

**DIE KOMPLEKSITEIT VAN MENSWEES IN GENEESKUNDE:  
'N KRITIES-FILOSOFIESE ONDERSOEK**

**Marilu van Niekerk**

**Skripsie ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad**

**Magister in die Filosofie (Toegepaste Etiek)**

**Studieleier: Prof AA van Niekerk**



**April 2014**

## VERKLARING

**Deur hierdie skripsie elektronies in te lewer, verklaar ek hiermee dat die werk in hierdie skripsie vervat my eie oorspronklike werk en dat ek dit nie voorheen hetsy ten dele of volledig by enige universiteit vir 'n graad aangebied het nie.**

**Datum: April 2014**

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

**Mqr lgt gi "Í '4236'Uvngpdquej 'Wpkgt ukglw  
Cng't gi v'xqqt dgj qw'**

## ABSTRACT

The dehumanising of human beings which often underpins western medicine lead to this study. Moreover a predominant mechanistic and reductionist view of a human being necessitated a philosophical investigation to revisit the stance. It is argued that western medicine is based upon uncritical assumptions about humans as a result of the dualism and mechanistic views of Descartes. The philosophy of Merleau-Ponty transcended dualism by his emphasis on the bodylines of a human being situated in his life world. Complexity thinking concurs with the above-mentioned view, however, takes the argument further by focusing on the importance of continuous interactions and relations between the whole and the parts. Interdependent aspects of our being in the world constitute our humanness, such as our human relations between family members, friends, that which we experience, ponder, feel, and believe. Our unique experience of disease often goes hand in hand with a deep-seated sub-conscious longing for meaning. According to complexity theory being ill is not a static condition, but rather an imbalance as a result of various dynamic interactions between many spheres of human life. Multiple causality due to various dynamic interactions and self-organisation should replace simplistic views of mechanical cause and effect in this regard. Medical training models should not employ reductionism as if humans are machines comprising of separate body parts. An organic view of the uniqueness of each evolving human being should replace obsolete reductionist and mechanistic views of healing. The essence of being human is embedded in a tapestry of dynamic relations.

## OPSOMMING

Die dehumanisering van die mens in hedendaagse westerse geneeskunde het aanleiding gegee tot hierdie studie. Verder het die meganistiese, reduksionistiese mensbeeld 'n filosofiese herbesinning genoodsaak. Daar word geargumenteer dat westerse geneeskunde gebaseer is op onkritiese aannames afkomstig van onder andere Descartes se dualistiese antropologie en die meganistiese siening van die mens. Merleau-Ponty se wysgerige antropologie het die dualisme getransendeer deur sy filosofie van die mens as liggaamlikheid gesitueerd in sy leefwêreld. Kompleksiteitsdenke stem hiermee ooreen, maar voer die argument verder in die opsig dat dit die belangrikheid van relasies en voortdurende wisselwerking tussen die geheel en dele beklemtoon. Interafhanklike aspekte van dit wat ons mens maak, ontstaan as gevolg van relasies tussen ons leefwêreld, ons familie, vriende, tussen dit waaraan ons dink, wat ons voel, ervaar en glo. Ons siekte ervaring gaan meestal gepaard met 'n diepgewortelde voorbewustelike soeke na sin en betekenis. Die kompleksiteitsperspektief beskou siekwees nie as 'n statiese toestand wat teenoor gesondwees staan nie, maar eerder 'n wanbalans in dinamiese interaksies van verskeie sferes van menswees. Enkelvoudige kousaal-meganiese oorsaak en gevolg moet plek maak vir veelvuldige kousaliteit wat geleë is in talle dinamiese interaksies en selforganisering. Mediese opleidingsmodelle behoort die mens nie te objektiveer tot aparte organe, soos die van 'n masjien nie. Die verontmensliking van die masjien gedrewe model van genesing behoort plek te maak vir 'n meer organiese siening van die mens wat rekening hou met die unieke menslikheid van die mens. Menslikheid impliseer 'n tapisserie van relasies.

## DANKBETUIGING

### **My opregte dank aan die volgende persone:**

My studieleier, Prof AA van Niekerk vir sy bekwame leiding

Mev Magdaleen du Toit vir haar puik taalversorging

My eggenoot Arnaud Malan vir sy begrip, emosionele en finansiële ondersteuning en geduld

My moeder Petro van Niekerk vir haar sorgvuldige proeflees, bystand en geduld

My vader Louis van Niekerk en skoonmoeder Roz Malan vir hulle geduld en ondersteuning.

My suster Naomi van Niekerk vir haar kreatiewe inspirasie.

Prof Jannie Hofmeyer, Dr Rika Preiser en die Kompleksiteits Colloquium vir hulle inspirasie

Prof Paul Cilliers en Prof Joachim Sturmberg vir hulle inspirasie

Opedra aan Prof Paul Cilliers (1956-2011)

*“...I am my body, I don't merely inhabit it, I am with others, they are not merely added to me, I am my world, it doesn't merely contain me. And hence, any attitude towards human existence that disregards these aspects of one's existence by reducing the human being to either mind or body, and humanity to a collection of individuals or by alienating the world from the people, is calling for personal, socio-political and environmental pathologies associated with the distortion of the real self.”*

Martin Versfeld uit sy boek *Our Selves* (2010:13)

**Die kompleksiteit van menswees in geneeskunde:  
'n Krities-filosofiese ondersoek**

**INHOUDSOPGAWE****HOOFSUK 1****INLEIDING, PROBLEEMSTELLING EN DOEL VAN STUDIE**

<b>1.1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>1</b>
<b>1.2</b>	<b>AGTERGROND TOT DIE STUDIE / RASIONAAL</b>	<b>2</b>
<b>1.3</b>	<b>PROBLEEMSTELLING</b>	<b>5</b>
<b>1.4</b>	<b>DOELSTELLING EN BEPLANNING VAN DIE STUDIE</b>	<b>6</b>
<b>1.5</b>	<b>SAMEVATTING</b>	<b>7</b>

**HOOFSUK 2****DESCARTES SE WYSGERIGE ANTROPOLOGIE**

<b>2.1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>8</b>
<b>2.2</b>	<b>DESCARTES SE DUALISTIESE ANTROPOLOGIE</b>	<b>8</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Agtergrond tot sy dualistiese antropologie</b>	<b>9</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Dualistiese antropologie</b>	<b>11</b>
<b>2.2.3</b>	<b>Samevatting</b>	<b>13</b>
<b>2.3</b>	<b>MODERNITEIT MET SPESIFIEKE VERWYSING NA DIE MEGANISTIESE SIENING VAN DIE MENS LIKE LIGGAAM</b>	<b>14</b>
<b>2.3.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>14</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Filosofiese denkrigtings tydens die era</b>	<b>14</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Breë raamwerk van moderniteit</b>	<b>15</b>
<b>2.3.4</b>	<b>Samevatting</b>	<b>17</b>
<b>2.4</b>	<b>DIE ANTROPOLOGIESE BESKOUIING TYDENS DIE ERA</b>	<b>18</b>
<b>2.4.1</b>	<b>Dualistiese en meganistiese antropologie</b>	<b>18</b>
<b>2.5</b>	<b>PROBLEMATIEK VAN DIE DUALISTIESE MEGANISTIESE ANTROPOLOGIE</b>	<b>19</b>
<b>2.6</b>	<b>SAMEVATTING</b>	<b>21</b>

**HOOFSTUK 3****MERLEAU-PONTY: DEURLEEFDE LIGGAAMLIKHEID**

<b>3.1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>22</b>
<b>3.2</b>	<b>PERSEPSIE</b>	<b>22</b>
<b>3.3</b>	<b>LIGGAAM-SUBJEK</b>	<b>26</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>26</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Die begrip ‘subjek’ in die konteks van liggaam-subjek</b>	<b>27</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Dialektiese subjek-wêreld-verhouding</b>	<b>28</b>
<b>3.3.4</b>	<b>Die liggaam as subjek</b>	<b>29</b>
<b>3.3.5</b>	<b>Voorbeeld van liggaam as ’n subjek</b>	<b>30</b>
<b>3.4</b>	<b>LIGGAAM AS SINGEWENDE EKSISTENSIE</b>	<b>32</b>
<b>3.4.1</b>	<b>Liggaam-struktuur</b>	<b>32</b>
<b>3.4.2</b>	<b>Georiënteerde ruimte</b>	<b>33</b>
<b>3.4.3</b>	<b>Seksuele sin</b>	<b>34</b>
<b>3.4.4</b>	<b>Sinvelde van sintuiglikheid</b>	<b>34</b>
<b>3.4.5</b>	<b>Benadering van die liggaam as subjek</b>	<b>36</b>
<b>3.5</b>	<b>SAMEVATTING</b>	<b>38</b>
<b>3.6</b>	<b>MERLEAU PONTY SE WYSGERIGE ANTROPOLOGIE EN DIE PROBLEMATIEK VAN MY STUDIE</b>	<b>39</b>

**HOOFSTUK 4****ONTLEDING VAN KOMPLEKSE STELSELS**

<b>4.1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>42</b>
<b>4.2</b>	<b>KOMPLEKSITEIT</b>	<b>42</b>
<b>4.3</b>	<b>WAT IS ’N KOMPLEKSE STELSEL</b>	<b>43</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Kompleks teenoor gekompliseerd</b>	<b>43</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Eienskappe van komplekse stelsels</b>	<b>45</b>
<b>4.3.3</b>	<b>Selforganisasie van komplekse stelsels</b>	<b>46</b>
<b>4.3.4</b>	<b>Die struktuur van ’n komplekse stelsel</b>	<b>48</b>
<b>4.3.5</b>	<b>Grense in ’n komplekse stelsel</b>	<b>48</b>
<b>4.3.6</b>	<b>Modelle en kompleksiteit</b>	<b>49</b>



<b>4.4</b>	<b>VERSTAANSWYSES VAN DIE KOMPLEKSITEITSTEORIE</b>	<b>50</b>
<b>4.5</b>	<b>PERSPEKTIEF OP KOMPLEKSITEITSDENKE</b>	<b>52</b>
<b>4.5.1</b>	<b>Geheel en dele</b>	<b>55</b>
<b>4.5.2</b>	<b>Subjek-objek-relasie</b>	<b>57</b>
<b>4.5.3</b>	<b>Die benadering van 'n komplekse wêreld deur die lens van kompleksiteitsdenke</b>	<b>58</b>
<b>4.6</b>	<b>SAMEVATTING</b>	<b>58</b>

## **HOOFSTUK 5**

### **DIE MENS AS 'N KOMPLEKSE WESE: HOE BEHOORT GENEESKUNDE OOR DIE MENS TE DINK?**

<b>5.1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>59</b>
<b>5.2</b>	<b>DIE MENS AS 'N KOMPLEKSE STELSEL</b>	<b>60</b>
<b>5.3</b>	<b>PSIGO-NEURO-IMMUNOLOGIE</b>	<b>65</b>
<b>5.3.1</b>	<b>Die neuro-endokrien-immuun-wisselwerking</b>	<b>67</b>
<b>5.4</b>	<b>HOE BEHOORT GENEESKUNDE OOR DIE MENS TE DINK</b>	<b>70</b>
<b>5.4.1</b>	<b>'n Nuwe antropologiese perspektief na aanleiding van kompleksiteitsdenke in geneeskunde</b>	<b>72</b>
<b>5.5</b>	<b>SAMEVATTING</b>	<b>74</b>

## **HOOFSTUK 6**

### **'N VERRUIMDE MODEL VAN GENEESKUNDE NA AANLEIDING VAN KOMPLEKSITEITSDENKE**

<b>6.1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>76</b>
<b>6.2</b>	<b>DIE BEGRIPPE GESONDHEID EN SIEKTE</b>	<b>76</b>
<b>6.3</b>	<b>GESONDHEID EN SIEKTE AS KOMPLEKSE AANPASBARE STELSEL</b>	<b>79</b>
<b>6.4</b>	<b>BIO-PSIGO-SOSIO-SEMIOTIESE MODEL VAN GESONDHEID: 'N VERRUIMDE MODEL VAN GESONDHEID</b>	<b>81</b>
<b>6.5</b>	<b>IMPLIKASIES VIR DIE GENEESHEER-PASIËNT-VERHOUDING</b>	<b>87</b>
<b>6.6</b>	<b>GENESINGSVERHOUDING</b>	<b>92</b>
<b>6.7</b>	<b>SAMEVATTING</b>	<b>93</b>

## HOOFSTUK 7

### SAMEVATTENDE HOOFSTUK

<b>7.1</b>	<b>OORSIG OOR DIE STUDIE</b>	<b>94</b>
<b>7.2</b>	<b>IMPLIKASIES VIR DIE GENEESKUNDE</b>	<b>98</b>
<b>7.3</b>	<b>GEVOLGTREKKINGS</b>	<b>100</b>
<b>7.4</b>	<b>AANBEVELINGS</b>	<b>100</b>
<b>7.5</b>	<b>AANBEVELINGS VIR VERDERE STUDIE</b>	<b>101</b>
<b>7.6</b>	<b>SLOTOPMERKING</b>	<b>102</b>
	<b>BIBLIOGRAFIE</b>	<b>103</b>
	<b>APPENDIKS :</b>	
	<b>GEVALLESTUDIE 1</b>	<b>108</b>
	<b>GEVALLESTUDIE 2</b>	<b>116</b>
	<b>GEVALLESTUDIE 3</b>	<b>118</b>
	<b>FIGURE</b>	
	<b>Figuur 1:</b>	
	Vlakke van Organisasie deur Engel	62
	<b>Figuur 2:</b>	
	Geïllustreer deur Bennett et al in Sturmberg & Martin (2013:281).	66
	<b>Figuur 3:</b>	
	In Sturmberg (2013:236). Voorstelling van die bio-psigo-sosio-semiotiese model van gesondheid: gesondheid as 'n balans	82
	<b>Figuur 4:</b>	
	Geïllustreer deur Sturmberg (2013:237). Voorstelling van 'n pasiënt se gesondheidservaring ná 'n miokardiale infarksie.	84

**Figuur 5:**

Geïllustreer deur Sturmberg (2013:238). Pasiënt se ervaring ná 'n miokardiale infarksie, gesondheidservaring in wanbalans. 84

**Figuur 6:**

Geïllustreer deur Sturmberg (2013):238. Die figuur illustreer die interafhanklike wisselwerking tussen die neuro-endokriene stelsels soos bespreek in psigo-neuro-immunologie (sien afdeling 5.3.1) 85

**DIE KOMPLEKSITEIT VAN MENSWEES IN GENEESKUNDE:  
'N KRITIESE-FILOSOFIESE ONDERSOEK**

**HOOFSTUK 1**

**INLEIDING, PROBLEEMSTELLING EN DOEL VAN STUDIE**

**1.1 INLEIDING**

Die revolusionêre ontwikkelings in die tegnologie het aanleiding gegee tot grootskaalse ontwikkeling in die mediese wetenskap. Daarbenewens het tegnologiese vooruitgang dit moontlik gemaak om deur middel van radiologiese ondersoeke, bloedanalise en mikro-chirurgiese ondersoeke en behandelingsmetodes op die kleinste aspek van die menslike liggaam te fokus. Die gevolglik gesofistikeerde ondersoek- en behandelingsmetodes lei daartoe dat allerlei siektes vroegtydig opgespoor en behandel kan word. Dit raak dus moontlik om deur middel van die tegnologie ongekende hoeveelhede inligting oor die kleinste deeltjie in die menslike liggaam te bekom, wat aanleiding gee tot groot vooruitgang en noodwendige spesialisasie in die mediese wetenskap.

Mediese navorsing ontwikkel voortdurend op al hoe meer gespesialiseerde wyses. Kankergewasse kan al makliker opgespoor word met behulp van gespesialiseerde radiologiese ondersoeke, en slaapapnee kan met gespesialiseerde toerusting behandel word, terwyl daar in die verlede geen behandeling daarvoor was nie. Spesialiteitsrigtings kon verder in subspesialiteitsrigtings verdeel word. 'n Oor-neus-en-keel-spesialis spesialiseer byvoorbeeld dikwels in een bepaalde veld soos die oor en fokus dus met tegnologie se presiese aparate op een gespesialiseerde orgaan. Terselfdertyd ontwikkel groot farmaseutiese maatskappye medikasie wat met spesifieke chemiese reseptore in die brein bind vir die behandeling van allerlei toestande soos depressie, aandagafleibaarheid, slaaploosheid en die staking van rook.

