

Lichaam, zorg, kwetsuur en verzorging

Een antropologie van de menselijke kwetsbaarheid

Steven Van Wolputte & Patrick Meurs

Het Westerse mens- en lichaamsbeeld is aan ingrijpende veranderingen onderhevig. Dit komt onder meer tot uiting in de idee van het 'aanpasbare' lichaam. Maar ook hier geldt het ongeschonden, gezonde, 'jeugdige' lichaam als norm. Wat echter met het gebroken, verminkte, 'a-typische' of getraumatiseerde lichaam? En welke invloed heeft bijvoorbeeld het trauma of kwetsuur op het zelf? Hoe benaderen we dit gekwetste en kwetsbare lichaam vanuit een intercultureel perspectief? Welke invloed heeft een veranderend zelfbeeld op de therapeutische relatie? Hoe gaan mensen om met de dreiging van vergankelijkheid en geweld, en met traumatische herinneringen? Wat met het 'individu'? Deze en andere vragen worden opgeroepen door deze inleiding. Ze heeft tot doel het debat rond deze cruciale kwesties te openen, over de soms kunstmatige grenzen van de verschillende disciplines heen.

[lichaam, zelf, kwetsuur, trauma, kwetsbaarheid, socio-culturele aspecten van genezing]

Op 13 december organiseert *Medische Antropologie* haar jaarlijks symposium, dit jaar te Antwerpen, met als thema menselijke kwetsbaarheid en zorg (zie de aankondiging elders in dit nummer). Deze inleiding schetst enkele mogelijke richtingen van een 'antropologie van de kwetsbaarheid' en is een oproep tot bijdragen niet enkel vanuit antropologische of sociologische hoek, maar ook vanuit het beroepenveld van artsen en hulpverleners. Wat we met deze smaakmaker voor het symposium over een medisch-antropologische benadering van de lichamelijke opnieuw onder de aandacht willen brengen is de socio-culturele dimensie van lichamelijke en van gezondheid-ziekte-genezing-zorg en verzorging. Hierbij richten we ons expliciet tot hulpverleners (medici, paramedici en andere hulpverlenende groepen) en onderzoekers uit allerlei wetenschapsdisciplines die werken met en rond de menselijke lichamelijke. De vele dimensies van het zelf, waaronder het 'lichamelijke,' maar ook het 'mentale' en de verwevenheid van individu, sociale groep en leefwereld (van individu, samenleving en cultuur) komen tot uiting in ziekte en genezing. Een zoeken naar een goed begrip van deze dimensionaliteit vormt een cruciaal element bij de voorbereiding van het symposium.

TITEOTWAWKI¹

Traditionele grenzen – ook in de letterlijke zin – vervagen voortdurend. En veranderingen (op sociaal, politiek, economisch vlak) zijn sinds mensenheugenis de oorsprong van misnoegen en onbehagen; het idealiseren van het verleden (als mythologie van het heden) lijkt wel een van die verschijnselen die we kunnen typeren als ‘menselijk.’ Ook het huidige tijdperk wordt ‘meer dan ooit’ ervaren als een periode van snelle en ingrijpende veranderingen, onder meer onder invloed van ontwikkelingen in de biotechnologie en de biomedische wetenschappen. Op het politieke en economische toneel spreekt men vaak en graag van ‘globalisering’ of ‘mondialisering,’ doorgaans met veronachtzaming van de ideologische lading en het neo-liberale referentiekader van deze termen, of van de hegemonische relatie die erin ligt besloten. Belangrijker – misschien – zijn de veranderingen waaraan het Westerse mens- en lichaamsbeeld momenteel onderhevig zijn. Deze kunnen, uiteraard, niet los worden gezien van de ruimere politieke en economische context.²

Deze veranderingen ziet men uiteraard ook weerspiegeld in de hedendaagse antropologie: ‘lichamelijkheid’ (in de brede zin van het woord) is weer *cool*. De jaren tachtig waren getuige van een ware explosie van artikels en werken die vanuit de sociologie en de antropologie aan het menselijk lichaam werden gewijd; één van de mijlpalen in deze ontwikkeling was het artikel ‘The mindful body’ van Nancy Scheper-Hughes en Margaret Lock (zie beneden). De probleemstelling toen was dat men het lichaam een volwaardige plaats wilde toekennen in de studie van, zeg maar, cultuur en samenleving. Hiermee kantten vele auteurs zich tegen de zogenaamd Cartesiaanse (of beter: modernistische) dualiteit van ‘lichaam’ en ‘geest’ waarin de geest (het bewustzijn, de wil, de ziel, enzovoort) als soeverein werd naar voren geschoven (zie bijvoorbeeld Giddens 1991). In volle postmodernistische en deconstructionistische storm – waarin noties als ‘feit’ of ‘objectiviteit’ zwaar onder vuur kwamen te liggen, leek dit lichaam het laatste ‘objectieve’ bastion dat niet kon worden betwijfeld: zoals de Franse filosoof Maurice Merleau-Ponty reeds gezegd had: eenieder *heeft* en *is* een lichaam. Voor vele postmodernisten nam dit concept van ‘lichaam’ dan ook de plaats in van voorbijgestreefd geachte noties van ‘zelf,’ ‘persoon’ of ‘subject’ (zie Battaglia 1995; Brown 1988; Favazza 1987; Featherstone, Hepworth & Turner 1991; Jakobson-Widding 1991; Johnson 1987; Martin 1989; Turner, 1992).

Binnen dit meta-theoretische vertoog ging de aandacht uit naar de sociale en politieke rol van het lichaam binnen de samenleving, naar cultuur-eigen noties van lichamelijke of naar de voorstelling ervan in de constructie van Ander en Zelf. Een belangrijke bron van inspiratie hierin was het werk van Michel Foucault (1978). Maar het leeuwendeel van deze ‘antropologie van het lichaam’ was, volgens Terence Turner (1994), een antropologie van het ‘anti-lichaam’ die als eerste doel had de gevestigde paradigma’s te ondergraven, maar die zodoende het menselijke lichaam ontdeed van alle lichamelijke en herleidde tot een ‘vleesloos’ en bijzonder abstract concept. Het was deze periode die tevens getuigde van de opkomst en institutionalisering van de medische antropologie als een welomlijnde subdiscipline. Zij legde zich tevens en in belangrijke mate toe op ‘genezen en gezondheid’ in een Westerse context, met als doel

ook hier (en niet enkel in exotische contreien) de ‘culturele en sociale factor’ in de relatie tussen therapeut en patiënt te onderzoeken.

Maar in de tweede helft van de jaren negentig verdween het lichaam enigszins op de achtergrond. Dit gebeurde ondanks een aantal verdienstelijke werken (Counihan 1999; Csordas 1994; Synott 1993; Weiss 1999) die zich, vanuit een eerder feministische en psycho-analytische inspiratie, richtten op lichamelijkheid of belichaming als theoretisch concept in de antropologie annex filosofie. Hierin verschijnt het menselijke lichaam als mogelijkheidsvoorwaarde voor de menselijke ervaring en intersubjectiviteit – en *dus* van het menselijke bestaan. De meeste antropologen richtten zich, geïnspireerd door politieke ontwikkelingen onder meer in Afrika of in de Balkan, op de hete hangijzers van dat moment, zoals staatsvorming en -verval, macht, geweld, (burger-)oorlog en trauma.

Momenteel echter is het onderwerp lichamelijkheid weer helemaal ‘in,’ en lijkt de antropologie van het lichaam zich bevrijd te hebben van haar postmoderne keurslijf. Tegelijk blijkt deze subdiscipline volwassen te zijn geworden. Voortbouwend op de inzichten uit de jaren tachtig lijkt ze zich momenteel (weerom geïnspireerd door maatschappelijke ontwikkelingen zowel in Europa en Noord-Amerika als elders) te richten op momenten waarin het ‘volmaakte’ of abstracte lichaam niet langer vanzelfsprekend is. We denken hierbij, bijvoorbeeld, aan zogenaamde *disability studies* (Devlieger & De Greve 1999; Ingstad & Whyte 1995; Holzer, Vreede & Weigt 1998; Stiker 1999), aan werken die zich richten op de gevolgen van geweldpleging en trauma (bijvoorbeeld in de context van kolonisatie of Apartheid), de rol van het lichaam in de totstandkoming van het zelf, of aan de studie van de culturele constructie van ‘ouderdom’ en de maatschappelijke rol van ouderen in de samenleving. Deze onderwerpen hebben met elkaar gemeen dat ze zich richten op de ervaring – of dreiging – van eindigheid, vergankelijkheid of kwetsbaarheid, op momenten waarop de ‘gangbare’ (of ‘genormaliseerde’) lichamelijkheid botst op de eigen begrenzing en niet langer vanzelfsprekend is en haar doxische karakter verliest (Bourdieu 1977; zie beneden).

