

Innerlijke Autonomie en Gezondheid

Dr. Rudy Rijke, arts en dr. Joke de Vries, arts

Inleiding door Annemieke van der Beek

In het najaar van 2015 volgde ik de tweedaagse nascholing 'Autonomie als basis van gezondheidsbevordering' van Joke de Vries. Samen met haar partner Rudy Rijke heeft ze een opleidingscentrum: De Vries en Rijke. Expertisecentrum voor menselijke waarden in professionaliteit (www.devriesenrijke.nl). Hierin geven zij cursussen aan hulpverleners om ervaringsgericht te leren werken.

Ik was direct geboeid door haar uitleg van hun theorie en begeleiding. Het voegde voor mij duidelijk iets toe: een kader voor mijn haptotherapeutische werk en begrip voor verschillende fases in een helings- of ontwikkelingsproces. Maar bovenal sloot het zo aan: uitgaan van de lichaamsgerichte ervaring, het gevoel zien als startpunt van ontwikkeling en inzicht.

Verder kreeg het begrip van de 'wil' een ander karakter: daar waar ik in de haptonomie 'willen' interpreteer als een mentale kracht, spreekt Joke hier veel meer over 'wilsontwikkeling als zijnsontwikkeling van de persoon', dat wat iemand aan kan spreken in zichzelf.

'Haptonomie maakt voelbaar, en bevestigt dat wat rijp is in de ontwikkeling...', door deze tweedaagse kan ik beter aansluiten op wat iemand me laat voelen/zien.

In onderstaand artikel geven Joke en haar partner Rudy uitleg over hun visie en over hun expertisecentrum.

Sinds 1978 onderzoeken wij hoe mensen omgaan met klachten en ziekten en hoe zij zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun gezondheid en helingsprocessen. Eerst op de Medische Faculteit van de Erasmus Universiteit en vanaf 1983 in ons instituut De Vries en Rijke. Ons instituut heeft een tweevoudige doelstelling. Enerzijds om mensen te begeleiden in de ontwikkeling van bewustzijn over de innerlijke ervaring bij ziekte, gezondheid, heling en hulpverlening. Anderzijds om door middel van onderzoek een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de gezondheidszorg in een richting, waarbij de innerlijke ervaringswereld serieus genomen wordt.

In al onze activiteiten - als docent, counselor, supervisor en trainer- richten wij ons op het bevorderen van *innerlijke autonomie* als basis van een levenshouding. Van daaruit kan een mens op een

*gezonde (vitale) manier omgaan met dat wat hij of zij tegenkomt in het leven. Dit doen wij door middel van *bewustzijnsontwikkeling* (leren bewust te worden van de eigen patronen, denkbeelden, gevoelens en innerlijke ervaringen) en *zelfonderzoek* (de eigen ervaringen en waarden leren bewust te onderzoeken door reflectie, introspectie en creatieve methodieken).*

Deze expertise leerden wij door 'in de praktijk' onderzoek te doen:

- in de ontmoeting met patiënten, hulpverleners en onszelf.
- via verschillende onderzoeken
- in de begeleidingen van veel mensen met hun vragen met betrekking tot ziekten, klachten en gezondheid.
- in nascholingscursussen en supervisie (groepen) voor hulp- en zorgverleners in de somatische en psychosociale gezondheidszorg.



Joke de Vries en Rudy Rijke

Een aantal specifieke onderzoeken sprong er uit:

- A.** onderzoek van 'bijzondere' kankerpatiënten (patiënten die ondanks een slechte prognose beter werden of langer leefden dan verwacht)
- B.** onderzoek naar het ontstaan van burn-out en burn-outpreventie
- C.** onderzoek naar gezondheid als positief concept
- D.** onderzoek naar de betekenis van de ontmoeting tussen hulpverlener en hulpvrager in helingsprocessen van mensen met incest en andere geweldervaringen in de jeugd (1-6).

Door zo bezig te zijn ontdekten we dat de manier waarop mensen omgaan met hun innerlijke ervaringen in de confrontatie met klachten en ziekten afhangt van hun innerlijke levenshouding. Bovendien ontdekten we dat mensen door zich bewust te worden van hun ervaringen een meer gezonde, vitale, levenshouding ontwikkelen.