Al hierdie ontwikkelinge het geleidelik meegebring dat die mens beskou word as 'n masjien wat gereduseer word tot orgaanvasgestelde komponente wat noodwendig afsonderlik bestudeer word in 'n poging om die komplekse menslike wese te verstaan. Die dokter-pasiënt-wisselwerking word dikwels gereduseer tot 'n kliniese-tegniese proses op soek na 'n bepaalde enkelvoudige oorsaak vir klagtes of simptome wat 'n pasiënt ervaar. Die sogenaamde masjien-perspektief lê ten grondslag van die meganistiese reduksionisme wat gaandeweg in die geneeskunde posvat en deel vorm van 'n invloedryke denkraamwerk.

## 1.2 AGTERGROND TOT DIE STUDIE/RASIONAAL

My ervaring as mediese dokter in beide hospitaal- en algemene praktyk het my bewus gemaak van verskeie tekortkominge ten opsigte van die mensbeskouing binne die tradisionele geneeskunde. Ek gaan die punt beter illustreer aan die hand van twee kort gevallestudies uit my ervaringswêreld om die agtergrond tot my studie te verduidelik.

Die eerste is 'n beskrywing van my ervaringe as 'n arts-assistent in die spoedeisende hulp in 'n hospitaal in Nederland. Die tweede gevallestudie is 'n beskrywing van my ervaring as 'n algemene praktisyn in Suid Afrika.

As 'n arts-assistent in die afdeling vir ongevallen of sogenaamde '*spoedeisende hulp*' van 'n hospitaal was dit vir my opmerklik hoe tegnologie en vasgestelde protokolle so oorheersend op die voorgrond getree het. As deel van die prosedure in dié bepaalde hospitaalsisteem word bloedtoetse alreeds deur die verpleegpersoneel aangevra op grond van vasgestelde protokolle voordat die dokter die pasiënt vir die eerste keer sien. Dokters bestee die minimum tyd daaraan om die pasiënt te ondersoek. Die diagnose word gemaak deur die resultate van die bloedtoetse en EKG te bestudeer. Die pasiënt se inligting word in 'n rekenaar ingesleutel voordat die pasiënt na 'n spesialis gestuur kan word. Bloot op grond van die inligting op die rekenaar besluit die spesialis of 'n pasiënt opgeneem of ontslaan moet word en watter behandeling gevolg moet word. Dikwels keer die pasiënte binne 'n paar weke na dieselfde ongevallen-afdeling terug met dieselfde probleme. Dokters bestee veel meer tyd agter die rekenaarskerm as by die pasiënt self. Daar is protokolle en vorms vir elke aksie in die hospitaal. 'n Voorbeeld: Daar is 'n bepaalde vorm om navraag te doen of 'n pasiënt geresussiteer wil word as hy/sy te sterwe mag kom in die hospitaal. Die vorm word in vyf minute deur 'n junior dokter ingevul nadat die meeste van die pasiënte beangs 'ja' antwoord op die vraag of hulle geresussiteer wil word of nie. Die vorm het 'n blote formaliteit geraak. Die sensitiwiteit rondom die bepaalde saak word nie ag geneem nie; solank die vorm ingevul is, is die belangrikste taak afgehandel.

Ek haal 'n kort dagboekinskrywing aan om my punt te illustreer:

*Ek mis pasiënte in die Ziekenhuis. Al wat ek sien is rekenaars en witgetooide verpleegpersoneel. As mens mooi soek agter 'n gerekenariseerde deur wat deur 'n toutje oopgetrek word, lê 'n pasiënt op 'n bedjie alleen in 'n wit, koue, kliniese kamertjie. Die deur gaan vanself toe as die allerbelangrikste dokter, geklee in wit,*

*'n ogie geloer het en weer verdwyn na die rekenaar waar die pasiënt gedefinieer word. Waar is die mense in die Ziekenhuis, dis waaroor medies tog gaan? Dis so steriel. Waar is die dokters by pasiënte soos dit hoort? Die dokters se pasiënte het rekenaars geword. Hoe boring! Alles moet verklaar kan word, en as nie kan nie, word dit uit die regels geskryf. Alles moet in hulle regels inpas. Waar is die misterie van die mediese beroep? Word daar nie iets gemis in die koue, kliniese plek nie? Stomp breine en siele nie af in so 'n plek nie? Geen emosie word getoon in die hospitaal nie. Dis nie lag of huil nie, net saaklik, reg of verkeerd. Dis verstommend om te sien. Almal is sulke perfekte rekenaartjies wat alles perfek volgens die regels doen. Buite die regels mag daar dan nie; as dit wel gebeur, word mens streng aangespreek, al sit jy net op die verkeerde stoel of druk 'n verkeerde knoppie op die rekenaar.*

*Soveel jongmense word oor 'n naweek in die spoedeisende hulp gesien met auto-intoksikasie (oordosis van pille) as selfmoordpoging. Tydens die Maandagoggendbespreking word die gevalle slegs bestempel as psigiatriese pasiënte wat onbenullighede aanvang. Daar word selde gevra hoekom is dit so 'n algemene verskynsel.*

Bogenoemde illustreer hoe die mediese beroep mense in 'n tegnologies gesofistikeerde en weelderige omgewing verobjektiveer. Die mensbeeld verskraal tot kliniese bloedtoetse en skanderings. Die beskrywing illustreer die dehumanisering van die mens in diens van 'n uiters verskraalde en atomistiese siening van die mens en genesing. Dit is juis hierdie ontmensliking van die mens in geneeskunde wat ek in my studie wil problematiseer.

Aan die hand van die volgende gevallestudie poeg ek om die gevolge van die reduksionisme en kompartementalisering wat dikwels in die praktyk van geneeskunde plaasvind te illustreer:

*Mev S is 'n 45-jarige vrou. Sy is getroud en het 'n sewejarige dogter. Sy het geen vorige mediese geskiedenis nie. Sy ervaar sedert twee jaar gelede 'n verlies aan sig in beide oë. Die visuele verlies het progressief oor 'n periode van een week vererger, waarna sy haar algemene praktisyn gaan spreek het. Sy kan slegs buitelyne van figure identifiseer, haar gesigskerpte is nou in beide oë minder as 6/60. Haar algemene praktisyn verwys haar onmiddellik na 'n oogspesialis. Die oogspesialis vermoed dat daar swelling op haar oogsenuwees druk, wat die*

gesigsverlies veroorsaak. Die oogspesialis kontak 'n neuroloog, wat haar vir 'n MRI-skandering stuur. Hy bevind dat daar wel swelling op die oogsenuwees druk. Die neuroloog neem haar in die hospitaal op. Mev R ontvang 'n hoë dosis kortisoon om die swelling agter haar oë te verminder. Sy ondergaan 'n reeks toetse wat alle moontlike neurologiese oorsake uitskakel, onder andere veelvuldige sklerose. Na die hoë dosis kortisoon neem die swelling 'n bietjie af, waarna mev R ontslaan word. Nóg die neuroloog nóg die oogspesialis kon die oorsaak vir die swelling opspoor. Mev R is radeloos: haar gesigsverlies het slegs vir 'n kort rukkie 'n bietjie verbeter, maar daarna weer vererger. Sy besluit om na 'n ander hospitaal X te gaan vir 'n tweede opinie. Verdere toetse word gedoen, maar geen oorsaak word gevind nie. Mev R is desperaat. Haar blindheid het die familiestruktuur dramaties verander: die eens funksionele ma van die huis is nou iemand wat hulp van haar sewejarige dogtertjie en haar man nodig het om te kan rondbeweeg. Haar gesigsverlies het haar hele werklikheid verander. In hierdie tweejaartydperk het sy vele algemene praktisyne gespreek, dikwels met klagtes van angstigheid, moegheid en moedeloosheid. Die geskiedenis van die spesialis se deeglike ondersoek het die uitwerking gehad dat geen mediese praktisyn dit bevraagteken het en verdere oorsake vir haar blindheid probeer opspoor het nie. Mev R kom spreek weereens 'n algemene praktisyn met klagtes van swaar menstruele siklus en edeem of swelling in haar enkels en hande. Die mediese praktisyn vra die vorige bloedtoetse van die spesialis aan om vas te stel watter toetse alreeds gedoen is. Die algemene praktisyn doen 'n paar algemene bloedtoetse wat moontlik oorsake kan aandui vir die simptome wat sy ervaar. Een van die toetse is 'n bloedtoets vir skildklierfunksie, sowel as 'n bloedtoets vir antiliggame teen die skildklier.

Die bloedtoetse toon aan dat die pasiënt 'n outo-immuunsiekte het genaamd Graves<sup>1</sup> se siekte. Een van die gevolge van die siekte is dat dit swelling agter die oë kan veroorsaak, wat in uitsonderlike gevalle kan lei tot beskadiging van die oogsenuwee en tot 'n verlies van sig. Die tweejaartydperk het ongelukkig veroorsaak dat die oogsenuwees permanent beskadig is. Dit is egter moeilik om te sê of die uitkoms anders sou wees indien daar vinniger optrede was.

---

<sup>1</sup> Graves se siekte is 'n outo-immuunsiekte. Anti-liggame stimuleer die skildklier om te veel skildklierhormoon te produseer wat 'n ooraktiewe skildklier tot gevolg het. Die siekte kan 'n vergrote skildklier en swelling agter die oë veroorsaak.

(Vir verdere gevallestudies om hierdie punt beter te illustreer sien Appendiks, gevallestudie 1 en 2)

Die bogenoemde gevallestudie toon die verlies van geheelperspektief aan asook die kompartementalisering deur beide die Neuroloog en die Oogspesialis. Beide spesialiste het slegs gefokus op die moontlike siektes voortspruitend uit hulle bepaalde spesialiteitsrigtings en nie ander moontlike oorsake bedink nie.

Aan die hand van die gevallestudies hoop ek daar is duidelik geïllustreer hoe die tradisionele geneeskunde dikwels deur redusering en kompartementalisering die mens dehumaniseer. So 'n siening is 'n verskraling van die mens en lei nie noodwendig tot genesing nie omdat die liggaam in aparte orgaankompartemente opgedeel word sonder om die dinamiese interaksies tussen die organe in ag te neem. Bogenoemde ondervindinge het my gemotiveer om te herbesin oor die meganistiese en reduksionistiese mensbeskouing in geneeskunde wat nie noodwendig genesing in die hand werk nie.

### **1.3 PROBLEEMSTELLING**

Hoe kan die verskraalde mensbeeld binne die Westerse mediese model van geneeskunde verruim word? Vir die doel van my studie fokus ek op herbesinning oor die mensbeeld of antropologie binne die geneeskunde. Die geskiedenis van die klinies-wetenskaplike metode van geneeskunde val buite die bestek van my studie. Ek wil egter 'n verruimde antropologie binne die geneeskunde bepleit omdat ek van mening is dat dit kan lei tot 'n verruimde model van genesing.

Die dominante antropologiese denke binne die geneeskunde is dikwels gebaseer op 'n meer meganistiese siening van die mens. So 'n reduksionistiese en meganistiese siening van die mens is diep gewortel in die tradisionele Westerse geneeskunde. Dit lei tot die siening dat 'n mens soos 'n masjien bestudeer kan word. 'n Masjien werk volgens vaste universele meganiese wette. Die interaksies tussen die komponente vind op 'n meganies-kousale wyse plaas. Oorsaak en gevolg kan noodwendig afgelei word. Dié siening hou egter nie rekening met die dinamiese aard van die menslike liggaam nie. Die liggaam bestaan uit verskeie organe wat in voortdurende wisselwerking is met mekaar, byvoorbeeld die endokriene stelsel met die brein, hart en geslagsorgane, soos uitgebeeld uit die gevallestudie hierbo. Is dit moontlik om een deel uit te sonder, sonder om die integriteit van die geheel te benadeel?



Ek het reeds genoem dat die tegnologiese vooruitgang in die mediese wetenskap die fragmentasie van die mensbeeld bevorder het, omdat die tegnologie dit vir die mediese beroep moontlik gemaak het om te fokus op afgebakende spesialiteitsrigtings of subspecialiteitsrigtings. Hiermee wil ek nie kritiek uitspreek op die sukses van tegnologiese vooruitgang nie, maar slegs op die wyse waarop dit aangewend word. Soos in bogenoemde beskrywing geïllustreer is, word dit toenemend moontlik vir die tegnologie om op die voorgrond te tree en die mens in sy menswees te verdring.

Beide die beskrywings uit my persoonlike ervaringe illustreer 'n mensbeeld waarin die mens van sy menslikheid ontnem word. Met menslikheid verwys ek na die eksistensiële bestaanswyse van menswees. Nou kan daar gevra word: Wat beteken dit om mens te wees? Wat maak ons mens? Hoe behoort geneeskunde oor die mens te dink? Geneeskunde of die geneeskundiges is die studie van gesondheid of genesing. Hoe kan ons besin oor die terme genesing of gesondheid? Hoe pas die sin van 'n siekte-ervaring, pyn en lyding, lewensgehalte en die aanvaarding van die dood in die meganistiese mensbeeld? Die sogenaamde 'grys areas' binne die geneeskunde soos die vertroosting van pasiënte, die verligting van die pyn en lyding van ongeneestelike siektes, die oordra van 'n slegte tyding aan 'n pasiënt se geliefdes en die emosionele ervaring van dokterwees val buite die bestek van tegnologiese toetsing en protokolle. Wat beteken dit om dokter te wees? Waar lê die verantwoordelikheid van dokterwees? Lê die verantwoordelikheid slegs by die tegniese behandeling en toetsing binne die perke van protokolle, of lê die verantwoordelikheid ook daarin om die mens binne sy eksistensiële bestaanwyse te begelei? Wat is die rol van die geneesheer-pasiënt-verhouding in genesing? Kan die menslike liggaam in isolasie bestudeer word, vervreem van sy konteks, sy geestelike en psigiese en ervaringswêreld? Kan die menslike liggaam bestudeer word verwyderd van sy eksistensiële menslike bestaan? Hierdie en ander soortgelyke vrae is belangrik vir die doel van hierdie skripsie, naamlik om te herbesin oor die verskraalde mensbeeld in die model van die geneeskunde.

#### **1.4 DOELSTELLING EN BEPLANNING VAN DIE STUDIE**

Vir die doel van die studie word daar gefokus op 'n krities-filosofiese ondersoek van die antropologiese denke binne die tradisionele geneeskunde. Die tradisionele geneeskunde is onderhewig aan 'n reeks onkritiese aannames, byvoorbeeld 'n dualistiese antropologie en 'n meganistiese wêreldbeeld. Die dualistiese antropologie en meganistiese wêreldbeeld is gegrond op Descartes se wysgerige antropologiese denke wat neerkom op 'n skeiding tussen liggaam en gees.