Een van de voornaamste inspiratiebronnen voor deze nieuwe rol van de ‘antropologie van het lichaam’ is – waarschijnlijk – het besef dat ook in het westen de traditionele grenzen van het individu, of die tussen individu en samenleving aan ingrijpende veranderingen onderhevig zijn.² Jameson (1999) spreekt in dit verband van het ‘postmoderne individu,’ het zelf dat onder invloed – de vervreemding – van de laat-kapitalistische productiewijze (waarvan ‘globalisatie’ en ‘de Nieuwe Wereldorde’ een uiting zijn) verbrokkelt.³ De vraag echter is of deze fragmentatie betrekking heeft op het zelf als zodanig, of op het laat-kapitalistische zelfbeeld, de (dominante) representatie van het zelf, het *Zelf*. Met andere woorden: is deze fragmentatie eigen aan de huidige epoche, of is het pas nu, in het huidige klimaat, dat het gefragmenteerde karakter van het zelf wordt (h)erkend, en de ideologie van het ‘ondeelbare subject’ (het in-dividu) in vraag gesteld (Strauss 1997)?

Roland Littlewood (1997) bijvoorbeeld betoogt dat deze fragmentatie van het zelf in verschillende ‘sub-zelven’ tot het wezen van de mens behoort, en bijgevolg niet als pathologisch (als aandoening van individu noch samenleving) kan worden beschouwd. (Uiteraard verwijst hij hierbij niet naar de dissociatieve stoornissen die we kennen uit de

psychiatrie). Ze is, bijgevolg, niet eigen aan de plaats of het tijdperk waarin we leven. Toch kan deze fragmentatie van het ‘moderne’ zelf ook pathologisch worden, en het postmodernisme – dat de nadruk legt op hybriditeit, multipliciteit en creolisering – voorziet de westerling in het geschikte *idiom of distress* om de fragmentatie op politiek of sociaal vlak vorm te geven. Het gevolg is dan ook een explosie, zelfs epidemie, van de diagnose ‘multipele persoonlijkheidsstoornis’ in de Noord-Amerikaanse psychiatrie.

Het moderne (ook ‘Cartesiaanse’) zelf is het min of meer coherente geheel van bewustzijn (waarmee het vaak wordt geïdentificeerd), cognitie, intentie, emotie, en motivatie, de centrale actor van het lichaam waarmee het wordt geïdentificeerd (Littlewood 1997: 80).

Maar de huidige Westerse productiewijze (globalisering, postmodernisme, enzovoort) stelt de begrenzing van dit ‘moderne’ lichaam (of Zelf, met hoofdletter) ter discussie. Het is niet langer een vaststaand gegeven. Tegelijk is dit eigenste menselijke lichaam het domein bij uitstek waarop hedendaagse veranderingen in de Westerse samenleving zich voltrekken – of het is een scherm waarop ze worden geprojecteerd. Het lichaam is, althans voor de elite, ‘aanpasbaar’ en maakbaar. Zo is er niet enkel de belangrijke vooruitgang gemaakt op het domein van, bijvoorbeeld, orgaantransplantatie en reconstructieve chirurgie. Ook de plastische (‘esthetische’ of ‘cosmetische’) chirurgie is tot op zekere hoogte gedemocratiseerd, en wordt gehanteerd als een middel om zich in te schakelen in een ideologie die jong en mooi (uitgedrukt in maten en geometrische verhoudingen, zoals ‘symmetrie’) *lijken* propageert om gezond en ‘goed’ te *zijn* (waarbij, uiteraard, in elk esthetisch oordeel een politiek en moreel oordeel ligt vervat). Via een chirurgische ingreep schrijft men zich in in een symbolisch machtsvertoog, en meet men zich een identiteit (of levensstijl, de twee liggen in de Noord-Amerikaanse en Europese samenleving in elkaars verlengde en zijn althans in het symbolische discours, in de ideologie gepropageerd door de media en ontspanningsindustrie, nagenoeg verwisselbaar). In het verlengde hiervan ligt de mythe of het archetype van de *cyborg* (zie Harraway 1991). Deze wordt, behalve door narcisme en almachtsfantasieën, gevoed door ontwikkelingen in de bio- en nanotechnologie. Een laatste voorbeeld, nu het menselijke genoom ontcijferd is, betreft de toekomstmythe van een lichaam en *dus* individu ‘naar wens,’ ontdaan van alle ‘natuurlijke’ onvolmaaktheden. Denk in dit verband ook aan de hysterie en beeldvorming rond genterapie en klonen.

De ommezijde van het vervagen van de grenzen van het lichaam/individu (het Zelf) is dat het afbakenen ervan toeneemt in belang. Het ondergaan van esthetische chirurgie is uiteraard ook een uiting van ‘individuatie’ (het affirmeren van de eigen individualiteit en ‘wil,’ paradoxaal genoeg door zich te conformeren aan het heersende schoonheidsideaal). Meer opvallend in dit verband is de populariteit van lichaamsveranderende technieken (zoals tattoo’s, piercing, chemische littekening – ‘branding’ – tandjuwelen of het splijten van de tong): ook zij zijn instrumenteel in het weer opeisen van de verloren gewaande grenzen van het Westerse Zelf (zie Polhemus & Randall 1996). Dit verlies kan ook in verband worden gebracht met nieuw emergerende noties van tijd en ruimte in het Avondland. Een af te leggen afstand wordt niet meer gedacht in ruimtelijke termen, maar in duur (‘afstand’ wordt ‘snelheid’). De ruimtelijke ordening uit het recente verleden wordt ervaren als een last; thuiswerk wordt gepromoot als

een efficiënte manier van ‘outsourcing.’ Denk in dit verband ook aan de opmars van de mobiele telefonie – ten dele gecompenseerd door ‘individueel’ downloadbare logo’s en beltonen. De menselijke lichamelijke is, inderdaad, niet beperkt tot de fysieke begrenzing (niet de huid, maar het epiderme) van het ‘individu.’ Ze heeft ook betrekking op de ruimte (en hoe deze wordt vormgegeven en ervaren), op de (ervaring van) tijd, en impliceert tevens en altijd de lichamelijke van anderen, of – bijvoorbeeld in de context van een herderssamenleving – de lichamelijke van de dieren uit de kudde (zie Van Wolputte 2003).

Dit wijzigende lichaams- en zelfbeeld heeft uiteraard ook zijn invloed op de zorgrelatie. Daar waar medisch pluralisme – in tegenstelling tot in Afrika – tot een tiental jaren geleden in het Westen nauwelijks werd herkend, heeft het zich het afgelopen decennium meer expliciet op de voorgrond van het vertoog genesteld (Janzen 1978; McEwan 1980; Van Wolputte 1997). Dit is ten dele een gevolg van het succes van de biomedische wetenschappen, die, althans in de Occident, erin geslaagd zijn om de gevaarlijkste besmettelijke ziektes uit te bannen en redelijk efficiënt zijn in het bestrijden van acute aandoeningen. De meeste slachtoffers vallen door chronische aandoeningen (vaak dan nog ‘welvaartsziekten’) of door ongevallen, en de nadruk verschuift van ziektebestrijding naar het vrijwaren van het gezonde lichaam, ook op latere leeftijd. Daar waar dit medisch pluralisme (zoals in zelfmedicatie, of in de raadpleging van zogenaamd alternatieve therapieën) voorheen een eerder sluimerend (en soms illegaal) bestaan leidde, wordt momenteel de monopoliepositie van de (huis-)arts openlijk ter discussie gesteld; patiënten (of *cliënten*) stellen zich mondiger of assertiever op tegenover de arts of hulpverlener (bijvoorbeeld om die dominante symbolen van de medische professie, geneesmiddelen, te verkrijgen); *dokter-shopping* behoort tot de gangbare praktijk (ondanks, althans in België, pogingen om dit fenomeen in te dijken); en patiënten spelen handig in op de onderlinge concurrentie tussen huisartsen.⁴ Deze grotere mondigheid van therapiezoekers is, op zijn beurt, het gevolg van het feit dat, zoals we boven reeds suggereerden, het medische vertoog is doorgedrongen in alle levensdomeinen. Het ‘individu’ (of Zelf), maar ook het dominante samenlevingsvertoog, is gemedicaliseerd (Hancock 2000). Dit betekent dan weer dat de Westerse geneeskunde meer en meer de rol van moraal en ethiek krijgt toebedeeld. Kortom: de medische wetenschap is doorgedrongen in zowat alle domeinen van het Westerse bestaan, en dit heeft zijn weerslag op, in eerste instantie, de geneeskunde en medische hulpverlening van de eerste lijn, terwijl de tweede- en derdelijns geneeskunde steeds specifiek en technischer wordt.