Op basis van deze bevindingen ontwikkelden we een procesmodel met zeven verschillende levenshoudingen. Deze levenshoudingen, die mensen in een ontwikkelingsproces achtereenvolgens doorlopen zijn: *speelbal, slachtoffer, bestrijder, gewonde strijder, deelnemer, onderzoeker en innerlijke autoriteit*. Centraal in dit ontwikkelingsproces is de ontwikkeling van innerlijke autonomie. Wij verstaan onder innerlijke autonomie: *'het vermogen en de mogelijkheid om zelf keuzes te maken in het leven.'*

Innerlijke levenshouding en ervaring:

van speelbal naar innerlijke autoriteit

De levenshouding van de *speelbal* is, geen problemen te zien, geleefd te worden en afgesloten te zijn van eigen ervaringen. Er is geen ervaring van keuze of autonomie, want je leven wordt bepaald door de omstandigheden en door anderen. Wanneer iemand klachten of een ziekte krijgt, wordt die persoon een *slachtoffer*. Een *slachtoffer* kan zich gedragen als een zielig slachtoffer, een dapper slachtoffer, een wijs slachtoffer, maar de innerlijke, existentiële ervaring is een slachtoffer te zijn. Er is niet de ervaring zelf iets te kunnen doen, behalve de werkelijkheid te ontkennen of hulp te zoeken in een poging om weer als *speelbal* te kunnen leven. Met het erkennen en toelaten van het slachtoffer-zijn komt er vaak een innerlijke boosheid, woede naar voren ('dit wil ik niet'), die maakt dat iemand als *bestrijder* het gevecht aangaat met de situatie en de eigen gevoelens daarover. Dit geeft een gevoel van een zekere autonomie: zelf keuzes te kunnen maken en actief te kunnen zijn.

De overeenkomst tussen de levenshoudingen van *speelbal*, *slachtoffer* en *bestrijder*, ook wel overlevingsstrategieën genoemd, is dat iemand leeft vanuit een innerlijk 'nee' tegen de werkelijkheid en de eigen ervaringen. Dit verandert als iemand in het gevecht met zijn of haar situatie tot een zekere acceptatie daarvan komt en zich meer bewust wordt van de eigen ervaringen. Als *gewonde strijder*, worden ervaringen van betekenis en van waarde. Patronen kunnen losgelaten worden. Het 'vechten tegen' wordt meer een 'vechten voor'. Het 'nee' tegen de werkelijkheid kan een 'ja' worden zodat iemand als *deelnemer* zich steeds meer bewust kan worden van zijn of haar innerlijke ervaringen en betekenisvolle keuzes kan gaan maken. Dit kan ertoe leiden dat iemand steeds meer als *onderzoeker* de innerlijke en uiterlijke situatie gaat verkennen om nieuwe manieren te ontwikkelen voor zichzelf en de

“ De kern van het ontwikkelingsproces is het ontwikkelen van een 'ik' of, zoals wij het noemen, de ontwikkeling van innerlijke autonomie ”

situatie. Sommigen komen op die manier tot de ervaring om dirigent te zijn van het orkest (de eigen persoonlijkheid) en het leven als compositie te spelen. Deze innerlijke levenshouding, de *innerlijke autoriteit*, is gebaseerd op de eigen ervaringen, intuïtie en innerlijk weten.

Innerlijke levenshouding, en gezondheid en heling

In ons onderzoek in de loop van de jaren zagen we dat mensen, in korte of langere tijd, een ontwikkelingsproces doorliepen van *speelbal* naar *innerlijke autoriteit*. Dit proces is meestal geen rechtlijnig proces van a naar b, maar het ontwikkelingsmodel, van *speelbal* naar *innerlijke autoriteit*, bleek een goede landkaart te zijn, voor zowel hulpverleners als patiënten. Door dit proces gaan levert mensen meestal meer gezondheid en vitaliteit op, en meer mogelijkheden om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid en het helingsproces.

We ontdekten dat het proces in gang gezet kan worden door een confrontatie met ziekte, met geweldservaringen in heden of verleden of door een confrontatie met een verminderde gezondheid, zoals bij burn-out problemen. Het al dan niet doorlopen van dit proces was niet afhankelijk van iemands intellectuele, onderwijs- of sociaaleconomische ontwikkeling (3). De kern van het ontwikkelingsproces is het ontwikkelen van een 'ik' of, zoals wij het noemen, de ontwikkeling van innerlijke autonomie. Dat lijkt de kern te zijn voor een levenshouding die gezondheid en helingsprocessen kan bevorderen.