*Hoofstuk 2* word eerstens gewy aan 'n dieptebespreking van Descartes se dualistiese antropologie, en tweedens word daar in breë trekke aandag gegee aan die agtergrond van die dominante wêreldbeeld van moderniteit, met spesifieke verwysing na die meganistiese siening oor die natuur en die menslike liggaam wat tydens hierdie era geheers het. Derdens word die dualistiese meganistiese antropologiese beskouing tydens die era onder die loep geneem. Ten slotte word die problematiek van die antropologiese beskouing ten opsigte van die Westerse mediese wetenskap bespreek. In *Hoofstuk 3* word Merleau-Ponty se wysgerige antropologie verduidelik met betrekking tot sy problematiek rondom liggaamlikheid as kritiek op en regstelling van die dualisme. Eerstens word daar kortliks 'n uiteensetting gegee van sy fenomenologies-eksistensiële ondersoek na die mens-wêreld-synsverhouding, met persepsie as grondslag van dié verhouding. Ingevolge hiervan word daar gefokus op sy problematiek met betrekking tot liggaamlikheid. Ten slotte word daar aangedui hoe Merleau-Ponty se antropologiese denke aansluit by die problematiek van die studie. *Hoofstuk 4* bied 'n teoretiese studie van kompleksiteitsteorie om aan te dui dat daar voortdurende interaksies tussen geheel en dele plaasvind. In hierdie hoofstuk word die begrippe kompleksiteit, komplekse stelsels, eienskappe van komplekse stelsels, verskillende verstaanswyses van kompleksiteitsteorie asook kompleksiteitsdenke verduidelik. In *Hoofstuk 5* word die toepassing van die siening van die mens as 'n komplekse stelsel eerstens beskryf na aanleiding van die eienskappe van kompleksiteitstelsels en behulp van Merleau-Ponty se wysgerige antropologie, en tweedens word die mens as 'n komplekse stelsel beter geïllustreer aan die hand van voorbeelde, en ten slotte word daar na aanleiding van kompleksiteitsdenke 'n nuwe, verruimde antropologiese perspektief in geneeskunde voorgehou. In *Hoofstuk 6* word daar eerstens krities besin oor die begrippe siekte, gesondheid en genesing deur die lens van kompleksiteitsdenke. Daarna word die implikasies vir die geneesheer-pasiënt-verhouding bespreek. In *hoofstuk 7* bied ek 'n samevatting van die studie met die gevolgtrekkings en aanbevelings ten einde 'n verruimde antropologie vir geneeskunde voor te hou na aanleiding van kompleksiteitsdenke.

## 1.5 SAMEVATTING

In die hoofstuk het ek eerstens 'n inleiding gebied tot die probleemstelling van my studie, gevolg deur die agtergrond tot die rasionaal van my studie. Daarvolgens het ek die probleemstelling en probleemvrae uiteengesit wat voortspruit uit die motivering tot die studie. Die doelstelling en uiteensetting van die hoofstukindeling is ook kortliks gebied.

In die volgende hoofstuk fokus ek op die denke van Descartes, en meer spesifiek op sy dualistiese antropologie.

## **HOOFSTUK 2**

### **DESCARTES SE WYSGERIGE ANTROPOLOGIE**

#### **2.1 INLEIDING**

In hierdie hoofstuk poog ek om die wortels van dualistiese sieninge van die mens te ondersoek. Descartes se wysgerige antropologie, wat neerkom op 'n skeiding tussen liggaam en gees, het aanleiding gegee tot die dualistiese antropologiese denke. Descartes se denke was so invloedryk dat dit die grondslag gevorm het van 'n nuwe tydsgees wat in die wêreld van daardie tyd al hoe meer onder ander denkers posgevat het (Toulmin, 1990:107). Die tydsgees het gestalte gegee aan 'n dominante wêreldbeeld, naamlik moderniteit (Toulmin, 1990:108). Die spesifieke aanname van skeiding tussen liggaam en gees, asook die meganistiese beskouing het die mediese wetenskap so beïnvloed dat dié denkwyse steeds 'n groot invloed het op die wyse waarop die mediese wetenskap vandag in die praktyk beoefen word.

Die volgende gedeelte wy ek eerstens aan 'n dieptebespreking van Descartes se dualistiese antropologie, tweedens bespreek ek in breë trekke die agtergrond van die dominante wêreldbeeld van moderniteit, met spesifieke verwysing na die meganistiese siening van die natuur en die menslike liggaam wat tydens daardie era geheers het. Derdens neem ek die dualistiese meganistiese antropologiese beskouing tydens die era onder die loep, waarna ek die problematiek van die antropologiese beskouing ten opsigte van die Westerse mediese wetenskap sal bespreek.

#### **2.2 DESCARTES SE DUALISTIESE ANTROPOLOGIE**

Vir die doel van my studie fokus ek op Descartes se dualistiese antropologie. Sy wysgerige antropologie berus op die veronderstelling dat daar 'n definitiewe skeiding is tussen liggaam en gees. Die logiese vraag kan gevra word: Hoe het Descartes die skeiding tussen liggaam en gees afgelei? In die volgende gedeelte gaan ek eerstens die hoofaspekte van Descartes se denke in die algemeen uitlig om die agtergrond te skets vir sy argument met betrekking tot sy dualistiese antropologie. Daarna gaan ek in diepte sy antropologie verduidelik om daarmee sy argumentasie rondom die dualisme tussen gees en liggaam uiteen te sit.

### 2.2.1 Agtergrond tot sy dualistiese antropologie

René Descartes (1596-1650) word beskou as die vader van die moderne filosofie en as een van die invloedrykste filosowe van sy tyd (Russell, 1996:511). Hy was 'n metafisikus asook 'n wiskundige en die ontwerper van analitiese meetkunde (Descartes, 1968:15).

Die hoofdoel van Descartes se filosofie is 'n soektog na onbetwyfelbare kennis wat gekenmerk kan word deur sekerheid, helderheid en duidelikheid (Descartes, 1968:53). Descartes se sekerheidsvraag het hom gemotiveer tot 'n beplande program wat uitgeloop het op sy spesifieke metode. Descartes se studie in wiskunde het die boublokke vir sy metode gebied (Descartes, 1968:16). Die uitgangspunt was dat die metode sekerheid moet bring waaraan niemand kan twyfel nie (Van Niekerk, 1984:36). Die metode vorm dan ook die grondslag van sy denksisteem. In die volgende paragraaf vat ek die raamwerk van die metode kortliks saam:

Hy beskou wiskundige oordele as ideaal vir sy wysgerige kennis omdat dit 'n onbetwyfelbare bron van sekerheid is. 'n Aksioom word as beginpunt gestel. Die aksioom is logies, helder en deursigtig. Vanuit die aksioom kan ander proposisies dan afgelei word wat seker is (Descartes, 1968:16). Absolute sekerheid kan dus bereik word deur 'n aanvanklik eenvoudige stelling daar te stel wat in sy eie lig skyn. Die eenvoudige stelling kan dan deduktief uitgebrei word en tot afgeleide konklusies lei wat deur vaste sekerheid en waarheid gekenmerk word.

Hy ekstrapoleer vier reëls vanuit die wiskunde waarop sy metode gegrond is (Descartes, 1968:16). Die eerste is intuïsie, dit vorm die waarheid waaraan daar geen twyfel kan wees nie en wat dus in sy eie lig skyn. Die tweede reël is die proses om 'n komplekse probleem te analiseer en tot eenvoudige komponente te reduceer. Die derde reël is sintese, dit is die proses om die geanaliseerde komponente van die eenvoudigste na die mees komplekse saam te stel (Descartes, 1968:17). Die vierde reël vorm dan die deduktiewe rede. Absolute sekerheid word dus afgelei deur die proses, waar intuïsie uitgebrei word tot meer komplekse proposisies. (Descartes, 1968:17).

Die bron van kennis moet dus 'n ontwyfelbare kennisbron wees wat afgeleide sekerheid tot gevolg het. Hoe bereik Descartes die ontwyfelbare kennisbron wat absoluut seker is? Descartes se metode begin met 'n radikale twyfelakte of metodiese twyfel. Hy begin deur alle voorwerpe wat waarneembaar is, te betwyfel (Descartes, 1968:18). Hy ontken nie die bestaan daarvan nie, maar hy wys daarop dat ons sintuie ons kan bedrieg en nie altyd kan lei tot 'n kennisbron wat absoluut seker is nie. Hy maak gebruik van twee voorbeelde om te verduidelik hoe beide ons eksterne en

interne sintuie ons kan bedrieg. Wanneer 'n toring byvoorbeeld op 'n afstand waargeneem word, kan dit lyk asof dit rond is, maar van naderby blyk dit dat dit vierkantig is (Descartes, 1968:154). Interne sensasie kan ons ook bedrieg, soos in die geval van 'n persoon wat 'n ledemaat verloor het maar steeds pyn in die afwesige ledemaat ervaar (Descartes, 1968:154). Ekstern of intern waargenome objekte bring geen bron van kennis wat absoluut seker is nie (Descartes, 1968:155)

Verder betwyfel Descartes verskeie opinies van filosowe. Vir Descartes kan daar nooit meer as een mening wees wat waar is nie (Descartes, 1968:16). Alles wat nie meer as onwaarskynlik is nie word as onwaar bestempel. Allerlei opinies het geen vaste fondament en dus geen vaste sekerheid nie en blyk slegs geskiedenis en geen wetenskap te wees nie.

Descartes se radikale twyfel betwyfel dus alle kennis wat nie 'n bron van absolute sekerheid is nie. Waarvan kan ek dan seker wees? (Descartes, 1968:102) is een van sy kernvrae. Kan ek net seker wees van die feit dat ek van niks kan seker wees nie? (Descartes, 1968:102). Volgens Descartes kan alles betwyfel word behalwe die feit dat 'n mens twyfel. Ek kan dus nie daaraan twyfel dat ek twyfel nie, want dan bevestig ek wat ek wil ontken. Indien ek twyfel, dan dink ek. As ek dink, dan bestaan ek (Descartes, 1968:105). So word Descartes se '*Cogito ergo sum*' (Ek dink, daarom is ek) afgelei.

Die bron of uitgangspunt vir sekere kennis is dus geleë in die essensie van die mens se bestaan as 'n niestoflike denkende gees (Descartes, 1968:156). Dit dui dus op die suiwere, ontwyfelbare intuïsie van die mens se redelike bewussyn met betrekking tot sy eie aktiwiteit (Van Niekerk, 1984:37). Die bron van kennis skyn in sy eie lig. Dit vorm die fondament vir sekerheid wat helder en duidelik is. Dit is nie uitgelewer aan onduidelikheid en onsekerheid soos wat die sintuie ons bied nie. Indien die bron van kennis geleë is in my as denkende, niestoflike gees, bestaan daar 'n werklikheid buite die bewussyn of is die bewussyn die inperkende gees van alles wat oor die werklikheid gesê kan word? (Van Niekerk, 1984:40)

Descartes se wysgerige metode stel hom in staat om die realiteit te beskryf. Hy lei deur middel van sy deduktiewe metode die hoofkomponente van sy werklikheidsvoorstelling logies af. Vir hom bestaan laasgenoemde uit God, die siel en die buitewêreld wat hy logies deur middel van sy metode aflei. Derhalwe lei hy die bestaan van God deur middel van sy deduktiewe metode af vanuit a-priori idees. Die argument rondom sy Godsbewyse val egter buite die bestek van my studie. Ek noem slegs die konklusie wat hy gemaak het na aanleiding van sy argumente. Die twee konklusies lui soos volg: Eerstens: God mislei ons nooit nie. Tweedens: God is bevoeg om dié

dinge tot stand te bring wat met helderheid en duidelikheid begryp kan word (Descartes, 1968:149).

Hy begin sy argument deur eerstens af te lei dat materie, wat 'n voorwerp is van geometriese bewyse, wel bestaan omdat dit met helderheid en duidelikheid begryp kan word (Descartes, 1968:150). Hy lei die bestaan van die buitewêreld verder af op grond van die waarheid van God se bestaan. Descartes voer sy argument vir die bestaan van die buitewêreld verder deur te onderskei tussen sensasies en bewussyn. Sonder sensasies kan ek steeds myself met helderheid en duidelikheid begryp as essensieel 'n denkende substansie, maar sonder 'n intelligente/denkende substansie kan ek nie fakulteite soos sensasie ervaar nie (Descartes, 1968:157). Descartes kom tot die gevolgtrekking dat ek nie self die skepper is van my sensasies nie en dat dit dus afkomstig is van iets anders as my bewussyn (Descartes, 1968:157). Indien ek dus nie self skepper is van my sensasies nie, wat is dan die oorsaak daarvan? Is dit God wat die sensasie in my veroorsaak het of is dit afkomstig van dinge in die buitewêreld waarvan my idees 'n voorstelling of 'n kopie is? (Descartes, 1968:158).

Indien God die oorsaak is van die sensasies in my sonder dat ek bewus is daarvan, is God dus 'n bedrieër. Daar is egter alreeds bewys dat God ons nooit mislei nie (Descartes, 1968:158). Dus is die sensasie afkomstig van ware liggame in die buitewêreld. Daarmee kan ons dus aflei dat 'n buitewêreld wel bestaan (Descartes, 1968:158).

Die bestaan van die buitewêreld is egter van 'n ander orde as dié van die bewussyn. Die buitewêreld word beskou as 'n uitgebreide 'niedenkende' substansie en die bewussyn as die essensie van my bestaan as niestoflike denkende substansie. So ontstaan daar 'n dualisme tussen materie en die bewussyn. Descartes se dualisme vloei dan voort in sy antropologie waar hy liggaam en siel skei.

### **2.2.2 Dualistiese antropologie**

Descartes se dualistiese antropologie is gebaseer op sy uitgangspunt dat die bron van kennis ontstaan het uit metodiese twyfel, naamlik "Cogito ergo sum," ek dink, daarom is ek. Die essensie van die mens se bestaan is geleë in sy niestoflike denkende gees/bewussyn. Die liggaam word beskou as die niedenkende substansie. Daar heers 'n duidelike onderskeid tussen gees en liggaam. Hoe beskou Descartes dus die liggaam?

Volgens Descartes leer die natuur ons sekere waarhede. Met natuur verwys Descartes na die goddelikheid van die skepping. Die natuur leer my dat ek wel 'n liggaam het wat honger, dors en pyn ervaar (Descartes, 1968:159). Descartes erken dat daar wel 'n ontmoetingspunt tussen liggaam en gees is. Ons is nie in ons liggame gesetel soos die kaptein van 'n skip nie, maar ons is wel ten nouste verbind en vermeng met ons liggame (Descartes, 1968:159). As dit anders was en ek niks anders was as 'n ding wat dink nie, sou ek nie die pyn/honger/dors ervaar nie, maar bloot soos 'n kaptein op 'n skip die probleem begryp het en nie vewarde gevoelens ervaar nie (Descartes, 1968:159). Die natuur leer my om dinge wat pyn veroorsaak te vermy en om dit wat plesier veroorsaak na te streef (Descartes, 1968:161).

Daar bly egter een probleem vir Descartes, naamlik: Hoe is dit moontlik dat 'n individu wat siek is van watersug (edeem), water drink in reaksie op droogheid in die keel indien die water die individu skade gaan aandoen? (Descartes, 1968:162). Is dit dan die natuur wat verdorwe is? Hoe kan die natuur verdorwe wees as dit God se skepping is? (Descartes, 1968:162). Is 'n siek man dan 'n mindere skepsel van God as 'n gesonde man? (Descartes, 1968:162). Descartes voer sy argument verder deur 'n vergelyking te tref tussen 'n horlosie en 'n liggaam. 'n Horlosie is saamgestel uit wiele en gewigte en eerbiedig die natuurwette presies, ongeag of dit sleg gemaak is en nie akkurate tyd hou nie, en of dit akkurate tyd hou en die horlosiemaker tevrede stel (Descartes, 1968:163). Net so is 'n liggaam soos 'n werktuig saamgestel uit bene, senuwees, spiere, bloed en vel. Al sou daar geen gees bestaan nie, sou 'n liggaam steeds die bewegings uitvoer wat natuurlik sou wees daarvoor. Wanneer daar byvoorbeeld droogheid in die keel ervaar word, ontstaan 'n gevoel van dors, wat veroorsaak dat water ingeneem word om die droogheid te reguleer ongeag of dit die siekte gaan vererger en of dit ingeneem word vir die beswil van die liggaam (Descartes, 1968:163). Soos 'n horlosie wat deur sy maker aanmekaar gesit is, net so is die liggaam deur God gemaak. 'n Horlosie wat nie die ure akkuraat aandui nie, wyk dus af van sy aard en net so wyk die liggaam af van sy aard wanneer hy water inneem wat sy siekte vererger (Descartes, 1968:163). So vergelyk Descartes 'n horlosie wat wanfunsioneer met 'n siek liggaam, en 'n horlosie wat goed funksioneer met 'n gesonde liggaam (Descartes, 1968:163).