Mens, lichaamsbeeld en zorg

In het reeds vermelde artikel uit 1987 zochten Nancy Scheper-Hughes en Margaret Lock naar een uitweg voor het dualisme van lichaam en geest. Dit dualisme wordt mede verantwoordelijk gesteld voor de splitsing van de wetenschappen waarbij het lichaam een onderzoeksobject werd van de natuurwetenschappen (onder meer de biomedische wetenschappen) en de geest van de menswetenschappen (aanvankelijk de

theologie, later onder meer de psychologie). De medische antropologie stelde in de jaren tachtig dit dualisme – en de ermee verbonden wetenschappelijke aspectualisering – scherp ter discussie. De psychosomatische geneeskunde werd daarbij naar voren geschoven als een typisch voorbeeld van hoe sterk de invloed van het mentale op het lichamelijke wel is. Deze invloed werd door Scheper-Hughes en Lock gevat in het begrip the *mindful body*.

Dat het mentale een belangrijke rol speelt in lichamen (on)welbevinden is nog steeds niet evident in de geneeskunde. Op dezelfde manier heeft de lichamen (on)welbevinden in een dominant cognitieve psychologie evenmin een echte plaats. Dat hoeft, aldus bovenvermelde auteurs, niet echt te verwonderen: een diep in de Westerse cultuur geworteld mensbeeld is slechts zeer langzaam aan verandering onderhevig. In die zin bepaalt het dualisme van lichaam en geest – hoezeer we het zelf ook anders zouden willen – nog steeds veel van ons denken en handelen. Zelfs al ‘weet’ men dat lichaam en geest nauw met elkaar verweven zijn, in ons spreken en handelen blijkt de invloed van die grote ‘Ander,’ onze culturele ideeëngeschiedenis.

We geven een voorbeeld uit de bijdrage van Scheper-Hughes en Lock (1987). We weten dat pijn waarvoor de arts geen somatische oorzaak vindt, ‘echt’ is. Toch is bij degene met wie de pijnpatiënt interageert, de idee van ingebeelde pijn nooit ver af. Heden spreekt men van ‘medisch onverklaarde of onverklaarbare pijn’. Deze concepten laten aanvoelen dat men uiteindelijk voor de pijn toch een bepaalde biologische parameter zou willen aanduiden. Indien die niet te vinden is, zal de pijn niet miskend worden, maar zoekt men naar psychologische mechanismen zoals hypervigilantie, dominantie van negatieve affectiviteit, maladaptieve copingstijl, etc. In Vlaanderen zeggen sommige hulpverleners dan dat het probleem zich ‘in het koppeke’ of ‘tussen de twee oren’ bevindt. Er mag dan wel meer ruimte gekomen zijn voor psychologische componenten in somatische aandoeningen, het blijft toch vaak bij ofwel een medische ofwel een psychologische verklaring. Hoe ver staat het met het denken van het raakvlak (de ‘*synergie*’) van lichaam en geest – maar ook van ziekte en genezing die zich op dat raakvlak situeren.

Een actuele brug tussen geneeskunde en psychologie wordt gevormd door *cognitive neuroscience*. Psychologen worden hierom benijd door andere menswetenschappers omdat door deze subdiscipline de psychologie een belangrijke gesprekspartner is geworden voor de biomedische wetenschappen. Haar onderzoeksobject is echter het individuele lichaam, meer bepaald de microprocessen die zich in een deel van het lichaam, de hersenen, voordoen.

We mogen de verdiensten van deze wetenschapstak niet miskennen. We moeten echter ook, in de geest van Scheper-Hughes en Lock, kritisch blijven. *Neuroscience* benadert de mens individueel, waardoor de slinger vijftien jaar na Scheper-Hughes en Lock opnieuw in de deze richting neigt te gaan, weg van de drie aspecten die beide auteurs centraal stellen: *het ervaren (fenomenologische of fenomenale) lichaam, het socio-culturele lichaam* (als een symbool om de relatie tussen natuur, samenleving en cultuur te denken) en *het politieke lichaam* (als product van sociale en politieke controle). (Voor een kritiek op deze indeling, zie Van Wolputte z.d.). Ziekte en gezondheid worden door auteurs als Scheper-Hughes en Lock (1987) en Devisch (1991)

beschouwd als de taal van het lichaam waarin individu, sociale groep en cultuur tegelijk spreken. Het programma dat Scheper-Hughes en Lock op die manier voorspiegelden aan de antropologie, was duidelijk breed opgevat.

Sickness is not just an isolated event, nor an unfortunate brush with nature. It is a form of communication (...) through which nature, society, and culture speak simultaneously. The individual body should be seen as the most immediate, the proximate terrain where social truths and social contradictions are played out, as well as a locus of personal and social resistance, creativity, and struggle (Scheper-Hughes & Lock 1987: 31).

Waar beide auteurs binnen de medische antropologie – Scheper-Hughes (1992) ook binnen de psychologische antropologie – deze aandachtspunten aan de orde hebben gebracht, lijkt het alsof zulk een ‘meervoudig perspectief benadering’ van het lichaam in belangrijke mate buiten de biomedische wetenschappen en de psychologie is gebleven en het exclusieve domein van de sociale en culturele antropologie werd. Het mensbeeld dat impliciet de biomedische en psychologische wetenschappen sinds langere tijd leidt, blijkt een sterke invloed te hebben: het gaat om het Westerse mensbeeld waarin het individuele zelf als een afgegrensde en autonome eenheid beschouwd wordt. De afgrenzing wordt in belangrijke mate betekend door de lichaamsgrenzen waarbinnen een zelf huist: een lichaam wordt door een zelf bewoond. Omgekeerd betekent dit: het zelf wordt begrensd door het lichaam. Zoals we echter verderop suggereren: dit lichaam moet in de eerste plaats begrepen worden als een symbolische en metaforische *ervaringsgestalt*, eerder dan als een fysiek object. Hierbij zijn niet zozeer de ‘objectieve’ lichaamsgrenzen belangrijk, als wel de ‘subjectieve’: het betreft hier eerder de ‘sociale’ dan de ‘fysieke’ huid (het *epiderme*). De ervaring van één van de auteurs van deze inleiding bij de herdersvolkeren van Noord-Namibië leert dat dit lichaam, deze lichamelijke, niet noodzakelijk beperkt is tot het fysieke lichaam van het ‘individu’: het omvat tevens, bijvoorbeeld, de lichamelijke aanwezigheid van de voorouders, of van de dieren in het dorp.

Maar het lichaam laat de mens ook toe zich zelf af te grenzen én open ‘in-de-wereld-te-staan’: het lichaam is cruciaal in de zelfervaring én staat tegelijk centraal in het contact met de sociale omgeving en de culturele leefwereld. Meer zelfs, in de wijze waarop het zelf ervaren en afgegrensd wordt, is de sociale groep en de culturele leefwereld reeds geïmpliceerd, net zoals de mens vanuit de zelfervaring en de rol die het lichaam daarin speelt, een invloed heeft op het sociale lichaam en de leefwereld (de cultuur) waarin hij participeert.

Kwetsbaarheid als cruciaal element van de ervaring van lichamelijke

Kwetsbaarheid wordt door Shildrick (2002) omschreven als een existentiële toestand die onvermijdelijk deel uitmaakt van de ervaring van elk mens. In de Westerse cultuur waarin het dominante imaginaire mensbeeld er één is van een afgeschermd, gesepareerd en autonoom ik, heeft de kwetsbaarheid als aspect van de menselijke ervaring echter een negatieve connotatie. Het wordt namelijk in verband gebracht met een

gemis of een tekort aan afscherming van de eigen grenzen. Hierdoor kan de persoon schade oplopen in de interactie met zijn omgeving. Shildricks stelling is dat ervaringen van kwetsbaarheid en uitingen van kwetsuur, omwille van de bedreiging die ervan uitgaan voor de integriteit van het 'eigene' of het 'zelf', toegeschreven worden aan de 'andere' ofwel het voorwerp kunnen zijn van correctie en interventie. De eerste manier van omgaan met de kwetsbaarheid is discursief van aard, de tweede vormt een onderdeel van een biotechnologische vooruitgang in de medische benadering van de kwetsbaarheid.