Autonomie

In veel wetenschappelijk onderzoek, dat meer gezondheidsgericht is dan ziekte-

gericht, wordt duidelijk dat autonomie een van de belangrijkste factoren is voor gezondheid en gezondheidsbevordering, naast lichamelijk en mentaal actief zijn en het hebben van betekenisvolle relaties (4, 7-9). In deze onderzoeken is het concept van autonomie meestal slecht gedefinieerd. In het werken met hulpverleners en patiënten ontdekten we dat het belangrijk is om twee concepten van autonomie goed te onderscheiden: '*liberale autonomie*' en '*innerlijke autonomie*'. Een zelfde onderscheid wordt gemaakt in verschillende filosofische publicaties als 'vrijheid van' en 'vrijheid tot' (3, 10-11).

Bij '*liberale autonomie*' gaat het om vrijheid *van* invloeden en verstoringen door anderen, regering, en klachten en ziekten. Liberale autonomie wordt ontwikkeld door 'nee' te zeggen tegen (een deel van) de werkelijkheid. Dit noemen wij het negatieve concept van vrijheid, net zoals de afwezigheid van klachten en ziekten wel het negatieve concept van gezondheid wordt genoemd (4). '*Innerlijke autonomie*' wordt ontwikkeld *in relatie tot* ervaringen en tot de werkelijkheid, ook met datgene wat we niet willen. Deze twee concepten zijn niet tegenovergesteld, maar liggen in elkaars verlengde: er is een zekere mate van liberale autonomie nodig om innerlijke autonomie te kunnen ontwikkelen. Simpel gezegd: in de mate waarin je 'nee' kunt zeggen, kun je 'ja' zeggen.

Ontwikkeling van autonomie

Innerlijke autonomie kan in het leven voortdurend (verder) ontwikkeld worden en dit gebeurt vooral in tijden van confrontaties, uitdagingen en/of crises (12-16). De overgang van *bestrijder* naar *gewonde strijder* is daarbij vaak een las-

tige stap: het is de stap van liberale autonomie richting innerlijke autonomie. De *bestrijder* heeft een zekere mate van liberale autonomie en een zogenaamde 'sterke wil' (5, 17). Deze levenshouding past goed in deze tijd: rationeel, expressief en leven met het idee dat we 'het leven kunnen maken' en er controle over hebben. Dit betekent dat we ziekten, lijden, beperkingen, verstoringen en de dood kunnen verslaan of, op zijn minst, kunnen bevechten. Dat is bijvoorbeeld terug te zien in (advertenties in) de media en op billboards op stations en dergelijke, waarbij we opgeroepen worden de strijd tegen een ziekte te steunen.

In de fase van de *gewonde strijder* en daarna, worden de kwaliteiten van het hart belangrijk en gaat het meer om acceptatie van de - innerlijke en uiterlijke - werkelijkheid. De persoonlijke, sterke wil wordt meer een 'soepele wil', secundair aan wat er is, en keuzes zijn meer gerelateerd aan ervaringen van betekenis en zingeving. Het vraagt een zekere mate van innerlijke autonomie om zich bewust te kunnen worden van de eigen ervaringen en van de eigen overlevingsstrategieën.

“ Klachten en ziekten worden meer existentiële problemen die als zodanig geaccepteerd en gezien worden ”

De overgang naar de innerlijke levenshouding van *deelnemer* is daarom meestal niet gemakkelijk, en vaak in eerste instantie een worsteling: een innerlijke strijd tussen 'de oude' willen blijven en willen leren op een nieuwe, vrijere manier in het leven te staan. Het is de stap van leven vanuit een overlevingsstrategie naar bewust leven in relatie met de werkelijkheid, *inclusief* de wonden, beperkingen, klachten, ziekte en eventueel de dood. Innerlijke autonomie wordt vooral in relatie daarmee ontwikkeld.

Dat betekent in eerste instantie loslaten van het gevoel controle te hebben over het leven en daarmee het gevoel van 'zekerheid' of 'veiligheid' los te laten en het 'onbekende' in te gaan. Dat wordt vaak als eng ervaren. Waarom zou je dat doen? Wat wij ontdekten is dat mensen een 'positieve' motivatie moeten hebben om die stap te willen zetten. Positief in de zin van dat men meer wil leven vanuit wat men belangrijk of betekenisvol in het leven

vindt. En dat is kenmerkend voor de fase van *deelnemer*. Daarin kunnen keuzes gemaakt worden die passen bij iemands biografie en waarden (18-19). Klachten en ziekten worden meer existentiële problemen die als zodanig geaccepteerd en gezien worden. Dat wil niet zeggen dat iemand niet afhankelijk kan zijn van anderen: hulp van anderen is soms nodig, maar dat is een vrije keuze, zodat men de regie over het eigen leven behoudt (11).