Descartes maak hier 'n duidelike onderskeid tussen gees en liggaam. Die onderskeid is geleë in die feit dat die liggaam verdeelbaar en die gees onverdeelbaar is (Descartes, 1968:164). As ek myself as 'n denkende, niestoflike bewussyn beskou, kan ek myself nie in dele onderverdeel nie, maar bestaan ek as 'n enkele, volledige entiteit (Descartes, 1968:164). Al sou die gees wel verbind wees met die liggaam en sou daar 'n voet of arm van die liggaam verwyder word, is daar nogtans geen deel van my gees verwyder nie (Descartes, 1968:164). Dit verskil egter van die liggaamlike, waar

die gees enige deel van die liggaam kan onderverdeel deur middel van denke. So heers daar 'n duidelike onderskeid (en skeiding) tussen gees en liggaam (Descartes, 1968:164).

### 2.2.3 Samevatting

In die voorafgaande gedeelte het ek Descartes se argument betreffende sy dualistiese antropologie in diepte uiteengesit. Descartes lei logies deduktief 'n dualisme af tussen die bewussyn en die buitewêreld asook 'n dualisme tussen gees en liggaam. Descartes beskou die fisiese wêreld as 'n perfekte masjien wat deur wiskundige (analitiese meetkunde) en meganiese wette verklaar kan word. Net so vergelyk Descartes die liggaam met 'n masjien of horlosie wat deur meganika beheer word. Die bepaalde vergelyking gee aanleiding tot 'n meganistiese siening van die materiële of fisiese, insluitende die liggaam. Die bewussyn of rasonele staan as aparte entiteit wat afsonderlik bestaan van die nidenkende materiële of fisiese wêreld/licgaam.

Descartes se argument is beïnvloed deur 'n metafisiese benadering tot die bewussyn/gees, wat gesien word as 'n ontsterflike entiteit apart van die fisiese materiële wêreld. Descartes beskou die bewussyn as 'n onverdeelbare entiteit en die fisiese wêreld en liggaam as verdeelbaar. Sy deduktiewe metode het aanleiding gegee tot die analitiese metode wat gekenmerk word deur die analisering van komplekse probleme tot die eenvoudigste komponente.

Sy argument en metode was so invloedryk dat dit die grondslag gevorm het van 'n nuwe tydsges wat in die wêreld van daardie tyd al meer onder ander denkers posgevat het. Hierdie tydsges het geleidelik gestalte gegee aan 'n dominante wêreldbeeld, naamlik moderniteit. In die volgende gedeelte bespreek ek in breë trekke die raamwerk van die moderne era met spesifieke verwysing na die meganistiese siening van die natuur en die menslike liggaam wat ontstaan het as gevolg van daardie wêreldbeeld.



## **2.3 MODERNITEIT MET SPESIFIEKE VERWYSING NA 'N MEGANISTIESE SIENING VAN DIE MENSLIKE LIGGAAM**

### **2.3.1 Inleiding**

In die volgende gedeelte bied ek eerstens in breë trekke die hoofkenmerke van die denkraamwerk van moderniteit aan. Daarna bespreek ek die dualistiese en meganistiese siening van die mens en die natuur wat tydens daardie era dominant was.

Die nuwe tydsges het posgevat binne 'n bepaalde konteks wat ontvanklik was vir verandering. Die verandering is gekenmerk deur 'n strewe na absolute sekerheid en 'n eenvormige universele wetenskap. Die strewe na absolute sekerheid wat betref kennis is gebore uit die Middeleeue en Renaissance waartydens 'n irrasionele geloof in magiese kragte, onsekerheid, dubbelsinnigheid en fundamentalistiese gesindhede oorheers het. Die nuwe tydsges is beïnvloed deur 'n aantal historiese gebeure. Die ontstaan van Descartes se logika en epistemologie, Galileo se bevindinge in die astronomie en meganika, asook Leibniz en Newton se fisika wat alles deel was van die nuwe 'Verligting'. Die aanvang van die era was ongeveer teen 1600.

Vir die bestek van my studie gaan ek nie fokus op die historiese gebeure nie. Ek gaan slegs in breë trekke die raamwerk en basiese aannames van die era bespreek met spesifieke verwysing na die invloed wat die era op die mensbeeld gehad het.

### **2.3.2 Filosofiese denkrigtings tydens die era**

Die era is gekenmerk deur 'n verskuiwing in filosofiese denkrigtings. In die volgende paragraaf noem ek kortliks die vernaamste verskuiwings in denkrigtings:

Die filosofiese denkrigtings is gekenmerk deur 'n verskuiwing van retoriek na teoretiese besinning. (Toulmin, 1990:30). 'n Sensitiwiteit vir konkrete, praktiese gevalle is vervang deur veralgemeende, abstrakte en universele beginsels (Toulmin, 1990:31). Die verskuiwing het veral die morele filosofie beïnvloed, waar die klem geval het op universele, algemeen geldige beginsels in plaas van die sensitiwiteit vir konkrete, praktiese gevalle in die benadering tot etiese probleme (Toulmin, 1990:31). Veralgemeende abstrakte aksiome het die klem op konkrete gevalle verplaas. Vierdens het die fokus op konteks en tyd verander na 'n fokus op die tydlose en permanensie (Toulmin, 1990:33). Die konteks is dus buite rekening gelaat, wat gelei het tot 'n dekontekstualisering van idees. Die filosofiese dampkring ná 1630 het dus spesifieke, konkrete,

lokale en konteksgebaseerde denkrigtings vervang met 'n teoretiese, universele en abstrakte benadering wat konteks buite rekening gelaat het.

Die klem op menslike ervaringe en waardes voor 1630 het verskuif na 'n meer kritiese rasionele benadering tot die wêreld en die mens. In die volgende gedeelte bespreek ek die voorveronderstellings wat die breë raamwerk of konstellasie vir die era vorm. In dié gedeelte word die rasionele benadering tot die wêreld en mens uiteengesit.

### 2.3.3 Breë raamwerk van moderniteit

Die Cartesiaanse dichotomie tussen die fisiese buitewêreld en die rasionele mens maak die grondslag uit van die breë denkraamwerk van die era. Die skeiding tussen die natuur en die menslike wêreld vorm die voorveronderstelling van die era, met 'n aantal aannames wat onder die voorveronderstellings geklassifiseer word. In die volgende gedeelte bespreek ek slegs enkele van die aannames wat betrekking het op my studie.

Aan die een kant van die splitsing staan die natuur of fisiese buitewêreld. Ingevolge hierdie splitsing is 'n aantal aannames gemaak as deel van die denkraamwerk van moderniteit. Die aannames is soos volg:

- **Die natuur word bepaal deur vaste natuurwette** (Toulmin, 1990:109). Hierdie aanname is beïnvloed deur Newton se universele natuurwette. Newton bou voort op Descartes se meganistiese, dualistiese denkraamwerk. Hy ontwikkel 'n volledige stel wiskundige formules vir die toepassing van die meganistiese paradigma op die natuur. Newtoniaanse meganika fokus op die beweging van materiedeeltjies wat veroorsaak word deur swaartekrag (Capra, 1982:52). Hy formuleer wiskundige formules ter staving van universele natuurwette wat toegepas word op bewegende deeltjies in die fisika en astronomie. Hierdie wette is later ook toegepas op die beweging van vloeistowwe en temperatuur. Volgens Newton bestaan die materiedeeltjies uit dieselfde substansie in absolute spasie en tyd. Die universele wette kan met sekerheid die oorsaak en gevolg van 'n bewegende deeltjie voorspel. Newton se natuurwette is veralgemeen tot 'n aanname wat toegepas word op die fisiese buitewêreld asook die menslike liggaam.
- **Die materiële substansie van die fisiese wêreld is essensieel leweloos** (Toulmin, 1990:111). Die aanname is gebaseer daarop dat materiële objekte nie self beweging of

verandering spontaan kan inisieer nie. Verandering en beweging is afhanklik van rasonale wesens, naamlik God en die rasonale menslike wese.

- **Fisiese objekte besit nie die vermoë om te dink nie** (Toulmin, 1990:112). Die aanname sluit aan by die voriges waar die natuur beskou word as 'n lewelose masjien wat nie rasonale kapasiteit besit nie. Verskillende vorme van materiële substansie is slegs op 'n kousaal-meganiese wyse in wisselwerking met mekaar.

Volgens bogenoemde aannames word die natuur dus beskou as 'n masjien wat beheer word deur universele, algemeen geldige natuurwette. Materiële substansie reageer slegs op 'n lineêre, kousale wyse. Materiële substansie het nie 'n rasonale kapasiteit nie, dit besit nie die vermoë om self tot beweging te kom nie en is afhanklik van 'n rasonale wese (God of rasonale mens) om beweging te inisieer.

Die fisiese wêreld staan dus teenoor die menslike wêreld. Die menslike wêreld word gekenmerk deur Descartes se splitsing tussen die bewussyn/denke en die liggaam. Die eerste aanname dui op die essensie van die menslike wêreld se kapasiteit tot rasonale denke en aksie (Toulmin, 1990:113). Dié aanname is afkomstig van Descartes se 'Cogito ergo sum', ek dink, daarom is ek. Die essensie van die mens se bestaan is geleë in die denkende of rasonale bewussyn.

Descartes se dichotomie tussen mens en fisiese wêreld, bewussyn en liggaam het aanleiding gegee tot verdere dichotomie, naamlik die splitsing tussen die rasonale en kousale asook die rasonale en emosionele.

Die vermoë tot denke en aksie by die mens is geleë in sy rasonale vryheid om besluite te neem. In teenstelling daarmee word kousaliteit gekoppel aan die materiële, fisiese wêreld. Die fisiese wêreld word vergelyk met 'n masjien of kosmiese horlosie wat op meganiese wyse verklaar kan word. Die interaksies in die materiële, fisiese wêreld vind plaas op kousale wyse, wat ook bestempel word as kousaal-meganies. Die mens is dus 'n wese bestaande uit 'n rasonale sowel as 'n kousale entiteit, naamlik die liggaam. Die liggaam word vergelyk met 'n horlosie wat op kousaal-meganiese wyse funksioneer. Die rasonale kapasiteit is nie afhanklik van kousale interaksies met die liggaam nie en bestaan as aparte entiteit van die liggaam. Die splitsing tussen die rasonale en kousale entiteit het 'n aanname gevestig dat aksies nie op kousale wyse verklaar kan word nie.

'n Verdere dichotomie wat van die splitsing tussen die rasonale en die kousale liggaam afgelei is, is die dichotomie tussen die rasonale en die emosionele (Toulmin, 1990:114). Emosie is beskou as

'n deel van die liggaam wat irrasioneel is, onderworpe aan die kousale kragte van die liggaam. Die rasionele, wat deel vorm van die gees of spirituele, staan teenoor en is verhewe bo die emosionele. Emosie is beskou as 'n skadelike entiteit wat die rede kan beïnvloed, byvoorbeeld by 'n individu wat deur woede oorval word. Dié bepaalde dichotomie het daartoe gelei dat emosie gesien is as minderwaardig en 'n entiteit wat vermy behoort te word. Dié beskouing het aanleiding gegee tot 'n vermyding van en wantroue in emosie. Die splitsing tussen verstand (rede) en emosie is steeds dominant in talle wetenskapsienings, insluitende die mediese wetenskappe.

Dit is belangrik om te onthou dat daar tydens die era 'n kenmerkende skeiding was tussen waardes en feite. Die dichotomie het die begrip van kennis verskraal tot die meganiese en tegniese aspekte van feite- totaal verwyderd van die waardes wat geimpliseer word. So is etiek byvoorbeeld beskou as kliniese logiese, abstrakte, universele en tydlose beginsels. (Toulmin, 1990: 149) In die mediese praktyk in die besonder was dit nie houdbaar nie, soos die volgende kwotasie duidelik illustreer:

“ In the present phase of medicine, all attempts to freeze the distinction between facts and values are overwhelmed by the practical demands of new problems and situations. From now on, indeed, the very definition of a “ medical problem must be given in terms that cover both its technical and its moral features: not merely the fact that the oxygen in a patient’s arterial blood is at a life threatening level, but also the fact that the patient has, expressed a clear wish not to be resuscitated by burdensome technical means, if they add to the chance of continued biological life only marginally, and to the quality of life not at all. “ ( Toulmin, 1990: 181)

#### **2.3.4 Samevatting**

Die breë raamwerk van moderniteit is dus gefundeer op 'n dualisme tussen die natuur of fisiese buitewêreld en die rasionele menslike wêreld. Die fisiese buitewêreld word vergelyk met 'n perfekte masjien onder beheer van universele natuurwette en kousale interaksies. Hierteenoor staan die menslike wêreld, wat op sy beurt deur verdere dualisme gekenmerk word, naamlik 'n dualisme tussen die rasionele kapasiteit van die mens en die liggaamlike kapasiteit wat as meganies beskou is. Die dominante voorveronderstelling van die moderne era berus derhalwe op 'n dualistiese en meganistiese wêreldbeeld. Die vraag kan gevra word: Hoe het so 'n beskouing die mensbeeld beïnvloed? In die volgende gedeelte neem ek die antropologiese beskouing tydens die era onder die loep.

## 2.4 DIE ANTROPOLOGIESE BESKOUIING TYDENS DIE ERA

### 2.4.1 Dualistiese en meganistiese antropologie

Die vraag kan gevra word: Hoe het moderniteitsdenke die heersende antropologiese beskouings van hierdie era beïnvloed? Die antropologiese beskouing is gekenmerk deur 'n splitsing tussen die gees/bewussyn, die denkende of spirituele, en die liggaam. Die rasionele/bewussyn is beskou as die essensie van die mens se bestaan, met die liggaam as uitgebreide substansie. Die klem is geplaas op die rasionele kapasiteit van die mens wat as 'n entiteit apart van die liggaam beskou word. Die rasionele kapasiteit van die mens is verantwoordelik vir die besluitnemingsproses en aksies wat deur die mens verrig word (Toulmin, 1990:113).

Die liggaam is aan die ander kant gesien as deel van die fisiese wêreld wat as 'n perfekte masjien funksioneer, en dus bestaan uit verdeelbare dele wat volgens universele meganiese wette funksioneer. Die benadering tot die liggaam is sterk beïnvloed deur 'n dominante meganistiese sienswyse wat tydens die era geheers het. Hiervolgens vind die liggaam se interaksies op kousaal-meganistiese wyse plaas. Dié sienswyse oor die menslike liggaam was so dominant dat dit 'n groot invloed op die Westerse mediese wetenskap uitgeoefen het.

Die perspektief op die mens was dus deels rasioneel en deels meganies. Die klem is oorwegend geplaas op rasionaliteit, wat sogenaamd die essensie van die mens se bestaan vorm. Dieselfde filosofiese beskouings kenmerkend van die modernistiese era het ook die algemene mensbeeld beïnvloed. Die klem op permanensie en tydloosheid het die sensitiwiteit vir konteks oorheers. Die fokus op rasionaliteit en logiese, abstrakte beginsels het 'n klimaat geskep vir 'n mensbeeld vervreem van sy oorspronklike bestaan in die wêreld. Die dualistiese, meganistiese antropologie was problematies, maar het nogtans as algemeen geldend voortgeduur in wetenskapskringe (Kriel, 2000:10). Wat was die probleem met hierdie beskouing? In die volgende gedeelte bespreek ek die problematiek van die antropologiese denke met spesifieke verwysing na die Westerse mediese wetenskap.

## 2.5 PROBLEMATIEK VAN DIE DUALISTIESE MEGANISTIESE ANTROPOLOGIE

In die volgende gedeelte lig ek eerstens die problematiek van die dualistiese antropologie toe. Daarna bespreek ek die problematiese nagevolge van die modernistiese antropologiese denke vir die Westerse mediese wetenskap.