Het lichaam is daarbij de *locus of experience* die de mens op bijzondere wijze in voeling brengt met zijn kwetsbaarheid. Een historiek van de Westerse filosofie van het lichaam zou ons hier te ver voeren, maar een korte verwijzing naar Plato, één van de grondleggers van de Westerse filosofie, is belangrijk. Hij beschouwt het lichaam onder meer als een materiële kerker waarin hogere mentale functies huizen. Zijn visie op het lichaam heeft het mensbeeld in de latere Westerse wetenschappen erg beïnvloed. Plato legde de basis voor een dualisme van lichaam en geest dat in de filosofie van Descartes zeer expliciet uitgewerkt is. Deze Franse filosoof uit de 17e eeuw koppelt de zijnservaring aan het mentale, of beter: het cognitieve: '*Cogito, ergo sum*'. De geest is een denkende substantie die verder kan functioneren, zelfs wanneer het lichaam wijzigingen ondergaat. Het lichaam is een soort mechanisch huis waarin het subject vertoeft. Deze subjectiviteit schuilt niet in het lichamelijke, wel in het mentale.⁵

Bepaalde filosofische stromingen formuleren een antwoord op deze *body-mind split*. Merleau-Ponty's fenomenologie is er een voorbeeld van. Het zijn-in-de-wereld is allereerst een relationele dynamiek, een ontmoeting met wat ons omringt. In deze zijnservaring worden we voortdurend geraakt door anderen, bewogen tot allerlei dingen, aangedaan door affecten. Deze affectief-relationale dynamiek laat zich in eerste instantie lichamenlijk voelen: het lichaam vormt de *conditio sine qua non* voor een betrokkenheid op onze leefwereld (Binswanger 1973). Met het 'levende' lichaam, deze ervaren lichamenlijkheid, komen we tot ont-moeting (Buber 1981).

Toch stelt zich ook hier een probleem in verband met het statuut van het lichamenlijk. Ook bij Merleau-Ponty namelijk, staat het gezonde lichaam gelijk aan het lichaam dat buiten de bewuste perceptie blijft en verdwijnt in de achtergrond van de ervaring. Gezondheid is, volgens Canguilhem (een leerling van deze Franse school) de 'stilte der organen'. Het lichaam is dan wel essentieel in de vitale relatie tussen de persoon en zijn leefwereld, het komt pas in het bewustzijn als het op één of andere manier niet langer heel en integer is: ziek, gekwetst, gebroken, geïnfecteerd, zorgbehoevend, getekend door symptomen. Shildrick (2002) beklemtoont dat op deze manier, zelfs in de fenomenologie, het gezonde en het potentieel krachtige lichaam de norm blijft. Het lichaam dat in de perceptie verschijnt, is het zieke lichaam: het laat zich op dat moment aan het zelf voelen als het 'andere', het 'vreemde' of 'bevreemdende', het 'ver-ander-de.'

Impliciet geldt het functionerende lichaam als de norm. Het gemarkeerde lichaam is dan eerder een afwijking dan een valide alternatief. En wanneer in een Westerse blik lichamen opvallen, doordat ze niet aan deze 'norm' van het jonge, vitale en gezond functionerende lichaam voldoen, gelden ze als afwijking: het ouder wordende lichaam,

het nog niet volwassen lichaam, het puber-lichaam, het gehandicapte lichaam dat mindervalide genoemd wordt, het anderskleurige lichaam (niet-‘witte’), het zieke lichaam, het geïnfecteerde lichaam, het mollige lichaam, het zwangere lichaam, etc. Deze lichamen staan niet bepaald voor *other ways of being*; ze worden al te vaak beschouwd als afwijkende lichamelijke waaraan in een aantal gevallen zelfs morele oordelen verbonden zijn (bijvoorbeeld, wanneer kanker of HIV/AIDS worden toegeschreven aan de eigen verantwoordelijkheid – het gedrag – van de getroffene) (zie Sontag 1989).

Een basisassumptie van het Westers mensbeeld is dat een soeverein zelf – een mentaal gegeven – huist in een lichaam dat oorspronkelijk de basis vormde voor de zelfervaring – *Das erste Ich ist ein Körper-Ich* (Freud 1923) – en nadien een belangrijk fundament hiervan blijft dat echter normaal niet meer in het bewustzijn verschijnt (tenzij bij ziekte). In de ontwikkelingspsychologie zou men zeggen dat de archaïsche lichamelijke zijnswijze nu opgenomen is in een latere, meer complexe zijnswijze. De lichamelijke zijnswijze, typisch voor de vroegste kindertijd, vormt nu impliciet een onderdeel van de meer volwassen zijnswijze waarin het mentale domineert, anders gesteld, het mentale het lichaam in bezit heeft genomen. Het lichaam dat toch in het zelfbewustzijn aanwezig is, is de ‘andere’ lichamelijke: het lichaam van de medemens dat ons opvalt door één of ander kenmerk, het lichaam van de *temporarily disabled or sick people*, het lichaam van mindervaliden, maar evengoed het eigen lichaam dat ‘zich roert’ of waarvan bepaalde aspecten voor het zelf minder acceptabel zijn. Het kan ook gaan om het lichaam van mensen dat het voorwerp vormt van de blik van de dominante groep wier lichaam impliciet als norm geldt: het lichaam van de vrouw dat door mannen in de wetenschap ooit beschreven is als ‘gecastreerd’, ‘penis benijdend’, ‘gedomineerd door natuur in plaats van door de wil’; het lichaam van de migrant als ‘niet-blank.’⁶

Het lichaam brengt de mens op allerlei manieren in contact met kwetsbaarheid, tijdelijkheid, ver-ander-ing, veroudering, etc. In de volgende paragrafen bespreken we de plaats van de kwetsbaarheidservaring in de lichaamscultus alsook twee manieren die Shildrick beklemtoont in de omgang met de lichamelijke ervaren kwetsbaarheid.

De ervaring van lichamelijke kwetsbaarheid en ‘body-culture’

Paradoxaal genoeg is het lichaam als een op de achtergrond perfect functionerend mechanisme voor eenieder slechts bij tijd en wijlen een gegevenheid. De stilte van het lichaam is onbereikbaar voor wie ziek, onvolmaakt, of pijn-patiënt is, lijdt aan chronische vermoeidheid of uitgeput is door de zorg voor kinderen. Het lichaam treedt ook sterk op de voorgrond voor wie niet kan stilzitten (kinderen met *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), bij patiënten bij wie zich ‘kortsluiting’ in de hersenen voordoet (epilepsie), of die onder invloed van grote emoties een flauwte krijgen. Maar ook voor het kind dat zich bezeert wanneer het leert lopen, is het lichaam voelbaar. Zelfs ‘gewoon groeien’ gaat bij kinderen gepaard met (groei)pijnen.

En in de kliniek zien we syndromen en psychosomatische symptomen (*le corps symptôme*) en ontmoeten we kinderen die zichzelf pijn doen wanneer het niet goed met hen gaat (automutilatie, trichotillomanie – haarplukken – kerven, in de arm knijpen, enzovoort). De psychosen brengen ons in contact met allerlei stoornissen in de

lichaamsbeleving (het gespleten lichaam, het doodse lichaam, het slechte lichaam, het bizarre en beangstigende lichaam, ...). Het totaal machteloze en uiteindelijke pijnlijke lichaam bij bepaalde spierziekten werd in mei 2002 nog scherp onder de aandacht gebracht bij het overlijden van Diane Pretty die in Engeland jarenlang vocht om het recht op een eigen stem bij euthanasie.

In die zin kan men stellen dat ziekte en handicap de illusie van een veilig lichaam en begreemd subject voortdurend ter discussie stellen. Ze brengen ons in aanraking met de ervaring dat ook het gezonde lichaam voortdurend potentieel kwetsbaar is. Bepaalde schadelijke invloeden kunnen het lichaam vanuit ons milieu bedreigen, wat onder meer een grote drijfveer is achter de aanzienlijke beveiliging van voedselketens en de angst voor schade aan deze keten. Het spreekt voor zich dat het het best is als de voedselkwaliteit goed beveiligd wordt en men niet blind is voor bepaalde gevaren in het grootschalige voedselketen. Tegelijk is het aspect 'on gezond voedsel' haast een metafoor: het drukt de angst uit voor kwetsuur en ziekte die teweeggebracht kunnen worden door wat men tot zich neemt maar waarvan de productie de mens ver te boven gaat. Maar ook van binnenuit kan het lichaam veranderingen ondergaan waaraan bepaalde evoluties niet onschuldig zijn. Sommige weefselveranderingen (zoals een tumor) kunnen zelfs levensbedreigend zijn.