Autonomie en gezondheid

Mensen die een bepaalde mate van innerlijke autonomie ontwikkeld hebben, zijn meestal vitaal en stralen dat uit. Soms ondanks ziekte of beperkingen: zij hebben een gezonde manier ontwikkeld in het omgaan met ziekte en lijden. Al vroeg in onze onderzoeken realiseerden wij ons dat we, in plaats van het negatieve concept van gezondheid: gezondheid als de afwezigheid van klachten en ziekten, een positief concept van gezondheid nodig hebben. Gezondheid, als positief



Verdrijving uit het paradijs, Marc Chagall

Voor ons staat dit schilderij symbool voor onze ervaringen met patiënten en cliënten:

Het ontwikkelingsproces van autonomie, naar innerlijke autonomie betekent dat je 'uit het paradijs' moet gaan, de wereld in, waar ziekte, pijn en geweld zich aandienen, maar ook waar liefde en zingeving zijn. Door ermee in relatie te gaan, kun je je als mens verder ontwikkelen.

concept, kan beïnvloed worden door klachten of ziekte, maar dat hoeft niet zo te zijn. Ook zijn er aanwijzingen gevonden dat een goede gezondheid de kans op ziekte kan verkleinen en de kans op herstel bij ziekte of trauma vergroot (3-5, 20).

Autonomie in de hulpverlening

Zolang mensen 'vrij zijn' van klachten, beperkingen of ziekten, leven zij meestal vanuit vaste gewoontes en patronen. Als er problemen komen, dan wil men veelal deze bestrijden vanuit de hoop dat men daardoor weer 'de oude' kan worden. Sommigen gaan daar zelf mee aan de slag als *bestrijder*, anderen gaan als *slachtoffer* naar een hulpverlener, met de vraag of deze de problemen kan helpen bestrijden. Als hulpverlener doe je dat zo goed als je kan, met het doel de klachten

weg te werken of te verminderen, zodat de patiënt of cliënt tevreden is - en jij ook - en de behandeling afgerond kan worden. Vaak is het zo dat mensen juist in tijden van 'crisis' of 'veranderingen' (transities door 'positieve' of 'negatieve' life-events) klachten krijgen of hun klachten of beperkingen verergeren. Mede omdat de vaste gewoontes en patronen (die voortkomen uit een bepaalde levenshouding) de problemen die ontstaan zijn door de veranderingen niet kunnen wegwerken of oplossen. Het blijkt dat dit bij uitstek de momenten zijn dat mensen open staan voor *innerlijke veranderingen*. En dus voor het ontwikkelen van autonomie, en daarmee van een meer gezonde levenshouding. Onze ervaring is dat het meestal niet vanuit onwil is dat men vast wil houden aan 'het oude', maar dat men niet weet dat je ook

anders kunt omgaan met klachten en problemen.

Als hulpverlener kan je een bijdrage leveren aan dit ontwikkelingsproces, door de patiënt of cliënt aan te spreken op zijn of haar (potentiële) autonomie en deze te respecteren en te stimuleren. Dat kan in een eenmalige ontmoeting, maar vooral ook in een langer durend contact. Naast 'wat' je doet (de behandeling), is het daarbij belangrijk 'hoe' je dat doet. Een autonomie bevorderende houding naar de cliënt is dus noodzakelijk.

Wat is een goede gezondheid?

Sinds 1948 heeft de WHO een positief concept van gezondheid gepromoot als

'a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.'

Voor veel mensen, vooral in de gezondheidszorg, betekent 'gezondheid' nog steeds 'het geheel zonder klachten, ziekten of gebreken zijn'. Een ervaring van 'well-being' ondanks ziekte of gebrek wordt vaak niet als mogelijk gezien.

Maar wat houdt 'well-being' dan in? Op basis van ons onderzoek hebben wij dit begrip verder uitgewerkt tot: 'gezondheid is het vermogen en de mogelijkheid van mensen om zelf de regie te voeren in hun leven, waar klachten, beperkingen of ziekten deel van uitmaken.'

Dit wordt bevestigd in onderzoeksprojecten over de gehele wereld, waarbij gevonden werd dat 85-90% van alle mensen zeggen dat hun gezondheid goed tot zeer goed is, ondanks de aanwezigheid van, vaak vele, klachten en ziekten (4, 21-22). Ook werd gevonden dat de subjectieve mening van mensen over hun gezondheid een betere voorspeller voor sterven is dan de objectief vastgestelde aanwezigheid van symptomen (4, 23)

In 1986 introduceerde de WHO het concept van 'health promotion' om het positieve concept van gezondheid meer handen en voeten te geven, en in een groot congres werd de 'Ottawa Charter of Health Promotion' geformuleerd (24). In die Charter staat onder andere:

'Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love.'

'Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and take control over one's life circumstances, and by ensuring that the society one lives in, creates conditions that allow the attainment of health by all its members.'

Een besef van de waarde van gezondheidsbevordering bij hulpverleners in de gezondheidszorg en bij patiënten kan, naast ziektegerichte benaderingen, de levenskwaliteit van mensen vaak verbeteren en helpen in helingsprocessen.

Literatuur

1. Rijke, R.P.C., Vries, J. de & Vries, M.J. de. (1983). *De aard en betekenis van helingsprocessen*. *Metamedica*, 62, 212-220.
2. Rijke, R.P.C. (1985). *Cancer and the development of will*. *Journal of Theoretical Medicine*, 6, 133-142.
3. Vries, J. de. (1998). *Ontwikkeling van autonomie als basis van heling*. *Academisch Proefschrift, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht*.
4. Rijke, R.P.C. (2001). *Op zoek naar gezondheid*. Rotterdam: Lemniscaat.
5. Vries, J. de. (2016). *Geweld; het fenomeen, het trauma, en de verwerking*. Utrecht: de Tijdstroom (2e druk).
6. Vries, J. de. (1993). *Vitaal in je werk*. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 4, 114-120.
7. Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1977). *Human aging - usual and successful*. *Science*, 237, 143-149.
8. Rijke, R.P.C. (1993). *Health in medical science*. In Lafaille R, Fulder S. (eds.), *Towards a new science of health*. London: Routledge, blz. 74-83.
9. Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown and Co.
10. Berlin, I. (1969). *Four essays on liberty*. Oxford: Oxford University Press.
11. Agich, G.J. (2003). *Dependence and autonomy in old age. An ethical framework for long-term care*. Cambridge: Cambridge University Press.
12. Vries, J. de. (2001). *Voor heling is meer nodig dan empathie*. *Humanistiek*, 5, 41-49.
13. Vries, J. de. (2004). *How should professionals treat victims of violence?* *European Journal of Social Education*, 6, 33-38.
14. Rijke, R.P.C. & Vries, J. de. (1988). *Zingeving en verantwoordelijkheid - de subjectieve ervaring van mensen met kanker*. *Meta-medica*, 67, 124-131.
15. Rijke, R.P.C. & Vries, J. de. (1992). *Health promotion for health professionals*. In Kaplun A. (ed) *Health promotion and chronic disease*. WHO Regional Publications Copenhagen, 44, 354-356.
16. Lebeer, J. & Rijke, R.P.C. (2003). *Ecology of development in children with brain impairment*. *Child - Care, Health & Development*, 29, 131-140.
17. Assagioli, R. (1973). *The act of will*. London: Wildwood House.
18. Pool A. (1995). *Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening*. Utrecht: Lemma.
19. Bergsma, J. & Thomasma, D.C. (2000). *Autonomy and clinical medicine: renewing the health professional relation with the patient*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
20. Vaillant, G.E. (1979). *Natural history of male psychological health - effects of mental health on physical health*. *New England Journal of Medicine*, 301, 1249-1254.
21. Huygen, F.J.A., Hoogen, H. van den & Neefs, W.J. (1983). *Gezondheid en ziekte - een onderzoek van gezinnen*. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 127, 1612-1619.
22. Huygen, F.J.A. (1990). *Family medicine - the medical life histories of families*. London: Royal College of General Practitioners. 1990.
23. Appels, A., Bosma, H., Grabauskas, V., Gostautas, A. & Sturmans, F. (1996). *Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population*. *Society of Scientific Medicine*, 42, 681-689.
24. Hancock, T. (2011). *The Ottawa Charter at 25*. *Canadian Journal of Public Health*, 102, 404-406.

Herhaalde oproep aan alle abonnees

We herhalen de oproep van vorige keer aan alle abonnees, om het mailadres aan ons door te geven waar we in het vervolg de factuur naartoe kunnen sturen. Vermeld daarbij s.v.p. het bij ons bekende adres of abonneenummer. Gebruik je geen mail? Laat ons dan weten dat de factuur via de post moet blijven komen. Er zijn al een aantal abonnees die gereageerd hebben, maar het merendeel nog niet. Graag z.s.m. bericht richting ons!

Opgave via mail: secretaris@haptonomischcontact.nl, post: Westdijk 28, 1704 AK Heerhugowaard of via Facebook/Twitter, doe het dan wel in een privé bericht.