Die mensbeeld wat gekenmerk word as deels rasioneel, deels meganies is problematies. Hoe kan die relasies tussen die onderskeie dele verreken word indien daar op dualistiese en meganistiese wyse na 'n liggaam gekyk word? Wat is die wisselwerking tussen gees en liggaam? Tussen die rasionele en die emosionele? Hoe is dit moontlik dat 'n mens se geestestoestand siekte kan veroorsaak of dat die liggaam die denke beïnvloed? Hoe is dit moontlik dat traumatiese emosionele ervaringe fisieke siekte kan veroorsaak, of dat langdurige roumart oor 'n geliefde uiteindelik die dood kan veroorsaak? (Kriel, 2000: 58). Is dit moontlik om te onderskei waar begin en eindig die gees en wat is die grense van die liggaamlikheid? Kan ons dit slegs beskryf in die dualistiese terminologie van gees of liggaam, of is dit gesetel in die interaksies tussen die twee?

Ek wil argumenteer dat die splitsing tussen die gees en liggaam (*mind/body split*) gelei het tot 'n vervreemding en ontkoppeling van die gees/rasionele met die liggaamlike en fisiese buitewêreld. Die vervreemding of ontkoppeling tussen gees en liggaam, of van die gees met die fisiese leefwêreld het daartoe gelei dat belangrike relasies en interaksies tussen interaktiewe en essensiële dele van die mens misgekyk is. Die dualistiese antropologie het ook aanleiding gegee tot dualistiese terminologie en denkraamwerke.

Die splitsing tussen die rasionele mens en die fisiese leefwêreld het daartoe aanleiding gegee dat die mens van sy eie natuur ontkoppel of vervreem is. Die klem op permanensie en tydloosheid het die sensitiwiteit vir sosiale en historiese konteks oorheers. Die fokus op rasionaliteit en logiese, abstrakte beginsels het 'n klimaat geskep waarbinne die mens vervreem is van sy oorspronklike bestaan in die wêreld. Ek wil argumenteer dat die klem so sterk geplaas is op die mens se rasionele kapasiteit met die soeke na absolute sekerheid, dat die eksistensiële beskouing van menswees verwaarloos is. Die sin en betekenis van die mens se bestaan in sy totaliteit van liggaam, siel en gees is gereduseer tot 'n verskraalde mensbeeld gekenmerk deur 'n verabsoluteerde rasionaliteit aan die een kant en 'n meganiese reduksionisme aan die ander kant. Die menslike aspekte van sinsbestaan, lewe en dood is genegeer omdat dit gereduseer is tot 'n meganistiese studie van die liggaam wat afsonderlik van die gees funksioneer. Verder het die dualisme daartoe aanleiding gegee dat die mens se liggaam in isolasie bestudeer is, geskei van die rasionele substansie asook

geskei van sy sosiale konteks of leefwêreld. Die mens is dus nie beskou as 'n geïntegreerde geheel wat in 'n bepaalde leefwêreld gesitueer is nie.

Die vergelyking van die menslike liggaam met 'n masjien was so invloedryk dat dit voortgeleef het in die Westerse mediese wetenskapsdenke. Die liggaam is beskou as 'n masjien wat onderverdeel is in verskeie dele. Die geheel vorm die somtotaal van die dele. Die dele word beheer deur universele meganiese wette wat op kousale wyse deterministies met mekaar in wisselwerking is. Hierdie aanname is onkrities veralgemeen en aanvaar binne die gedagte-wêreld van die Westerse mediese wetenskap. Die vraag kan dus nou gevra word: Wat is die probleem met hierdie onkritiese aanname oor die menslike liggaam as 'n masjien? In die volgende gedeelte noem ek 'n paar van die probleme wat die meganistiese siening van die menslike liggaam vir die geneeskunde inhou:

Deur die menslike liggaam as 'n masjien te beskou word geïmpliseer dat die liggaam soos 'n masjien staties is en uit onderdele bestaan wat saam die geheel vorm. 'n Gedeelte kan dus in isolasie bestudeer word sonder om noodwendig die geheel in ag te neem of te beïnvloed. Die interaksies tussen die dele vind op kousaal-meganistiese wyse plaas, dit wil sê op lineêre wyse, wat daarop dui dat een oorsaak slegs een gevolg sal hê. Volgens hierdie aanname staan die meganistiese sisteem onder beheer van universele kousaal-meganiese natuurwette. Dit impliseer dat die liggaam soos die masjien altyd noodwendig onder beheer is van dieselfde wette wat altyd op dieselfde wyse sal reageer. In die dominante denkwyse binne die Westerse geneeskunde is hierdie onkritiese aanname aanvaar, wat gelei het tot die siening dat verskeie orgaansisteme apart bestudeer kan word sonder om die geheel in ag te neem. Die verskeidenheid interaksies tussen die orgaansisteme is nie noodwendig in ag geneem nie of is totaal misgekyk. Dit het gelei tot 'n verskraalde beskouing en beperkte begrip van die menslike liggaam. Gevolglik het reduksionistiese behandelingsmetodes ontwikkel. Meer nog, die daaropvolgende navorsingsprojekte is geskoei op die behandeling van geïsoleerde dele van die liggaam sonder om noodwendig die interaksies tussen die dele in ag te neem, laat staan nog die bewussyn van die nood van die totale mens in sy gesitueerdheid in sy leefwêreld (Kriel, 2000:22).

Nou kan die vraag gevra word of dit wenslik is om die menslike liggaam met 'n masjien te vergelyk. 'n Masjien is immers 'n statiese entiteit. 'n Masjien bestaan uit komponente wat uitmekaargehaal kan word sonder om noodwendig die integriteit van die geheel te kompromitteer. Die komponente kan weer teruggesit word en die masjien kan in sy geheel herstel word. 'n Masjien werk volgens vaste, universele, meganiese wette. Die interaksies tussen die komponente reageer op kousale wyse. Oorsaak en gevolg kan noodwendig afgelei word.

Die menslike liggaam daarenteen is dinamies van aard. Die liggaam bestaan uit verskeie organe wat in voortdurende wisselwerking is met mekaar, byvoorbeeld die endokriene stelsel met die brein, hart en geslagsorgane. Is dit moontlik om een deel uit te haal sonder om die integriteit van die geheel in ag te neem? Is daar slegs kousale interaksies of heers daar nie-lineêre interaksies soos byvoorbeeld terugvoermeganismes ensovoorts? Kan die menslike liggaam in isolasie bestudeer word, vervreem van sy konteks, sy geestelike, psigiese en ervaringswêreld? Kan die menslike liggaam bestudeer word verwyderd van sy eksistensiële bestaan van menswees? Wat beteken dit om mens te wees? Is menswees slegs gesetel in die rasonele kapasiteit gekoppel aan 'n meganiese liggaam? Of is menswees 'n geheel van liggaam, siel en gees gesetel in 'n konteks in relasie met ander? Hierdie en ander soortgelyke vrae is belangrik vir die doel van hierdie skripsie, naamlik om te herbesin oor die die verskraalde mensbeeld in die model van geneeskunde.

## 2.6 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk het ek gepoog om 'n breë oorsig te gee as agtergrond vir die dualistiese en meganistiese antropologiese denke wat tydens era van moderniteit ontstaan het. In my betoog het ek die problematiek van die antropologiese denke onder die loep geneem. Ek het aangetoon dat die onderliggende mensbeeld hoofsaaklik gekenmerk is deur 'n dualisme wat bestaan uit deels rasonele wese en deels meganiese liggaam. Verder het ek geargumenteer dat hierdie antropologie soveel invloed in die Westerse gedagte-wêreld uitgeoefen het dat dit tot vandag nog die denke in die Westerse geneeskunde beïnvloed en selfs oorheers. Boonop wil ek aandui dat die dualistiese en meganistiese antropologiese denke aanleiding gegee het tot 'n verskraalde mensbeeld wat ook uitgemond het in 'n beperkte model van geneeskunde.

Nou bly die vraag: Hoe kan hierdie dualistiese en meganistiese antropologie getransendeer word? Hoe kan 'n ruimer model van geneeskunde daargestel word? In die volgende gedeelte bestudeer ek Merleau-Ponty se wysgerige antropologiese denke en problematiek met betrekking tot liggaamlikheid as 'n moontlike respons op die meganiese en dualistiese siening van die mens.



## HOOFSTUK 3

### MERLEAU-PONTY: DEURLEEFDE LIGGAAMLIKHEID

#### 3.1 INLEIDING

Merleau-Ponty se antropologiese denke staan teenoor Descartes se dualistiese en meganistiese siening van die liggaam. In hierdie hoofstuk beoog ek om 'n uiteensetting te gee van Merleau-Ponty se wysgerige antropologie met spesifieke verwysing na die problematiek van liggaamlikheid as kritiese kommentaar op die dualisme. Hoe besin Merleau-Ponty oor liggaamlikheid? Hoe kan Merleau-Ponty se antropologiese denke oor liggaamlikheid die dualisme van Descartes se antropologie ophef? Hoe sluit Merleau-Ponty se denke aan by die problematiek van my studie?

In hierdie hoofstuk bespreek ek kortliks sy fenomenologies-eksistensiële ondersoek van die mens-wêreld-synsverhouding met persepsie as grondslag van die verhouding. Teen hierdie agtergrond fokus ek op sy problematiek met betrekking tot liggaamlikheid, op grond waarvan ek sal poog om bogenoemde vrae te beantwoord.

#### 3.2 PERSEPSIE

Vanuit die fenomenologie eksploreer Merleau-Ponty die oorsprongsdimensie van menslike ervaringe in sy leefwêreld (Rossouw, 1984:1). Hy ondersoek die oorspronklike betrokkenheid en verweefdheid van die mens met sy leefwêreld.

Die wêreld waarna Merleau-Ponty verwys, is die voorwetenskaplike en oorspronklike leefwêreld. Dit is die wêreld waarin die mens sy daaglikse bestaan voer. Die leefwêreld beskou hy as die waargenome, konkrete en lewende werklikheid waarin die menslike bestaan verweef is. Hy ondersoek die oorspronklike onderbou van die verhouding tussen die kennende subjek (mens) en gekende objek (wêreld) (Bakker, 1975: 50). Merleau-Ponty wil hom as fenomenoloog teenwoordig stel by die oorsprongsdimensie van die verhouding tussen die mens en sy leefwêreld (Rossouw, 1984:1).

Die oorspronklike ontmoetingspunt tussen mens en leefwêreld lê nie by die *Cogito* soos beskryf deur Husserl nie (Rossouw, 1984:1). Die ontmoetingspunt is ook nie geleë in die praktiese omgang soos beskryf deur Heidegger nie (Rossouw, 1984:1). Die oorspronklike ontmoetingspunt is volgens Merleau-Ponty geleë in persepsie. Volgens hom vorm persepsie die primordiale inisiasie

tot alle sin vir die mens in sy leefwêreld (Rossouw, 1984:1). Persepsie vorm die mens se voorbewustelike gesigspunt op sy leefwêreld. Persepsie vorm die onderbou waarop alle ander werklikheidsstrukture gebaseer is. Die waargenome wêreld vorm die basis of grondslag van rasionaliteit, waardebeslissing en praktiese optrede. Met ander woorde, die wyse waarop 'n mens sy werklikheid beleef en daaraan sin gee, vorm die basis van refleksie, taal en wetenskaplike aktiwiteit.

Merleau-Ponty se fenomenologies-eksistensiële uitgangspunt fokus op die oorspronklike aanwesigheid van die ervarende mens en die ervarede/beleefde leefwêreld (Rossouw, 1984:1). Volgens Merleau-Ponty is persepsie 'n liggaamlike gebeurtenis, met ander woorde, die oorspronklike aanwesigheid wat gefundeer is in persepsie is dus gesetel in die liggaamlikheid van die mens. Deur die liggaam is die mens in staat om sy werklikheid te ervaar. Liggaam word gesien as die perseptiewe middelpunt van of gesigspunt op die wêreld wat kritiese refleksie of wetenskaplike kennis voorafgaan. Die oorspronklike ontmoetingspunt van die mens met sy leefwêreld is dus geleë in die liggaam. Meer nog, die perseptiewe vermoë van die liggaam is nie slegs geleë in geïsoleerde sintuigorgane nie, maar in die totaliteit van die liggaam as 'n geheel.

Merleau-Ponty stel dit so:

*“My perception is therefore not a sum of visual, tactile and audible givens: I perceive in a total way with my whole being: I grasp a unique structure of the thing, a unique way of being, which speaks to all my senses at once” (Merleau-Ponty, 1964:50).*

Die liggaamlike persepsie bied die oorspronklike toegang tot die wêreld. Merleau-Ponty ondersoek die toegang tot die onderbou van die mens se ervaringswêreld as die kern van sy antropologiese denke. Hy begin sy ondersoek deur kritiek te lewer op tradisionele teorieë oor persepsie wat gefundeer is in die objektivistiese beskouing van die sintuiglike vermoë van die menslike liggaam (Rossouw, 1984:2). Die tradisionele teorieë blokkeer die oorspronklike aanwesigheid van die perseptiewe geloof. Die tradisionele teorieë word verder onderskei in die realisme/empirisme en intellektualisme/idealisme (Merleau-Ponty, 1962:26). Aan die hand hiervan ondersoek hy ook die perspektief van die Cartesiaanse dualistiese denkwyse.

Die realisme is gebaseer op die siening dat die hele werklikheid vir die bewussyn objektief kenbaar is (Bakker, 1975:30). Die werklikheid word daarvolgens verstaan as 'n geslote geheel wat

onafhanklik is van die kennende mens. Vanuit die realisme word die liggaam gesien as 'n objek, onafhanklik van die kennende subjek. Die liggaam word dus gesien vanuit "derde persoon"-kennis waar die liggaam waargeneem word as slegs 'n voorwerp tussen ander voorwerpe (Smith, 1978:42). Die perseptiewe agtergrond van die kennende subjek word derhalwe ontken (Merleau-Ponty, 1962:24). Die realisme ken dus geen waarnemende subjek nie. Volgens die realisme bestaan die liggaam op sigself en objektief. Volgens die realisme word die sintuiglike waarnemingsproses beskou as 'n kousaal verklaarbare proses wat afspeel tussen objekte in 'n wêreld van voorwerpe (Rossouw, 1984:2). Die waargenome objekte stuur meetbare golwe uit (Rossouw, 1984:2). Die meetbare golwe dien as eksterne stimuli wat op die menslike liggaam se sintuiglike organe inwerk. Die stimuli word dan op 'n unilaterale meganies-kousale wyse deur middel van senubane oorgedra na die brein (Rossouw, 1984:2). In die brein bereik die golwe 'n eindkondisie en word as 'n sensasie geregistreer (Rossouw, 1984:2). Die oorgang van 'n sensasie na 'n sinvolle waarneming vind plaas deur die bewussyn. Vanuit die empiristiese teorie dien die bewussyn as 'n passiewe entiteit waar die sensasie deur middel van 'n chemiese proses tot 'n sinvolle waarneming omvorm word (Rossouw, 1984:2)

In teenstelling met die realisme staan die denkwyse van die idealisme of intellektualisme (Merleau-Ponty, 1962: 27). Die idealisme is gebaseer op die denkwyse dat 'n persoon bestaan uit 'n niefisieke gees. Alle fisieke of liggaamlike aspekte van 'n persoon word beskou as gees. Vanuit die intellektualisme word die sensasie oorgedra na die bewussyn. Die bewussyn dien in dié geval as 'n aktiewe, eiesoortige *ego cogito*, waar die sensasie georden word tot sinvolle waarneming of ervaringsin as 'n innerlike objek of struktuur van die bewussyn (Rossouw, 1984:2)

Bogenoemde beskrywing herinner aan die Cartesiaanse dualistiese denkwyse wat gebaseer is op die aanname dat die mens essensieel uit 'n niefisieke gees bestaan, met die niegeestelike liggaam of stoflike as uitgebreide substansie. Die liggaamlike of stoflike word teenoor die geestelike gestel. Descartes verwys na die twee begrippe as die denkende en uitgebreide substansie (Van Peursen, 1970:23). Die uitgebreide substansie is afsonderlik van die denkende. Die menslike liggaam soos beskryf deur Descartes is 'n ingewikkelde, lewenskragtige masjinerie (Van Peursen, 1970:23). Die masjinerie kan verdeel word in individuele komponente wat op kousaal-meganistiese wyse met mekaar in wisselwerking is. Die masjien bestaan uit die som van die individuele komponente. Die siening van die liggaam as masjien kan geïllustreer word deur die meganistiese fisiologie en teorie uit die gedrags-sielkunde. Volgens hierdie siening word die liggaam in ooreenstemming met die dualistiese denkwyse in 'n meganistiese sisteem geïnkorporeer. Menslike gedrag word gereduseer tot 'n lineêre en geïsoleerde stimulus-respons-reaksie. Die reaksie word ook beskryf as die

refleksboog (Merleau-Ponty, 1962:7) 'n Eksterne stimulus stimuleer 'n sensoriese orgaan, die stimulus word na die brein oorgedra en lei tot 'n voorspelbare voorstelling (Merleau-Ponty, 1962:7). Die representasie verbind die stimulus tot bepaalde gedrag (Merleau-Ponty, 1962:7). Die refleksboog van stimulus-representasie-respons is gebaseer op 'n aanname van 'n geïsoleerde en lineêre reaksie.