Verder is het ook niet zo dat het gezonde lichaam altijd stil is. Het lichaam betekent immers openheid op de wereld. Onze zintuigen zijn vensters op onze leefwereld, waarmee interactie onvermijdelijk is. Volgens Merleau-Ponty is het net deze zintuiglijkheid, die moet begrepen worden als een actief ingrijpen op de wereld, en niet als een eerder passieve receptie van 'indrukken,' die het bestaan mogelijk maakt. Onze zintuiglijke ervaring is soms overweldigend intens, net zoals wat we vanuit onze lichamelijkeheid soms voelen aan verlangens, seksualiteit, agressie. Het zet ons aan tot allerlei zaken, eerder dan stil te zijn.

Een ander aspect dat verbonden is met het Westerse mensbeeld, is dat men voortdurend zal nastreven een zeker ideaal te bereiken, zowel in positieve zin (bevordering van de gezondheid door bijvoorbeeld regelmatig te wandelen, te joggen) als in negatieve zin (bijvoorbeeld, wanneer men verstrikt zit in bepaalde ideale lichaamsbeelden zoals bij anorexia patiënten). Bewust bezig zijn met het lichaam toont in Westerse culturen de grote onderliggende gevoeligheid voor lichaamsbeleving. Zoals steeds kan dit op constructieve wijze gebeuren (bijvoorbeeld, *body-styling*, *body-culture*) of een ware obsessie worden en zelfs destructieve vormen aannemen. Volgens Shildrick (2002) is één van de aspecten die het bezig zijn met het lichaam constructief laat verlopen, een zekere mate van aanvaarding van de kwetsbaarheid van dat lichaam. We denken hier bijvoorbeeld aan alledaagse ervaringen zoals de stramheid na het joggen, de veroudering temidden van de make-up, etc. De confrontatie hiermee kan dan wel telkens een narcistische krenking betekenen, maar de erkenning van het nut van lichaamszorg naast de onvermijdelijke ervaring van kwetsbaarheid is, aldus Shildrick, een belangrijk element van 'gezondheid' in de brede zin van het woord.

Discursieve hantering van de lichamelijke kwetsbaarheid

Shildrick wijst op twee centrale manieren om het kwetsbare lichaam op afstand te houden: het toeschrijven van kwetsbaarheid aan de lichamelijke 'anderen' (de discursieve methode) en het medisch verwijderen of verbergen van tekens van lichamelijke kwetsbaarheid (biomedische technologie).

In de mate dat het lichaam zich laat aanvoelen als een kwetsbaar of gekwetst organisme, is de betekenisgeving van 'vreemd' en 'anders' nooit ver weg. Kristeva (1987) meent dat het lichaam een aspect is dat nooit volledig onder controle is: het heeft iets van het 'andere' in onszelf. Het is nauw verbonden met diepmenselijke verlangens, intense emoties en onbewuste strevingen. Voor zover deze elementen die aan de menselijke bewuste controle ontsnappen, voor het subject onaanvaardbaar zijn, vormen ze het 'abject': een niet erkend, niet aanvaard aspect van ons bestaan dat vervolgens op anderen geprojecteerd wordt. Dit vormt volgens Kristeva de achtergrond van het gegeven dat het vreemde en ongrijpbare in het bestaan vooral aan 'anderen', meer bepaald aan 'anders lichamelijken' wordt toegeschreven: het kwetsbare lichaam *is* de Ander (met hoofdletter, als symbolisch construct): zieken, gehandicapten, gewonden, geïnfecteerden, *the gender different*, maar ook de 'verre' Ander, zij die verschillen van de 'globale' norm door hun fenotypische verschijning, 'ethnie' of religie en diegenen die zich op de scheidingslijn tussen 'Zelf' en 'Ander' bevinden.

Het gegeven dat de mens nooit een afgewerkt en afgegrensd geheel is dat voor zichzelf volledig transparant is en het gegeven dat het lichaam deze breuk in de mens lijkt te 'belichamen', maakt dat angst voor, controle over en zorg ten aanzien van 'andere lichamelijke' een belangrijk aandachtspunt vormen voor de medische antropologie en voor de samenleving als geheel. De ervaring van de lichamelijke kwetsbaarheid en de bedreiging die hiervan uitgaat voor het 'eigene' of het 'Zelf', maakt dat de onaanvaardbare aspecten van de kwetsbaarheid aan 'Anderen' worden toegeschreven. Shildrick (2002) ziet hierin een belangrijke bron van de grote nood aan *othering* die zich voordoet in Westerse culturen. Hierdoor worden bepaalde aspecten bij die ander uitvergroot (bijvoorbeeld, in het verleden ging men ervan uit dat bepaalde lichamelijke tekens van sommige vrouwen wezen op hekserij, of, dat contact met menstruerende vrouwen besmetting veroorzaakte – een gedachte die overigens zeker niet beperkt is tot Westerse culturen). Dit leidde onder meer tot stereotypen met soms discriminerende gevolgen, wanneer aan de lichamelijke andere ronduit monsterlijke (en heden ten dage, criminele) aspecten worden toegeschreven.

Er is echter ook een tegenbeweging zichtbaar: de zorg voor de lichamelijke andere, op basis van wat in de Vlaamse hulpverlening een 'zorgethiek' wordt genoemd. De kwetsbaarheid wordt hier niet op afstand gehouden: men treedt in contact met het kwetsbare lichaam. Ook hierin ziet Shildrick een taak voor een medische antropologie: welke socio-culturele aspecten geven vorm aan deze zorg, bepalen er de regels? Welke socio-culturele dimensie valt te onderkennen in de ontmoeting, binnen een hulpverleningspraktijk, met het kwetsbare lichaam. Hoe gaan cultureel Anderen (zowel patiënten als hulpverleners) met het kwetsbare lichaam om?

Technologische hantering van de lichamelijke kwetsbaarheid

In de biomedische wetenschappen deed zich de voorbije decennia ongetwijfeld een grote evolutie voor. Nieuwe ontwikkelingen en ontdekkingen scheppen steeds meer mogelijkheden wat betreft de zorg voor het gekwetste en het kwetsbare lichaam. Soms roept dit op imaginair vlak ook een geloof op in de uitbanning van de lichamelijke kwetsbaarheid van de mens: het weghalen van afwijkingen, het klonen, genetisch manipuleren, de visie dat AIDS en kanker binnen afzienbare tijd chronische (en niet langer terminale) ziekten zullen worden, de steeds verdergaande stijging van de levensverwachting, de zwangerschappen van oudere vrouwen (denk aan professor Antinori), enzovoort. Dit brengt met zich mee dat medische beslissingen, op hun beurt, steeds aan belang winnen, meer en meer beladen worden, meer en meer ook ethische en morele vragen oproepen: hoe gaan we om met grenzen aan deze ongetwijfeld grootse vooruitgang? Hoe springt men om met het gegeven dat mensen gemiddeld steeds ouder worden, terwijl tegelijk het oudere lichaam in onze cultuur in zekere zin gevreesd en gemarginaliseerd wordt?

Een andere vraag is hoe deze medische wereld verschijnt in de ogen van de niet-dominante groepen in de samenleving, van cultureel anderen. Van de biomedische wetenschap gaat een aantrekkingskracht uit: migrantenouders, bijvoorbeeld, menen bij ernstige gedragsstoornissen van hun kinderen in eerste instantie dat de Westerse psychiatrie een oplossing biedt. Maar kunnen we ook met deze ‘anderen’ communiceren (bijvoorbeeld, omtrent de kwetsuur die de opname voor dit gezin uit een culturele ‘minderheid’ betekent, omtrent de wijze waarop zij de concrete behandeling in een instelling van de ‘dominante’ cultuur beleven, of omtrent de co-consultaties bij therapeuten en genezers uit die ‘andere’ cultuurgemeenschap). Medisch pluralisme, ook in deze context, is een gegeven. En hierin situeert zich een gevoelig aspect van de progressie die de biomedische wetenschappen hebben gemaakt in de behandeling van menselijke kwetsbaarheid: deze biomedische technologie *heeft* een plaats tussen mensen die deel uitmaken van sociale groepen en culturele leefwerelden (en dit niet enkel in het Westen). Een efficiënt gebruik van deze technologieën vereist in die zin ook grote communicatieve vaardigheden en openheid voor ontmoeting met andere culturen (en de visie die daarin leeft op gezondheid, ziekte, kwetsuur, behandeling, zorg en verzorging). Hierin – in de reflectie omtrent cultuur en technologie, omtrent enerzijds culturele sensitiviteit en anderzijds medisch-technisch handelen – ligt een belangrijke uitdaging voor zowel de biomedische wetenschappen als de menswetenschappen. Het is hier dat precies de medische antropologie een belangrijke inbreng kan hebben, niet enkel in de theorie maar ook in de praxis van de ontmoeting tussen patiënten en hulpverleners uit een verschillende sociale en culturele achtergrond.

