (red.). *Lichaam en levensadem. Pastorale zorg voor de hele levende mens*, Antwerpen: Halewijn, p. 121-134.

- Rigter, J. (2005). *Het palet van de psychologie. Stromingen en hun toepassingen in de hulpverlening*. Bussum: Uitgeverij Coutinho (derde druk, vijfde oplage).
- Rosmalen, E. van (1995). Nogmaals aanraking en pastoraat. *Periodiek*, 3, p. 7-8.
- Schenderling, J. (2008). *Beroepsethiek voor pastores*. Budel: Damon.
- Schippers, J. (2011). Krijg je een hand of neem je hem? *Handelingen. Tijdschrift voor praktische theologie*, 3, p. 54-59.
- Segbroek, F. van (1994). De genezingen in het evangelie door aanraking en handoplegging. In: L. Paeps & M. Robbroeckx (red.). *Met heel mijn lijf. Lichamelijkeheid tussen hebben en zijn*. KBS Den Bosch: Uitgeverij Altiora, p. 33-37.
- Siepel, H. (2007). *Stemmen van de Ziel. Vergeten waarheid van dementie*. Leeuwarden: Uitgeverij Elikser (2<sup>e</sup> druk 2010).
- Skovdahl, K., V. Sörlië & M. Kihlgren (2007). Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International journal of older people nursing*, 3, p. 162-170.
- Talma, D. (2010). *Het lichaam als verhaal. Haptonomie in het dagelijks leven*. Amsterdam: Uitgeverij Artemis & co.
- Terruwe, A. (1972). *Geef mij je hand... Over bevestiging. Sleutel van menselijk geluk*. Lochem: De Tijdstroom.
- Timmermann, M. (2005). Wat rest een naaste als een dementerende zichzelf verliest. 'Omgaan met dementie' en de presentiebenadering'. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 2, p. 45-48.
- Timmermann, M. (2010). *Relationele afstemming. Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Den Haag: Lemma.
- Tongeren, P. van (1990). Aktiviteit en passiviteit. In: P. Sars en P. van Tongeren. *Zin in religie. Wijsgerige en theologische reflecties rond de zinvraag*. Baarn: Ambo, p. 99-114.
- Uden, R. van (1995). Aanraking en pastoraat: een analyse. *Periodiek*, 1, p. 18-21.
- Vandenhoeck, A., H. de Clerq & B. Fivez (2008). *Verborgen Diepte, Zorgen voor de spiritualiteit van ouderen met dementie*. Leuven: Uitgeverij Davidsfonds.
- Vanlaere, L., T. Coucke & C. Gastmans (2010). (On)gewenste aanraking. De betekenis van het wasgebeuren bij zorgafhankelijke ouderen. In: G. van Edom (red.). *Lichaam en levensadem. Pastorale zorg voor de hele levende mens*. Antwerpen: Halewijn, p. 189-204.
- Veldman, F. (1988). *Haptonomie. Wetenschap van de activiteit*. Utrecht: Uitgeverij Bijleveld.
- Verdult, R. (1993). *Dementie: een kindertijd in beeld*. Nijkerk: Uitgeverij Intro.
- Verdult, R. (red.) (1997). *Contact in nabijheid: snoezelen met ernstig demente mensen*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Verdult, R. (2003). *De pijn van het dement zijn: de beleavingsgerichte aanpak van probleemgedrag*. Baarn: HBuitgevers.

Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (2002). *Beroepsstandaard voor de geestelijke verzorger in zorginstellingen*.

Voeten, J. (1994). Aanraking in het pastoraat. *Periodiek*, 2, p. 12-14.

Weert, J.C.M. van, A.M. van Dulmen, P.M.M. Spreeuwenberg, M.W. Ribbe & J.M. Bensing (2005). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patiënt communications during morning care. *Patiënt Education and Counseling*, 58, p. 312-326.

Wollants, G. (2009). Gewaarzijn van het wisselwerkend veld. In: P. Derkinderen, E. Knijff & S. Meijer (red.). *Praktijkboek gestalt*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, p. 28-36.

#### Websites

<http://www.nbgt.nl/gestalttherapie.php>

<http://www.namastecare.com/>