Bogenoemde teorieë skakel die waarnemende subjek, vir wie die waarnemingsin uit die sintuiglike waarnemingproses bestaan, uit (Rossouw, 1984:3). Die realisme beskou die waarnemingsin as 'n objektiewe bewussynstoestand wat die gevolg is van 'n kousaal bepaalde proses gebaseer op 'n eksterne prikkel van 'n objek (Rossouw, 1984:3). Daarteenoor beskou die intellektualisme die waarnemingsin as 'n innerlike waarnemende subjek op sigself en verwyderd van die uiterlike liggaamlike waarnemingsproses. Die Cartesiaanse dualistiese denkwysie beskou die liggaam as meganistiese objek wat op 'n lineêr-kousale wyse verbind is tot die niefisieke gees.

Volgens Merleau-Ponty ontken al bogenoemde teorieë die oorspronklike gegewe van 'n waargenome fenomeen (Rossouw, 1984:3). Merleau-Ponty ontgin egter die Gestalt-psigologie in sy soeke na die oorspronklike gegewe in die aktuele waarnemingsgebeure. Volgens die Gestalt-psigologie is die oorspronklike waarneming geleë in die *Gestalt* of totaliteit of geheel (Kwant, 1962:82). Met ander woorde, wat ons onmiddellik uit die sintuiglike waarneming begryp, is die geheel. Die geheel gaan die dele vooraf (Rossouw, 1984:3). Die dele kan slegs begryp word vanuit die gegewenheid van die geheel. Die dele kan ontleed word, maar dit is slegs moontlik om die dele te ontleed in die konteks van die geheel. Die Gestalt-teorie ontken dat die oorspronklike waarneming ontstaan vanuit in 'n kousaal-gedetermineerde reaksie op 'n eksterne prikkel, of dat waarneming die gevolg is van die intellektuele sintese van losstaande sensasie-elemente wat eers gegee word en daarna as 'n geheel verbind word. Die Gestalt of totaliteit as waargenome fenomeen is 'n figuur binne 'n bepaalde agtergrond of konteks (Merleau-Ponty, 1962:4). Die agtergrond of veld van verwysing is medebepalend vir die fenomeen in sy verskyning aan die waarnemer (Rossouw, 1984:3).

Volgens Merleau-Ponty is die deurleefde waarneming van die mens meer in ooreenstemming met die Gestalt-teorie (Rossouw, 1984:3). Die onmiddellike sintuiglike waarnemingservaring as totaliteit of Gestalt vorm die onderbou vir die deurleefde waarneming van die mens. Merleau-Ponty sluit aan by die Gestalt-teorie deur te bevestig dat 'n waargenome fenomeen as totaliteit geïnterpreteer word in sy sinvolheid. Die konteks, waarin die fenomeen vir die waarnemer gesitueer is, vorm die sinveld. Sin bestaan dus in die onmiddellike sintuiglike waarneming van die

subjek. Sin is alreeds gesetel in die waargenome fenomeen as totaliteit wat binne 'n bepaalde konteks bestaan.

Verder bevestig Merleau-Ponty dat die subjek met sy liggaam waarneem. Sintuiglike waarneming is 'n liggaamlike gebeurtenis (Rossouw, 1984:4). Indien sin alreeds gesetel is in 'n waargenome fenomeen vir 'n waarnemende subjek, bestaan sin vir die liggaam as subjek. 'n Liggaam is dus nie 'n voorwerp tussen ander voorwerpe nie, maar 'n waarnemende subjek (Rossouw, 1984:4). Merleau-Ponty se wysgerige antropologie handel oor die liggaam as 'n subjek. Wat bedoel Merleau-Ponty met sy antropologiese uitgangspunt van liggaam as subjek? In die volgende gedeelte neem ek die wysgerige antropologie onder die loep.

### 3.3 LIGGAAM-SUBJEK<sup>2</sup>

#### 3.3.1 Inleiding

Die liggaam as subjek vorm die kernpunt van Merleau-Ponty se antropologiese denke (Kwant, 1962:19). Sy siening staan teenoor die dualistiese beskouing van Descartes wat die onderskeid tref tussen die geestelike en die stoflike of meganies-liggaamlike aspekte van die mens (Kwant, 1962:19). Volgens Descartes vorm die geestelike of bewussyn die kernpunt en die liggaam die uitgebreide substansie. Merleau-Ponty, daarenteen, verklaar dat die menslike liggaam nie tot slegs die stoflike of die geestelike aspek gereduseer kan word nie; beide ordes, geestelik en stoflik, vorm gesamentlik 'n geheel (Kwant, 1962:21). Die subjektiewe karakter wat Merleau-Ponty aan die menslike liggaam toeken, is 'n poging om die streng dualistiese denkwys, insluitende die dualistiese terminologie, op te hef (Kwant, 1962:20). Daarom verwys die subjektiewe karakter by Merleau-Ponty nie bloot na die vereniging van die geestelike en stoflike nie. Merleau-Ponty gee nuwe betekenis aan die begrip 'subjek' (Kwant, 1962:22). Merleau-Ponty verwys na die liggaam-subjek of 'ek-liggaam' (Kwant, 1962:22). Daarmee wil hy sê dat daar 'n subjektiewe, persoonlike karakter aan die liggaam toegeken word. Hoe kan die term 'subjek' in die konteks van liggaam-subjek verduidelik word?

---

<sup>2</sup> Die bespreking op pp. 28-39 is onder andere gebaseer op die ongepubliseerde klasnotas van 'n Honneurskursus oor Merleau-Ponty deur prof. AA van Niekerk, opgestel in 1986. In hierdie kursus het prof. van Niekerk onder andere die boek van RC Kwant: *De Wijsbegeerte van Merleau-Ponty* (Utrecht: Aula Boeken, 1968) met die studente behandel. Die meeste van die klasnotas is gevolglik gebaseer op laasgenoemde boek, wat ek ook, naas geskrifte van Merleau-Ponty self sowel as RC Kwant: *De Fenomenologie van Merleau-Ponty* (Utrecht: Aula Boeken, 1962) bestudeer het.

### 3.3.2 Die begrip ‘subjek’ in die konteks van liggaam-subjek

Dit is egter van belang om die term ‘subjek’ beter te verstaan in die konteks van Merleau-Ponty se antropologie. Om die moderne gebruik te verstaan, verwys Kwant terug na die geskiedkundige betekenis van die term ‘subjek’ (Kwant, 1962:24). Tydens die Middeleeue asook by die Grieke het die term ’n logiese sowel as ontologiese betekenis (Kwant, 1962:24). Die logiese betekenis dui op die onderwerp van ’n sin waarin ’n oordeel uitgespreek word. (Van Niekerk, 1986:9). Die term is ook gebruik in die wetenskap waar daar verwys word na die onderwerp of subjek van studie. (Kwant, 1962:24) Die ontologiese betekenis dui op ’n bepaalde selfstandige substansie waaraan byvoeglike naamwoorde toegevoeg kan word (Van Niekerk, 1986:9). Beide die betekenisse dui egter nog nie op ’n persoonlike bestaan nie.

Die moderne betekenis van die term het ontstaan vanuit die ontleding van ’n kenverhouding (Van Niekerk, 1986:9). Met ander woorde, die onderskeid tussen die kenner en die gekende (die onderwerp wat ondersoek word) word ontleed (Kwant, 1962:25). Wat tydens die Middeleeue beskryf word as ’n subjek waaraan wetenskaplike oordele toegeken word, word in die moderne ontleding beskryf as ’n bepaalde objek van beskouing in die wetenskap. Die objek word nou beskou as die gekende (die onderwerp wat leer ken word). Die betekenis van die term subjek soos dit in die Middeleeue beskou is, verander dus nou na die objek of gekende. Die moderne betekenis van die term ‘subjek’ verwys na die kenner (Kwant, 1962: 25). Die objek-subjek-relasie word ontleed (Kwant, 1962: 25). Die term subjek dui dan op die persoonlike bestaan of die bestaanswyse van die kenner. Subjek dui ook op die mede-bepaler wat geken word (Van Niekerk, 1986:9). Die gekende word dus beïnvloed deur die kenner. So ontstaan die moderne begrip van die term *subjek* as ’n persoonlike bestaan van die kenner met emosionele, etiese en estetiese vermoë (Kwant, 1962: 26).

Vanuit die tradisionele Westerse rasionalisme is die bewussyn die sentrale kernpunt van die subjek (Kwant, 1962:26). Die denkwysse is in ooreenstemming met Descartes se siening van die niefisieke gees wat die essensie vorm van die subjek se bestaan. In teenstelling daarmee ondersoek Merleau-Ponty die oorspronklike ontmoetingspunt van die subjek in sy leefwêreld. Merleau-Ponty is van mening dat die ontmoetingspunt op ’n voor-bewustelike en voor-reflektiewe vlak plaasvind (Kwant, 1962:27). Alhoewel hy steeds die rol van die bewussyn erken, verskuif hy die klem wat op die bewussyn as sentrale kenmerk van die subjek geplaas is sodat dit ’n meer marginale kenmerk word (Van Niekerk, 1986:10). Bewuste refleksie is steeds van belang vir die subjek om

meer van homself te verstaan, maar dit kan nie alle fasette van sy subjektiewiteit deurvors nie (Van Niekerk, 1986:10).

Die subjektiewe aard van 'n subjek is ook geleë in die feit dat die subjek deel vorm van of betrokke is by sy omringende leefwêreld of werklikheid, wat sin bied vir die subjek (Kwant, 1962:27). Die subjek is verweef met sy leefwêreld. Hoe bestaan die subjek in sy leefwêreld? In die volgende gedeelte bespreek ek die bepaalde betrokkenheid van die subjek in sy leefwêreld.

### 3.3.3 Dialektiese subjek-wêreld-verhouding

Merleau-Ponty beskryf die betrokkenheid van die subjek met sy leefwêreld as 'n dialektiese bestaansverhouding. Merleau-Ponty onderskei tussen kousale wisselwerking en 'n dialektiese verhouding (Kwant, 1962:27). Kousale wisselwerking dui op twee afsonderlike prosesse wat op mekaar inwerk. Hierdie kousale wisselwerking word aan die hand van 'n voorbeeld geïllustreer: Indien warm water in 'n koue fles gegooi word, veroorsaak dit 'n styging in temperatuur in die fles en 'n daling in temperatuur in die water. Dit is twee aparte kragte wat inwerk op mekaar (Kwant, 1962:28).

Kwant (1962:28) illustreer aan die hand van die volgende voorbeeld 'n dialektiese verhouding: Hy maak gebruik van 'n boek bestaande uit 'n aantal hoofstukke. Die hoofstukke is nie afsonderlik verstaanbaar nie, maar slegs binne die geheel van die boek. Die hoofstukke en die geheel van die boek vorm een sinsgeheel of Gestalt (Kwant, 1962:29).

Merleau-Ponty bestempel die subjek-wêreld-verhouding as 'n dialektiese verhouding. Die subjek vorm saam met die wêreld 'n sinsgeheel. Die subjek is opgeneem in sy leefwêreld en terselfdertyd is sy leefwêreld opgeneem deur die subjek. Die geïsoleerde subjek kan nie as 'n geheel vewyderd van sy omgewing verstaan word nie (Kwant, 1962:29).

Die subjek-wêreld-verhouding is nie slegs 'n kenverhouding nie, maar 'n oorspronklike bestaansverhouding. Die subjek is in sy leefwêreld gesitueer. Hy neem nie slegs ruimte op in die wêreld nie, hy bewoon en is deel van sy leefwêreld. Die subjek word integrerend beïnvloed deur sy omgewing. Bakker (1975:74) stel dit so: “De mens is geopend voor en betrokken op de wêreld en dit gaat vooraf aan elke reflexiewe handeling.”

Die mens is verbonde aan sy leefwêreld. Die betrokkenheid met sy leefwêreld dui op die oorspronklike bestaansverhouding tussen mens en leefwêreld. Die mens staan oop tot sy leefwêreld. Die mens is veranker in sy leefwêreld. Die mens sal nooit sy wêreld kennend in sy greep kry nie. Die enigste toegang vir die mens tot sy wêreld is deur sy liggaamlikheid (Kwant, 1962:29).

### 3.3.4 Die liggaam as subjek

Merleau-Ponty sien die liggaam as die subjek (Van Niekerk, 1986:9). Die liggaam vorm die betekeniskern vir die mens tot sy wêreld. Die mens deurleef sy wêreld deur sy liggaam. Soos gestel deur Merleau-Ponty (1962:75): “ *I cannot understand the function of the living body except by enacting it myself, and except in so far as I am a body which rises towards the world.*” Merleau-Ponty kom tot die slotsom dat die mens sy liggaam is. Die liggaam tree met ’n openheid en onvoltooidheid in dialoog met sy leefwêreld.

Bakker (1975:75) maak die volgende stelling: “ *We moeten ons de gedachte uit het hoofd zetten, dat de compactheid van ons lichaam ons afsluit van de wêreld, integendeel, mijn compact lichaam is het enigste middel waarover ek beskik om naar het hart van de dingen te gaan door mijzelf tot wêreld te maken en de dingen tot vlees.*”

Bogenoemde aanhaling dui daarop dat die liggaam nie ’n geslote sisteem is, verwyderd van sy leefwêreld nie. Deur die liggaam tree die mens in ’n dialektiese verhouding met sy wêreld. Die mens is ook saam met ander individue veranker en betrokke in sy bestaanwêreld.

Soos aangehaal uit Bakker (1975:65):

*“Merleau-Ponty ten aanzien van het lichaam met recht wijzen op de openheid en onvoltooidheid van de zijnswijze der menselijke lichamelijkeheid: de met mijn in-de-wêreld principieel gegeven onvoltooidheid en begrensdeheid van mijn daden vereisen de wederkerigheid van mijn bedoelingen en de gebaren van de ander, tevens van mijn gebaren en de bedoelingen in het gedrag van de ander: tussen mij en de ander bestaat een innerlijke relatie, die mij de ander doet verschijnen als de voltooiing van het systeem.”*



Die voltooidheid van die sisteem waarna Bakker verwys, dui nie op die liggaam as 'n geslote sisteem nie. Merleau-Ponty beskou die liggaam as 'n oop sisteem van oneindige handeling. Die mens tree in relasie met ander en beskou en ervaar ander as 'n misterieuse voortsetting van die liggaam (Bakker,1975:65). Die liggaam vorm 'n oop en onvoltooide ingesteldheid. Daar bestaan 'n wederkerigheid van bedoelinge en gebare tussen liggaam-subjek en ander individue. Deur hierdie wederkerigheid ontstaan daar 'n unieke relasie tussen liggaam-subjek, ander individue en die wêreld.