Het fragmentarische en excentrische lichaam-zelf

We worden met andere woorden geconfronteerd met een belangrijke paradox: enerzijds is het menselijke lichaam nog nooit zo ‘onkwetsbaar’ geleden als momenteel in

het Westen. Anderzijds lijkt ook de ervaring van ‘kwetsbaarheid’ nog nooit zo ingrijpend geweest te zijn als hier en nu. Hoe hoger de levensverwachting, hoe banger men is voor de dood. Nog nooit zijn we zo gezond geweest. Maar blijkbaar wakkert dit enkel de angst voor ‘het ongezonde’ aan.

Het opschuiven of vervagen van de eindigheid van het menselijke lichaam heeft tot gevolg dat er blijkbaar meer behoefte is aan het afbakenen van de symbolische grenzen ervan. Dit menselijke lichaam is – inderdaad – de voornaamste bron van symboliek en, belangrijker, van ‘identiteit’ en ‘zelf.’ Dit betekent dat vooral datgene wat ervaren wordt als een ‘lichamelijke’ bedreiging in eerste instantie een bedreiging betekent voor (de integriteit van) het Zelf.

Deze laatste notie is echter aan een ingrijpende verandering onderhevig; enerzijds zien steeds meer wetenschappers in dat de idee van een ‘enkel’ of monolithisch zelf een culturele en ideologische fictie is. Anderzijds is ook de notie van ‘zelf’ en ‘individu’ zich in het westen aan het wijzigen (zie boven). Dit is waaraan bijvoorbeeld Jameson refereert als het ‘postmoderne gefragmenteerde individu,’ het individu dat zijn ‘Zelf’ heeft ingeruild voor een ‘life-style’ die even gemakkelijk wordt aangenomen en afgelegd als een jas of hoed, en waarvan eenieder van ons er enkele – letterlijk – in de kast heeft zitten.

Deze ‘fragmentatie’ van het Zelf is echter niet nieuw. Evenmin is het een Westers verschijnsel. Het is wel eerder recent dat deze fragmentatie wordt onderkend. Aan de grondslag ervan ligt de vaststelling of opvatting dat menselijk handelen zelden rechtlijnig is, en eerder wordt gekenmerkt door paradox, tegenstrijdigheid en conflict (dit impliceert ook een visie op de samenleving waarin niet langer sociale orde en logica, maar sociale en politieke spanningen centraal staan). Net als de werkelijkheid uit verschillende, niet noodzakelijk met elkaar convergerende deeldomeinen bestaat, zo omvat het lichaam-zelf verschillende zelden die het lichaam-zelf precies in staat stellen zich doorheen deze ‘multipale’ werkelijkheid (de verschillende en diverse sociale contexten waar het ‘individu’ zich kan bevinden) te bewegen. Het lichaam is soms inderdaad het enige wat verschillende zelden met elkaar gemeen hebben.

Een zelf ontstaat inderdaad in de lichamelijke – zintuiglijke – ervaring en is net als deze laatste (die moet begrepen worden als een actief ingrijpen op de wereld) opgebouwd uit paradigmatische en syntagmatische associaties, uit metaforen en metoniemen. Een zelf kent een eigen ‘stem,’ herinnering en geschiedenis. Deze stellen een zelf – in het beste geval – in staat om zich doorheen ‘de’ werkelijkheid te bewegen. Maar net als de ervaren werkelijkheid verschillende domeinen beslaat, zo splitst het lichaam-zelf zich op in verschillende subjectiviteiten om deze (vaak tegenstrijdige en conflicterende) ervaringswerkelijkheden te ‘bevaren.’ Een zelf kan daarom worden getypeerd als een associatief, en bijgevolg slechts gedeeltelijk geïntegreerd geheel van metaforische en metonymische verbindingen die verwijzen naar een welbepaald ervaringsdomein (of *ervarings-Gestalt*). Een zelf verwijst naar ‘toebehoren’ (*belonging*), naar de onbetwiste (zij het niet onbetwistbare) en on-middellijke aanvaarding, de vanzelfsprekendheid (*doxa, cette experience muette du monde*, Bourdieu 1977: 87), van een deel of domein van de leefwereld. Het is geassocieerd met tijd en tijdsverloop; verschillende zelden vloeien ongemerkt in elkaar over (als ‘stadia van de levensweg’), of

zijn verbonden aan eerder afgebakende periodes die worden begonnen of afgesloten met, bijvoorbeeld, een overgangsrite (zoals een graduatie, besnijdenis, een initiatie tot genezer, of zwangerschap en geboorte). Of ze ontstaan na een ingrijpende gebeurtenis (zoals ontslag) of traumatiserende ervaring: iemand valt ten prooi aan verkrachting of een andere vorm van foltering, heeft een zwaar ongeval of verneemt de diagnose ‘kanker’ of ‘HIV-positief’ van zijn of haar huisarts. Wat deze voorbeelden gemeen hebben, is dat ze refereren aan het register van ‘lichamelijkheid’ en, meerbepaald, aan het trekken of schenden van de begrenzing van dit lichaam. Een centrale rol hierin speelt de (sociale) herinnering, die zich al dan niet manifesteert via de (sociale) huid. Of zelve zijn geassocieerd met ruimte of plaats, met ‘binnen’ en ‘buiten’, ‘thuis’ en ‘werk,’ of – in de context van migratie – met het ouderlijke dorp in pakweg landelijk Turkije en, in contrast, het leven in een grootstad als Brussel of Rotterdam. Uiteraard sluiten deze voorbeelden elkaar niet uit: zelve bestaan naast en door elkaar en kunnen op verschillende momenten de bovenhand krijgen, afhankelijk van bijvoorbeeld de interactionele context, of van de emoties en herinneringen geassocieerd met, bijvoorbeeld, een geur of een gekoesterd voorwerp in huis.

Deze zelve groeien en doven uit, kunnen gelijktijdig bestaan en overlappen elkaar dan gedeeltelijk; ze verhouden zich ex-centrisch ten aanzien van elkaar. Wat ze met elkaar gemeen hebben, is dat ze verwijzen naar eenzelfde ervaringseenheid: het fenomenale (of objectieve) lichaam. Dit is het lichaam zoals het door deze zelve wordt ervaren, en valt dus niet zonder meer samen met het fysieke (het pre-objectieve) lichaam. Deze ervaringen (behagen-onbehagen) materialiseren zich in metaforische associaties (zoals in-uit, links-rechts, boven-onder) die gaandeweg een basale en stichtende matrix vormen van perceptie, gevoelens en handelen. Deze matrix is niet pre-cultureel; ze is wel pre-symbolisch (Csordas 1990: 10).⁷

Rituelen bijvoorbeeld, zowel de meer dagelijkse (douchen, slapen gaan, enzovoort) als de meer uitzonderlijke (zoals een begrafenis, rechtszaak of operatie) ritmeren de lichamelijke van het lichaam-zelf. (In deze dient men ‘lichamelijkheid’ niet te beschouwen als een gegeven, maar, vanuit fenomenologisch standpunt, als een relatie). Ze zijn een bron van identiteit en zelf, precies omdat ze zowel inzet als resultaat zijn van sociale (en dus politieke en historische) verhoudingen. Zij markeren de symbolische en metaforische grenzen van het lichaam-zelf of schaven ze weg, tekenen de sociale huid (Turner 1980) af en tegelijk appelleren ze aan de matrixiale ervaring van het lichaam-zelf. Ze associëren sociale normen en waarden met emoties en, uiteindelijk met lichaam en lichamelijke. Ze hercreëren tijd en geschiedenis in het lichaam van groep en ‘individu,’ en heroriënteren het lichaam-zelf in tijd en ruimte (Devisch 1993) door het scheppen van een lichamelijke tijd-ruimte die voorbij gaat aan de gangbare sociale (symbolische) orde en gekenmerkt wordt door de verstrengeling van het sociale en het kosmische.