### 3.3.5 Voorbeeld van liggaam as 'n subjek

Merleau-Ponty illustreer sy wysgerige antropologie van die liggaam as middelpunt en subjek aan die hand van 'n voorbeeld. Hy gebruik die fenomeen van die 'spookledemaat' as voorbeeld om die tekortkominge van die realisme en idealisme te illustreer. 'Spookledemaat' is 'n term wat gebruik word wanneer 'n persoon pyn of gevoel ervaar in 'n reeds geamputeerde ledemaat. Die persoon ervaar selfs die impuls om die ledemaat te beweeg (Langer, 1989:28). Die ledemaat is nie fisies deel van die liggaam nie, maar die persoon ervaar steeds pyn of gevoel in die afwesige ledemaat. Die sensuïes van die ledemaat na die brein is afgesny. Die persoon weet bewustelik die been is afwesig. Daar is nie 'n suiwer fisiologiese of psigologiese verklaring van die fenomeen nie. Dit kan dus nie vanuit die suiwer realisme of idealisme verklaar word nie (Carman, 2008:98).

Merleau-Ponty begin sy verklaring van die fenomeen deur te verduidelik dat die liggaam uit twee dele bestaan (Langer, 1989:32). Hy onderskei tussen die gewoonteliggaam ('habitual body') en die teenwoordige liggaam ('present body') (Merleau-Ponty, 1962:82). Die gewoonteliggaam verwys na die liggaam wat as eenheid in die verlede sekere gewoontes moes aanleer om in 'n bestaansverhouding met die wêreld te tree. Die gewoonteliggaam behels 'n struktuur wat gevorm is deur 'n versameling gebeure uit die verlede. Die struktuur vorm 'n agtergrond vir die antisipasie van toekomsgebeure (Langer, 1989:32). Die gewoonteliggaam vorm 'n geheel wat deel vorm van 'n omvattende intensionaliteit (Langer, 1989:32). Die gewoonteliggaam tesame met die teenwoordige liggaam vorm die samekoms van verlede, hede en toekoms (Langer, 1989:32).

Die pyn wat die persoon in die afwesige ledemaat ervaar, is afkomstig van die gewoonteliggaam. Deur die gewoonteliggaam word die perspektief van die hede beïnvloed deur gesedimenteerde gebeure uit die verlede, herinneringe, emosies en gewoontes wat gevorm is om in 'n bestaanverhouding met die wêreld te tree (Langer, 1989:33). Die afwesige ledemaat se teenwoordigheid word gebaseer op herinneringe van die voormalige hede se bestaanwyse in die

wêreld. Die teenwoordigheid van die afwesige ledemaat kan nie slegs gereduseer word tot 'n versameling idees of slegs suiwer fisiologiese data nie. Die teenwoordigheid word in die hede ingedra vanuit 'n versameling emosies, herinneringe en gewoontes wat deur sy gewoonteliggaam gerig word tot 'n bestaansverhouding met sy leefwêreld (Langer, 1989:33). Deur middel van sy gewoonteliggaam projekteer hy 'n voorbewustelike en gesedimenteerde verlede tot die hede en skets 'n agtergrond vir die toekoms (Langer, 1989:33). Dit is wel moontlik dat daar met verloop van tyd 'n aangepaste gewoonteliggaam gevorm kan word (Langer, 1989:32). Die aangepaste gewoonteliggaam kan daartoe aanleiding gee dat die persoon aanvaarding ontwikkel vir sy afwesige ledemaat.

Merleau-Ponty gebruik bogenoemde voorbeeld om te illustreer dat die mens deur sy liggaam in die geheel in 'n bestaansverhouding met sy leefwêreld tree. Die geheel sluit emosies, herinneringe en die voorbewustelike oriëntasie van die menslike liggaam in. Die liggaam-wêreld-bestaansverhouding kan dus nie slegs as 'n suiwere liggaam-objek beskryf word wat vanuit meganistiese fisiologiese wette funksioneer nie. Die liggaam-wêreld-bestaansverhouding kan ook nie as 'n suiwer denkende niefisieke subjek beskou word nie. Die bestaansverhouding tussen die mens en sy wêreld deur sy liggaam voorkom dat daar eensydig na die mens gekyk word as óf suiwer subjektiwiteit óf suiwer objektiwiteit (Smith, 1978:35).

Bakker (1975:64) maak die volgende stelling: *“Het lichaam valt niet met zichzelf samen, zoals een ding met zichzelf samenvalt, maar in zijn contact met de wêreld gaat het zich voortdurend te bowe.”* Die verbondenheid van die mens met sy leefwêreld deur sy liggaam transendeer die objek-teenoor-subjek-dichotomie. Die liggaam is nie maar net op die wêreld gerig as 'n objek tussen ander voorwerpe in teenstelling met 'n suiwer denkende subjek nie.

Merleau-Ponty is van mening dat die begrippe subjek-objek mekaar veronderstel en in 'n wederkerige dialektiese verhouding tot mekaar staan (Merleau-Ponty, 1962:89). Die liggaam is beide subjek en objek (Merleau-Ponty, 1962:95). Merleau-Ponty plaas klem op die dubbelsinnigheid van die liggaam as beide subjek en objek. Die mens beleef sy wêreld deur sy liggaam wat vir hom 'n subjek is van besondere ervaring, maar terselfdertyd ook dien as 'n objek van algemeenheid en onpersoonlikheid (Smith, 1978:35). Nog 'n voorbeeld van die dubbelsinnigheid wat ingebed is in die mens-wêreld-synsverhouding is die volgende: Die liggaam is die middelpunt van die mens se bestaan in sy wêreld, maar terselfdertyd ook die oorsaak van sy onvolkome bestaan (Smith, 1978:35).

Volgens Merleau-Ponty vorm die liggaam dus 'n eenheid van liggaam, siel en gees wat as 'n geheel in 'n bestaansverhouding met sy leefwêreld tree. Merleau-Ponty stel dit so: “*We are not body and spirit or consciousness confronting the world but spirit incarnate, being in the world*” (Merleau-Ponty, 1964: 75).

Bakker (1975: 63) vat dit so saam: “*De mens is een volstrekt uniek wezen. Hij is noch geheel lichamelijk noch geheel geestelijk. Hij openbaart de realiteit van een geheel eigensoortig zijn, eenheid van lichaam en geest, in een dialectische wederkerigheid.*”

Die liggaam projekteer homself op sy leefwêreld as 'n deelnemende eenheid wat sy intensies en bedoelinge bekend maak deur gedrag en beweeglikheid. Deur die gedrag en beweeglikheid van die liggaam as deelnemende eenheid ontstaan daar sin. Die sin vind alreeds op 'n voorbewustelik vlak plaas. Sin ontstaan dus binne die dialoog tussen die liggaam-subjek en sy leefwêreld. Die liggaam-subjek vorm die sentrum van sin waaromheen die wêreld as 'n samehangende geheel ontvou. Die liggaam-subjek word bestempel as 'n singewende eksistensie op 'n voorbewustelike vlak (Kwant, 1962:30).

Hoe kan die liggaam as singewende eksistensie beter uitgebeeld word? In die volgende gedeelte neem ek die liggaam as singewende eksistensie onder die loep aan die hand van verskeie voorbeelde.

### **3.4 LIGGAAM AS SINGEWENDE EKSISTENSIE**

In die volgende gedeelte bespreek ek kortliks die liggaam-struktuur wat as 'n deelnemende eenheid sy bedoelinge deur gedrag bekend maak. Aan die hand daarvan bespreek ek met behulp van voorbeelde die liggaam as singewende eksistensie.

#### **3.4.1 Liggaam-struktuur**

Merleau-Ponty beskou nie die struktuur van gedrag as reduceerbaar tot afsonderlike fisiese komponente wat ingekorporeer word in 'n meganiese sisteem nie. Menslike gedrag kan nie gereduseer word tot 'n lineêre stimulus-respons-reaksie ooreenkomstig die sienswyse van die meganistiese fisiologie en gedragsielkunde nie. Merleau-Ponty is van mening dat die gedragsielkunde en meganistiese fisiologie menslike gedrag definieer tot 'n ontleedbare meganistiese sisteem en objek (Bakker, 1975:64). Die meganistiese siening ontken unieke wyse

waarop die mens sy intensies en bedoelinge kenbaar maak deur sy liggaam as 'n eenheid (Bakker, 1975:64). Daarenteen beskou Merleau-Ponty menslike gedrag nie slegs as 'n idee of 'n voorwerp nie, maar as 'n geheelstruktuur waarin die liggaam sigself kan aktualiseer in sy leefwêreld (Smith, 1978:40).

Die geheelstruktuur word verder beskryf as 'n liggaamsbeeld of liggaamskema. Die liggaamskema vorm 'n tyd-ruimtelike eenheid. Die tyd-ruimtelike eenheid kan beskryf word as 'n liggaamlike ruimte waarin die liggaam gebonde is. Die ruimte verwys na die konkrete leefruimte van die liggaam-subjek (Kwant, 1962:31).

Merleau-Ponty maak gebruik van voorbeelde om die liggaam as singewende eksistensie uit te beeld, naamlik die georiënteerde ruimte van die liggaam, die seksuele sin asook die sinvelde van sintuiglikheid.

### **3.4.2 Georiënteerde ruimte**

Die konkrete ruimte waarna Merleau-Ponty verwys, verskil van Newton of Descartes se abstrakte ruimte wat dui op 'n abstrakte voorstelling van 'n eindelose ruimte wat alles voorafgaan (Kwant, 1962:31). Merleau-Ponty verwys na die aktuele, konkrete lewensruimte waaraan die subjek gebonde is (Kwant, 1962:31). Die subjek se oorspronklike ervaring van sy aktuele lewensruimte is alreeds 'n georiënteerde ruimte (Van Niekerk, 1986:11). Dit beteken met die liggaam as verwysingspunt verskyn dinge gelokaliseerd as voor, agter, hoog, laag, regs, links, naby of ver vir die subjek (Van Niekerk, 1986:11). Die konkrete georiënteerde ruimte is nie onafhanklik van die subjek se bestaan in sy leefwêreld nie. Die ruimte is deel van ons voorbewustelike en voorreflektiewe liggaamlike bestaan in ons leefwêreld (Kwant, 1962:31), met ander woorde die ruimte is nie die gevolg van 'n bewuste en vrye besluit nie. Die liggaamlike ruimte waarna Merleau-Ponty verwys, is die primêre ruimte wat onlosmaaklik is van die liggaam. Die liggaam-subjek kan homself nooit onttrek van die ruimte nie (Van Niekerk, 1986:11). Die georiënteerde ruimte vorm deel van die liggaam-struktuur (Kwant, 1962:32).

Die beleving van die georiënteerde ruimte kan egter gewysig word. Die groei van 'n liggaam verander byvoorbeeld die sin van die georiënteerde ruimte. Wat hoog is vir 'n kind is nie meer hoog vir 'n volwassene nie (Kwant, 1962:33). Die bewegingsmoontlikhede van die liggaam wysig ook die betekenis van die georiënteerde ruimte, byvoorbeeld die ry van 'n fiets of in 'n motor beïnvloed die betekenis van die ruimte. Die fiets of motor kan as 'n verlengstuk van die subjek

beskou word en kan byvoorbeeld uitgedruk word as die 'gemotoriseerde ek' (Kwant, 1962:33). In die bewegingsmoontlikhede gee die liggaam alreeds sin aan die ruimte (Kwant, 1962:33). Die liggaam word bewys as 'n singewende eksistensie. Die singewende eksistensie vind alreeds op 'n voorbewustelike vlak plaas.

### **3.4.3 Seksuele sin**

Net soos die liggaam gebonde is aan 'n georiënteerde ruimte is die liggaam ook gebonde aan 'n geseksueerde karakter (Van Niekerk, 1986:12). met ander woorde sin bestaan ook vir ons in terme van 'n seksuele belewenis. Die seksuele sin is nie die gevolg van bewuste keuses nie, maar lê op 'n liggaamlike, voorbewustelike en voorreflektiewe vlak. 'n Volwasse vrou bied byvoorbeeld seksuele sin aan 'n volwasse man en omgekeerd (Kwant, 1962:33). Of tydens puberteit ondergaan die liggaam 'n ontwikkelingsfase. Die kind se sinswêreld verander as gevolg van die ontwikkelingsfase na 'n ander sinswêreld. Weereens dui die voorbeeld op die liggaam as 'n singewende eksistensie.

### **3.4.4 Sinvelde van sintuiglikheid**

Die sinvelde van sintuiglikheid dui op 'n verdere voorbeeld van die singewende eksistensie van liggaamlikheid. Sintuiglike ervarings van kleure, geure, smake, teksture vorm deel van ons liggaamlike belewenis (Van Niekerk, 1986:12). Dit bestaan dus nie onafhanklik van ons in die werklikheid nie. Dit is ook nie die gevolg van projeksies of voorstellings wat in ons innerlike bewussyn ontstaan nie. Die resultaat is geleë in die dialoog tussen die liggaam en wêreld wat plaasvind op 'n voorbewustelike vlak (Kwant, 1962:36). Die sintuiglike ervaringe is dus nie die resultaat van bewustelike keuses nie. Die wêreld verkry alreeds sin deur liggaamlike belewenis op 'n voorbewustelike en voorreflektiewe vlak.

Bogenoemde voorbeelde wys duidelik uit dat die liggaam 'n singewende eksistensie is. Die singewing vind plaas op 'n voorbewustelike vlak, met ander woorde waar ek nog nie van myself as subjek bewus is nie. Die sin ontstaan as resultaat van 'n dialoog tussen die liggaam en die wêreld (Kwant, 1962:37). Die dialoog vind plaas op 'n dieper vlak wat nie deur refleksie bereik kan word nie (Kwant, 1962:36). Dit kan ook nie beïnvloed word deur vrye beslissing nie (Kwant, 1962:36). Die singewende liggaam of subjek het 'n voorpersoonlike en voorbewustelike basis (Kwant, 1962:36).

Binne die dialektiese verhouding tussen liggaam en wêreld neem die die liggaam 'n bepaalde houding in om hom optimaal in die wêreld te oriënteer (Kwant, 1962:37). Dié houding kan ook beskryf word as 'n vraende gerigtheid op die wêreld (Kwant, 1962:37). 'n Voorbeeld is die fokus van ooglense: die konvergensie van die oë pas aan by die afstand van die objek waarna gekyk word, of die grootte van die pupille verander afhangende van die duisternis van die gesigsveld (Kwant, 1962:37). Die aksie vind op 'n voorbewuste vlak plaas. Die aksie is nie slegs die gevolg van 'n refleks wat reageer op 'n prikkel nie (Kwant, 1962:37). Die liggaam is meer as net 'n meganisme, die liggaam pas aan in die wêreld en soek sy weg in die wêreld op so 'n wyse dat dit lei tot 'n sinsbestaan. Die liggaam besit alreeds die vermoë om die wêreld te verstaan (Kwant, 1962:37). Die verstaan dui nie op 'n bewustelike vlak van verstaan nie. Die liggaam is in staat om sy wêreld te verstaan deur sy houding of vraende gerigtheid op die wêreld (Kwant, 1962:38). Die liggaam verstaan die wêreld dus op 'n onbewuste vlak (Kwant, 1962:38). Merleau-Ponty bestempel die liggaam wat op 'n voorbewuste vlak met die wêreld in dialoog tree as die 'natuurlike ek' (Kwant, 1962:38). Hy is van mening dat die natuurlike ek, oftewel onbewuste ek, die wêreld beter verstaan as die bewuste ek. Denke of refleksie kan nie die dialoog tussen liggaam en wêreld deurdring nie (Kwant, 1962:38).

Merleau-Ponty verklaar dat die liggaam-subjek primêr gesetel is in “'n wêreld wat verstaan word in aksie” en nie “'n wêreld wat verstaan word deur denke” nie (Kwant, 1962:38). Met ander woorde, die liggaam-subjek verstaan die wêreld primêr deur 'n vraende gerigtheid om homself op 'n voorbewustelike vlak optimaal in sy leefwêreld te oriënteer. Deur die vraende gerigtheid ontstaan daar 'n verstaan van die wêreld wat ontoeganklik is deur refleksie. Die belewing word beskryf as 'ek-kan'-belewing. Die verstaan van die wêreld in aksie vind op 'n voorreflektiewe vlak plaas, dit wil sê 'ek-kan'-belewing gaan denke vooraf. Hierdie wêreld wat verstaan word in aksie word bestempel as *praktognosis* (Kwant, 1962:39). Die liggaam-subjek kom primêr tot uitdrukking in die vermoë van 'ek kan' eerder as die vermoë van 'ek dink dat'. Soos gestel deur Merleau-Ponty (1962: 137): “Consciousness is in the first place not a matter of 'I think' but of 'I can'.”