Het ritueel (zoals therapie, of de behandeling door een arts) versmelt verschillende symbolische en metaforische werkelijkheden in een lichamelijke tijd-ruimte die de fragmentatie van het lichaam-zelf althans tijdelijk weet te overstijgen; dit impliceert dan ook dat de integratie van verschillende zelve en identiteiten in de eerste plaats wordt bewerkstelligd door emoties en gevoelens. Maar deze integratie is logisch noch

compleet: ze is partieel, metaforisch (en niet symbolisch), behoort tot het matrixiale domein en wordt bewerkstelligd doorheen emotioneel beladen momenten (zoals geboorte of dood) die inspelen op de fysieke, symbolische en metaforische begrenzing van het lichaam-zelf, met name de (sociale) huid. Hierin ligt, omgekeerd, waarschijnlijk ook de 'efficiëntie' van folteren om 'iemand te breken,' of een verklaring van de reden waarom een trauma zulk een ingrijpende invloed kan hebben op iemands 'persoonlijkheid' en zelf-beleving (zie Scarry 1985).

'Zelven' zijn daarom verschillende *modi* van handelen en ervaren (ook al is het onderscheid tussen deze laatste twee niet altijd eenvoudig te maken). Het geheel van deze zelven (het lichaam-zelf) resulteert bijgevolg uit tegenstrijdige en paradoxale ervaringen, (sociale) spanningen en conflicten die echter één ding gemeen hebben, namelijk dat ze 'echt,' – dat is, ervaren – zijn.

Met excentriciteit bedoelen we dus in de eerste plaats dat deze zelven zich niet verhouden tot een fysieke of psychische kern (het 'centrum'), en niet te herleiden vallen tot een enkel bewustzijn of subjectiviteit. In de tweede plaats betekent het dat elk zelf zijn oorsprong vindt in bronnen die zich buiten de fysieke begrenzing (het *epiderme*) van het lichaam bevinden, in 'buitenste' betekenisvelden. Dit is een gedeeltelijke verklaring van waarom 'de Mens' zulk een belang hecht aan de sociale huid, aan hoofd- doeken, haartooi of klederdracht, maar ook aan littekens en verwondingen. Zij vestigen niet enkel iemand's identiteit; zij maken het mogelijk dat het lichaam-zelf zich in de leefwereld – in al zijn complexiteit en meerlagigheid – begeeft. En hoewel de ervaring van deze fragmentatie in conflict kan treden met de sociale vereisten van 'individualiteit,' toch is het deze kwetsbaarheid of genaakbaarheid die ons maakt tot wat we zijn. Dit betekent echter niet dat menselijk lijden en trauma altijd als 'zinvol' wordt ervaren, integendeel. Maar het kwetsuur (al dan niet zelf toegebracht, zoals in boven vermelde voorbeelden) gooit ons terug op onze lichamelijke – onze subjectiviteit, het lichaam-zelf. Deze lichamelijke wordt niet afgebakend door fysieke, maar door de symbolische en metaforische grenzen, en is een voorwaarde tot inter-subjectiviteit (Weiss 1999).

Lichamelijke, kwetsbaarheid en zorg

Lichamelijke en kwetsbaarheid is een thema waarin, kortom, verschillende gedachte-lijnen samenvloeien. Ten eerste zijn er de vragen van algemeen medisch-antropologische aard. Welke invloed hebben sociale en culturele veranderingen op de perceptie van en zorg om het 'zieke' of gekwetste lichaam (waarbij het 'lichaam' hier zowel in een metaforische als in een 'fysische' zin dient te worden begrepen)? Of op de relatie therapeut-cliënt/patiënt? Of op de medische, therapeutische of medisch-antropologische theorievorming? Hoe verhouden zich politieke en sociale spanningen en conflicten ten aanzien van kwetsuur, of ten aanzien van zelf- en lichaamsbeeld? Hoe worden deze spanningen belichaamd (of soms: gesomatiseerd)? Wat is de rol en status van emoties en affecten in het begrijpen van het gekwetste of kwetsbare lichaam? En, in de geest van Scheper-Hughes' (1995) kritische en geëngageerde antropologie, in welke

mate, en hoe zijn lichamelijke en psychische aandoeningen een expressie van een culturele minderheidspositie en kansarmoede, van machtsverhoudingen en ‘politieke’ strategieën (zie Meurs et al. 2000).

Ten tweede is er een aantal maatschappelijke of sociale vragen: welke sociale groepen zijn het meest ‘kwetsbaar’? Hoe verhoudt de zorgverlener zich tot het ‘andere’ lichaam? Of: in welke mate is dit ‘andere’ lichaam de drager van wat men in het ‘eigen’ lichaam niet wil of kan (h)erkennen? In welke mate is de kwetsbaarheid van de ‘Ander’ instrumenteel in het begrijpen en maken van het ‘Zelf’?

Bijzonder nauw verwant hiermee zijn de vragen van ethische en morele aard: hoe verhouden de biowetenschappen (en met hen de samenleving) zich tot het zwangere, gehandicapte, dode lichaam (bijvoorbeeld, de ervaren onmacht van ouders en hulpverleners die vaak nog versterkt wordt wanneer beide partijen uit andere culturen komen)? Hoe kan de samenleving (met name, de zorgverlener) een antwoord bieden op ervaren onmacht en machteloosheid? Wat doet men met de slachtoffers van geweld of andere traumatische ervaringen? En – meer toegespitst op de zorgverlening – wat is de rol van het lichaam in de biomedische wetenschappen? Hoe gaan deze laatste om met het gekwetste (en dus ook met het ‘intacte’) lichaam? Wat is het statuut van het lichamelijke in de psychologie? Hoe verhoudt ook de psychotherapie zich tot lichamelijkeheid? Waar ontstaat de zorgethiek, en hoe kunnen we deze begrijpen? Biedt deze zorgethiek een antwoord? Of is het een poging om ook het lichaam van de ‘Ander’ toe te eigenen? Deze vragenreeks komt dan weer dicht bij een aantal vragen van meer filosofische en maatschappijkritische aard. Wat is het statuut van individu en subject in de hedendaagse samenleving? Hoe kunnen we ‘dividualiteit’ thematiseren? Wat is een zelf, en hoe verhoudt het zich tot lichamelijkeheid? Wat zijn de politieke en maatschappelijke gevolgen van het Westerse lichaamsbegrip en ‘ondeelbaarheidsbeginsel’? Wat is de rol van lichamelijkeheid en belichaming in het begrijpen van subjectiviteit? Enzovoort.

Deze vele vragen en perspectieven worden door een aantal auteurs gevat onder de noemer *embodying* of *embodiment*, belichaming (of soms: *verlichaming*): de lichamelijke realisatie (*corpo-reality*) van het affectief-relatieve in-de-wereld-staan, de ervaring van kwetsbaarheid daarbinnen en de socio-culturele matrix waarin aan de ervaring van kwetsbaarheid vorm en betekenis wordt gegeven. Deze existentiële lichamelijkeheid (*bodiliness* of *corporéité*, Devisch, 1993) is steeds sociaal, cultureel en subjectief tegelijk, maar ook kwetsbaar (Meurs 2002; Van Wolputte z.d.).

Noten

Patrick Meurs is doctor in de psychologie, alsook licentiaat in de theologie, sociale en culturele antropologie, seksuologie en filosofie, en voltooide de specialisatieopleiding in de kinderspsychotherapie. Hij is momenteel verbonden aan het Centrum voor Kinderpsychotherapie van de Katholieke Universiteit Leuven als wetenschappelijk vorser, en aan het Huis der Gezinnen te Brussel als ouderbegeleider/kindertherapeut in een project van preventieve ontwikkelingsbeleiding voor allochtone, kansarme gezinnen. E-mail: patrick.meurs@psy.kuleuven.ac.be.

Steven Van Wolputte is doctor in de sociale en culturele antropologie en licentiaat in de sociologie. Hij is momenteel als postdoctoraal onderzoeker van het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek-Vlaanderen verbonden aan het Departement Sociale en Culturele Antropologie van de Katholieke Universiteit Leuven. Zijn onderzoek spitst zich voornamelijk toe op cultuur-eigen noties van zelf en identiteit bij de herdersvolkeren van Noord-Namibië in de context van kolonisatie en apartheid. E-mail: Steven.vanwolputte@ant.kuleuven.ac.be.

- 1 *This Is The End Of The World As We Know It.*
- 2 'Postmodernisme' is volgens critici weinig meer dan de intellectuele en artistieke bedgenoot van globalisering en neokolonialisme (zie Adam & Tiffin 1991), en is minder een alternatief voor dan een late fase of voortzetting van het modernisme, of: postmodernisme is een voornamelijk Westers fenomeen, dat meer met het modernisme gemeen heeft dan het zelf wil toegeven.
- 3 Deze veranderingen kunnen tenminste gedeeltelijk worden ingeroepen ter verklaring van het bruine spook dat momenteel door West-Europa waart.
- 4 Volgens de Belgische vereniging van huisartsen verklaart dit mede het eerder hoge zelfmoordcijfer onder Vlaamse huisartsen.
- 5 De bedoeling van Descartes was, indertijd, om de wetenschappen (de 'geest') te emanciperen van de theologie, die hij het domein van de 'ziel' toedichtte.
- 6 Onderliggend is de assumptie die stelt dat de mens evolueert van een 'natuurlijke' staat naar beschaving, en die 'natuur' beschouwt als de ontkenning van beschaving. In lijn hiermee werden 'natuurvolken' beschouwd als 'onbeschaafd' en als 'meer lichamenlijk.'
- 7 In de psychoanalyse is castratie (het creëren van een *objet a*) een noodzakelijke stap om het symbolische domein binnen te treden. Bracha Lichtenberg-Ettinger (en met haar de 'feministische' psychoanalyse) argumenteert dat de oedipale castratie slechts één van de mogelijkheden is om het symbolische en imaginaire te betreden (Lichtenberg-Ettinger 1995: 7). Tegenover dit fallische principe plaatst zij de matrix en de matrixiale fantasie (die Freud bestempelde als *Mutterleibfantasie*, het verlangen op te gaan in de moeder). Daar waar het fallische in de eerste plaats een afwezigheid beklemtoont, begrijpt zij het matrixiale object als een relationeel verschil in co-emergentie; het verwijst naar subjectivering en ervaring, en bestaat naast het fallische object.

Literatuur

- Adam, I. & H. Tiffin (eds)
1991 *Past the last post: Theorizing post-colonialism and post-modernism*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Antze, P.
1996 Telling stories, making selves: Memory and identity in multiple personality disorder. In: P. Antze & M. Lambek (eds), *Tense past: Cultural essays in trauma and memory*. New York, London: Routledge, pp. 3-24.
- Battaglia, D. (ed.)
1995 *Rhetorics of self-making*. Berkeley: University of California Press.
- Binswanger, L.
1973 *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Mûhen: Reinhardt.

- Bourdieu, P.
1977 *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de trois études d'ethnologie Kabyle*. Genève: Dros.
- Brown, P.
1988 *The body and society*. New York: Columbia University Press.
- Buber, M.
1981 *Ik en gij*. Utrecht: Bijleveld.
- Canguilhem, G.
1992 *La connaissance de la vie*. Parijs: Vrin.
- Counihan, C. M.
1999 *The anthropology of food and body. Gender, meaning, and power*. New York/London: Routledge.
- Csordas, T.J.
1990 Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos* 18: 5-47.
1994 Introduction: The body as representation and being-in-the world. In: T.J. Csordas (ed.), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1-26.
- Devisch, R.
1991 The symbolic and the physiological: Epigastric patients in family medicine in Flanders. In: B. Pfeleiderer & G. Bibeau (eds), *Anthropologies of medicine*. Braunschweig: Vieweg, pp. 69-86.
1993 *Weaving the threads of life. The Khita gyn-eco-logical cult among the Yaka*. Chicago: University of Chicago Press.
- Devlieger, P. & A. De Greve (red.)
1999 *Handicap in intercultureel perspectief*. Schaarbeek: PHOS.
- Favazza, A.R.
1987 *Bodies under siege: Self-mutilation in culture and psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Featherstone, M., M. Hepworth & B. S. Turner (eds)
1991 *The body, social process and cultural theory*. London: Sage Publications.
- Foucault, M.
1978 *The history of sexuality I. An introduction*. New York: Pantheon Books.
- Freud, S.
1923 *Das Ich und das Es. Gesammelte Werke XIII*. Frankfurt-am-Main: Fischer Verlag.
- Giddens, A.
1991 *Modernity and self identity: Self and society in the late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Hancock, P. et al. (eds)
2000 *The body, culture and society. An introduction*. Buckingham / Philadelphia: Open University Press.
- Harraway, D.
1991 *Simians, cyborgs and women: The reinvention of nature*. New York: Routledge Press.
- Holzer, B., A. Vreede & G. Weigt (eds)
1998 *Disability in different cultures*. Bielefeld: Transcript Verlag.

- Ingstad, B. & S.R. Whyte (eds)
 1995 *Disability and culture*. Berkeley: University of California Press.
- Jacobson-Widding, A. (ed.)
 1991 *Body and space. Symbolic models of unity and division in African cosmology and experience*. Stockholm: Almqvist & Wicksell International.
- Janzen, J.
 1978 *The quest for therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- Johnson, M.
 1987 *The body in the mind: The bodily basis of meaning, imagination and reason*. Chicago: Chicago University Press.
- Kenny, M.G.
 1996 Trauma, time, illness and culture: An anthropological approach to traumatic memory. In: P. Antze & M. Lambek (eds), *Tense past: Cultural essays in trauma and memory*. New York, London: Routledge, pp. 151-172.
- Kristeva, J.
 1991 *De vreemdeling in onszelf*. Amsterdam: Contact.
- Lichtenberg-Ettinger, B.
 1995 *The matrixial gaze*. Leeds: University of Leeds, Department of Fine Arts, Feminist Arts and Histories Network.
- Littlewood, R.
 1997 Agency and its vicissitudes: The pathologies of the future. *Transcultural Psychiatry* 34 (1): 78-90.
- Martin, E.
 1989 *The woman in the body*. Boston: Beacon Press.
- McEwan, P.J.M. (ed.)
 1980 Special issue on medical pluralism. *Social Science & Medicine*, 14B.
- Merleau-Ponty, M.
 1945 *La phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Meurs, P.
 2002 Over de kwetsbaarheid van de interculturele ontmoeting. *Ouderschap en ouderbegeleiding* 5 (2) (ter perse).
- Meurs, P., G. Jullian & L. Ferrant
 2000 Het huis der gezinnen. De vroege ouder-kind relatie als terrein voor preventieve ontwikkelingsbegeleiding en opvoedingsondersteuning in een kansarme Brusselse wijk met een etnisch gemengde populatie. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie* 30 (4): 211-219.
- Polhemus, T. & H. Randall
 1996 *The customized body*. London, New York: Serpent's tail.
- Scarry, E.
 1985 *The body in pain: The making and unmaking of the world*. Oxford: Oxford University Press.
- Scheper-Hughes, N.
 1992 *Death without weeping: The violence of every day life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
 1995 The primacy of the ethical: Toward a militant anthropology. *Current Anthropology* 36 (3): 409-20.

- Scheper-Hughes, N. & M.M. Lock
 1987 The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1): 6-41.
- Shildrick, M.
 2002 *Embodying the monster. Encounters with the vulnerable Self*. London: Sage Publications.
- Sontag, S.
 1989 *AIDS and its metaphors*. London: The Penguin Press.
- Stiker, H.J.
 1999 *A history of disability*. Michigan: University of Michigan Press.
- Strauss, C.
 1997 Partly fragmented, partly integrated: An anthropological examination of 'post-modern fragmented subjects'. *Cultural Anthropology* 12 (3): 362-404.
- Synott, A.
 1993 *The body social. Symbolism, self and society*. London, New York: Routledge.
- Turner, B.S.
 1992 *Regulating bodies: Essays in medical sociology*. London: Routledge.
- Turner, T.
 1994 Bodies and anti-bodies: Flesh and fetish in contemporary social theory. In: T.J. Csordas (ed.), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 27-47.
- Turner, T.S.
 1980 The social skin. In: J. Chertaf & R. Lewin (eds), *Not work alone*. London: Temple Smith, pp. 112-140.
- Weiss, G.
 1999 *Body images. embodiment as intercorporeality*. New York, London: Routledge.
- Wolputte, S. Van
 1997 *Genezen en gezondheid in Afrika*. Amsterdam: Het Spinhuis.
 z.d. *Moving bodies spaces selves. A social phenomenology of praxis and performance in a north-Namibian setting*. Windhoek: Gamsberg MacMillan (ter perse).
- Wolputte, S. Van, R. Devisch, J. Le Roy & D. Lapika
 2002 *Lay therapy management in Kinshasa*. Uppsala: Uppsala University Press (ter perse).