Indien die *verstaan van die wêreld in aksie* op 'n voorbewustelike vlak plaasvind, hoe kan die liggaamlike eksistensie benader word?

### 3.4.5 Benadering van die liggaam as subjek

Merleau-Ponty maak gebruik van die voorbeeld van 'n versteurde liggaamlike eksistensie as toegangsweg om die dialektiese liggaam-subjek-wêreld-verhouding uit te wys (Van Niekerk, 1986:15). Die hoof funksie van die liggaam-subjek dui op die moontlikheid van die subjek om homself op 'n voorbewustelike vlak in verskeie rigtings in te leef. Met ander woorde, ons besit die vermoë om onself vanuit die aktuele hier en nou in te leef in sinsituasies, byvoorbeeld die antispasie van 'n seksuele situasie of die sinsgeheel van 'n verhaal. Merleau-Ponty verduidelik die hoof funksie van 'n normale liggaamlike eksistensie aan die hand van 'n versteurde liggaamseksistensie (Kwant, 1962:49). Die rede hiervoor is dat die normale liggaamlike eksistensie op 'n subtiële voorbewustelike vlak in sy leefwêreld plaasvind. Die dialoog tussen liggaam en wêreld word nie op 'n bewustelike vlak geopenbaar nie. Die resultaat is verborge in ons beleving en word aangeneem as ons natuurlike wêreld (Kwant, 1962:49). Merleau-Ponty verduidelik derhalwe die normale liggaam-wêreld-verhouding aan die hand van 'n versteurde liggaamseksistensie as resultaat van siekte of psigiese afwyking (Kwant, 1962:49). Hy gebruik die volgende voorbeeld:

Schneider is 'n oorlogsbeseerde wat deur skrapnel in die agterkop getref is. Ná die besering ervaar Schneider visuele, motoriese en intellektuele steurnisse. Schneider ervaar vele siektesimptome wat nie beperk is tot een bepaalde sintuigorgaan of fisieke aspek van sy liggaam nie (Kwant, 1962:51). Sy perseptiewe veld is gedisintegreer (Kwant, 1962:51), met ander woorde, sy proses van natuurlike waarneming van sy ervaringswêreld gebeur nie meer vanselfsprekend nie (Van Niekerk, 1986:17). Schneider se persepsie van sy ervaringswêreld is beperk tot sy aktuele omgewing van hier en nou. Hy het die kapasiteit verloor om hom van die aktuele werklikheid na die moontlike te verplaas. Hy kan hom byvoorbeeld nie indink wat hy in die winter sal aantrek as dit nog nie in sy aktuele werklikheid winter is nie (Kwant, 1962:51). Schneider kan nie die sinseenheid van 'n verhaal verstaan nie, vir hom is dit slegs losstaande feite (Kwant, 1962:51). Hy kan nie met getalle speel nie, maar slegs gestandaardiseerde metodes volg. Alhoewel Schneider nie impotent is nie, is hy nie in staat om seksuele aksies te inisieer nie. Hy kan nie fantaseer oor 'n seksuele situasie waarin hy hom tans nog nie bevind nie. Hy kan hom dus nie verveel nie (Kwant, 1962:52)

Schneider kan voorwerpe herken en onderskei deur na kontoere te kyk, maar hy kan nie 'n beeld vorm van 'n voorwerp wat nie in sy sig is nie. Schneider is ook in staat om sy daaglikse roetine te verrig, byvoorbeeld die sny van leer in die fabriek waar hy werk om beursies te vervaardig. Hy sukkel egter om abstrakte bewegings uit te voer (Merleau-Ponty, 1962:103). Hy

kan slegs abstrakte bewegings uitvoer indien hy sy ledemate intens dophou, byvoorbeeld om sy arm op te lig. Indien 'n muskiet op sy ken kom sit, klap hy dit sonder enige huiwering weg (Merleau-Ponty, 1962:103). Indien hy aangesê word om aan sy ken te raak of sy hare te kam is hy nie in staat om die taak te verrig nie. Sy ervaringswêreld hou geen nuwe betekenis vir hom in nie. As hy byvoorbeeld êrens heen op pad is en iemand langs die pad ontmoet, kan hy nie onthou nie waarheen hy op pad was nie (Kwant, 1962:51).

Uit bogenoemde voorbeeld van Schneider lei Merleau-Ponty 'n fundamentele funksie af. Die funksie maak die gewone lewe van die liggaam-subjek moontlik sonder dat ons dit bewustelik besef. Dié fundamentele funksie is die vermoë wat ons besit om ons eksistensie in verskeie rigtings aan te wend, met ander woorde om vanuit die hier en nou onself in te leef in situasies wat die onmiddellike ervaring van die aktuele oorskry (Van Niekerk, 1986:17). Ons bewuste lewe word dus moontlik gemaak deur 'n 'intensionele boog'.

In die mens-liggaam-wêreld-bestaansverhouding heers daar 'n intense betrokkenheid. Die intense betrokkenheid tussen mens en wêreld gaan die intelligensie van waarneming en bewussyn vooraf (Smith, 1978:49). Dié intense betrokkenheid noem Merleau-Ponty 'n intensionele boog. Die "*intensionele boog*" vorm 'n voorafgaande of voorbewustelike eenheid wat die mens se verlede, toekoms, menslike posisionale, fisiese situasie en ideologiese en morele situasie bepaal (Kwant, 1962:52). Die intensionele boog bind intelligensie, sensitiwiteit en beweging tot 'n eenheid saam (Smith, 1978:50). Die intensionele boog by Schneider is verslap, dus is Schneider slegs gebonde aan sy aktuele wêreld, hy besit nie die vryheid om vanuit sy aktuele wêreld na 'n denkbeeldige of fiktiewe wêreld te ontsnap nie (Bakker, 1975:69).

Die dialoog tussen die kennende subjek en gekende objek word versteur (Bakker, 1975:70). Die sinsamehang tussen sy binnewêreld en buite wêreld is versteur (Bakker, 1975:70). Schneider se liggaamsruimte en oriëntasie of sy voorbewustelike ervaring van sy eie liggaam is versteur. Sy besering beïnvloed dus nie slegs een geïsoleerde fisiese aspek nie, maar sy totale eksistensiële sin bestaan in sy leefwêreld.



### 3.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk het ek eerstens persepsie as grondslag van die mens-liggaam-wêreld-verhouding bespreek, daarna het ek Merleau-Ponty se problematiek met betrekking tot liggaamlikheid onder die loep geneem.

Die kern van Merleau-Ponty se wysgerige antropologie is die siening dat die mens sy liggaam is. Merleau-Ponty beskou die liggaam as beide objek en subjek. Die liggaam as 'n eenheid van liggaam, siel en gees vorm die perseptiewe middelpunt of gesigspunt van die mens se bestaan in sy leefwêreld. Die mens is deur sy liggaam ingebed en verweef in sy bestaansverhouding met sy leefwêreld. Die mens deurleef sy wêreld deur sy liggaamlikheid. Die liggaam-subjek vorm 'n deelnemende eenheid wat sy bedoelinge in die wêreld bekend maak. Sin ontstaan uit die gerigtheid van die liggaam in sy leefwêreld. Sin ontstaan op 'n voorbewustelike vlak. Merleau-Ponty beskou die liggaam as 'n singewende eksistensie. Merleau-Ponty maak die gevolgtrekking dat die enigste wyse om kennis te bekom oor die menselike liggaam is om daardeur te leef. Die liggaam vorm 'n ope, onvoltooide ingesteldheid tot sy leefwêreld en ander individue.

Merleau-Ponty kom tot die volgende konklusie soos uitstekend verwoord word deur Kwant (1962:54):

*“... dat ons lichaamzelf reeds een subjek, een existentie is, een verkeer met de wereld , dat het lichaam ons een wereld geeft, dat de structuur van onze wereld afhankelijk is van de structuur van ons lichaam. Dit komt niet tot een causale werking van ons lichaam op de wereld, maar doordat ons lichaam, juist als lichaam, zin geeft aan de wereld. Het lichaam is innerlijk doordrongen van bedoelingen. Het lichaam is bijgevolg niet, zoals een ding, in zichzelf besloten. Het is daar waar iets te doen valt. Het lichaam is een mogelijkheid tot zingevende activiteit en pas in dit zin-geven is het echt een lichaam. Wanneer zijn zingevende activiteit ophoudt, is het gestorven.”*

### 3.6 MERLEAU-PONTY SE WYSGERIGE ANTROPOLOGIE EN DIE PROBLEMATIEK VAN MY STUDIE

Die vraag kan gevra word: Hoe sluit Merleau-Ponty se wysgerige antropologie aan by die problematiek wat ek in my studie aan die orde stel? Die antropologiese denke binne die tradisionele Westerse mediese wetenskap word gekenmerk deur 'n dualistiese antropologie en meganistiese siening van die liggaam. Die mensbeeld word gekenmerk deur 'n definitiewe skeiding: deels rationeel en deels meganiese liggaam. Die liggaam word beskou as 'n masjien onderverdeelbaar in dele wat dikwels in isolasie bestudeer word. Die liggaam word ook verwyderd van sy leefwêreld bestudeer.

Hoe kan Merleau-Ponty se wysgerige antropologie die dualistiese antropologie transendeer? Hoe kan Merleau-Ponty se antropologiese denke nuwe betekenis gee aan die term liggaamlikheid wat tans in die tradisionele geneeskunde heers? Is dit moontlik om sin en betekenis uit te skakel as die dokter die liggaam ondersoek? Kan die liggaam onafhanklik van sy leefwêreld bestudeer word? Kan ons na die liggaam kyk as 'n masjien wat 'n geslote sisteem vorm? In die volgende gedeelte beoog ek om kortliks met behulp van Merleau-Ponty se wysgerige antropologie bogenoemde vrae te bespreek.

Merleau-Ponty se antropologiese denke staan in teenstelling met Descartes se dualistiese antropologie en meganistiese siening van die liggaam. Die 'ek-liggaam' of liggaam-subjek dui op die oorspronklike verweefdheid van die mens met sy leefwêreld. Die dialektiese verhouding van liggaam-subjek in sy leefwêreld transendeer myns insiens Descartes se dualistiese antropologie, waar laasgenoemde dui op 'n skeiding tussen die gees en meganiese liggaam as aparte entiteite. Daarteenoor kan Merleau-Ponty se wysgerige antropologie van die liggaam-subjek egter nie met helderheid beskryf word nie. Hy is van mening dat dit nie moontlik is om die oorspronklike verweefdheid van die mens in sy leefwêreld volledig met sekerheid en helderheid vas te vat nie. Merleau-Ponty se wysgerige antropologie is gehul in veelduidigheid. Die liggaam-subjek is nie een van gees of een van materie nie, maar dit is die dubbelsinnige eenheid van beide (Kwant, 1962:40)

Die liggaam soos beskryf deur Merleau-Ponty is nie slegs 'n stoflike entiteit soos in die beskouing van Descartes nie. Merleau-Ponty gee nuwe betekenis aan die term liggaam. Die nuwe verstaan van liggaamlikheid is nie slegs 'n voorwerp tussen ander voorwerpe nie, maar eerder as 'n entiteit met 'n subjektiewe karakter. Volgens Merleau-Ponty is die liggaam 'n dubbelsinnige eenheid van beide subjek en objek. Die liggaam het 'n subjektiewe karakter wat as 'n deelnemende eenheid op

sy leefwêreld gerig is. Die deelnemende eenheid vorm 'n eenheid van liggaam, siel en gees wat as 'n geheel in 'n bestaansverhouding tree met sy leefwêreld. Die nuwe verstaan van liggaamlikheid staan in skrilte kontras met die meganistiese siening van die liggaam wat steeds oorheersend is in die tradisionele Westerse geneeskunde. Ek wil argumenteer dat hierdie meganistiese beskouing van liggaamlikheid problematies is omdat dit gelei het tot 'n verskraling van die mensbeeld in die algemeen en derhalwe tot 'n verskraalde model van geneeskunde. Merleau-Ponty bied vir ons 'n verruimde perspektief op liggaamlikheid wat na my mening kan bydra tot 'n ruimer model van genesing.

Merleau-Ponty beskryf die liggaam nie as 'n geslote sisteem nie, maar 'n oop sisteem van oneindige handelinge en relasies. Die liggaam vorm 'n oop en onvoltooide dinamiese dialektiek met die leefwêreld, met ander woorde, die liggaam word beïnvloed deur sy relasie met sy leefwêreld en ander individue in sy leefwêreld. Die verhouding tussen die liggaam en sy leefwêreld is 'n dialektiese verhouding. Die liggaam is opgeneem in sy leefwêreld en terselfdertyd is sy leefwêreld opgeneem deur die self as subjek. Die stelling dui ook op die dinamiese aard van die liggaam-subjek, met ander woorde, die liggaam-subjek is in voortdurende wisselwerking met sy leefwêreld, wat dinamiese verandering tot gevolg het. Volgens die tradisionele siening van geneeskunde word die liggaam dikwels in isolasie van sy leefwêreld gesien. Dié sienswyse is gegrond op aannames wat spruit uit moderniteitsdenke, waar konteks as sodanig nie belangrik geag is nie (Toulmin, 1990:33). Die liggaam word vervolgens beskou as 'n geslote sisteem wat verwyderd staan van sy leefwêreld. In die mediese wetenskap is die siening egter problematies, omdat siektes dikwels in noue verband staan met sosiale omstandighede en leefstylfaktore. 'n Voorbeeld hiervan is die verspreiding van tuberkulose-infeksie waar mense in minder gegoede areas dig opmekaar woon, met soms tot tien gesinslede in een huis. Diesulkes het 'n groter kans om tuberkulose-infeksie op te doen as mense wat in meer gegoede areas woon met byvoorbeeld slegs vier gesinslede in 'n huis.

Die vraag kan derhalwe gevra word: Is dit dan moontlik om 'n liggaam te bestudeer asof dit iets is wat verwyderd is van 'n leefwêreld? Daarteenoor bied Merleau-Ponty se antropologiese denke vir ons 'n konteks-sensitiewe benadering tot die liggaam wat na my mening tot 'n ruimer mensbeeld en derhalwe 'n ruimer model van genesing kan lei.

'n Verdere belangrike aspek van die mensbeeld van Merleau-Ponty wat kan lig werp op die verruiming van die geneeskunde is die kwessie van betekenis en die sin van bestaan. Die geneeskunde beskou siektes dikwels as verwyderd van die sinsbestaan van menswees (Kriel,

2000:36). Is dit moontlik om die liggaam te bestudeer sonder die inagneming van sin en betekenis, veral as siekwees, gesondheid of doodgaan as eg antropologiese verskynsels gesien word? Hoe kan medici mense behandel sonder om die sin en betekenis van hulle unieke omstandighede in ag te neem? Ook ten opsigte van hierdie fasette lewer Merleau-Ponty 'n bydrae, aangesien hy die liggaam as singewende eksistensie beskou. Hy verklaar dat die liggaam-subjek gehul is in sin wat alreeds op 'n voorbewustelike vlak bestaan.

Uit bogenoemde besprekingspunte blyk dit duidelik dat Merleau-Ponty se wysgerige antropologie in skrilte kontras staan tot die sienings van die tradisionele geneeskunde wat onderhewig is aan 'n dualistiese antropologie en meganistiese beskouing van die liggaam. Merleau-Ponty se antropologiese denke word nie gekenmerk deur vaste sekerhede en skeidslyne soos in die geval van die dualistiese antropologie nie. Hy is van mening dat die liggaam-subjek-wêreld-bestaansverhouding nie met sekerheid vasgevat kan word nie en ook nie staties is nie. Die liggaam is verweef met sy leefwêreld en is dikwels gevul met dubbelsinnigheid en onsekerheid. Merleau-Ponty is van mening dat die dualistiese denkwysse van Descartes wat die Westerse wetenskaplike denke geïnfiltreer het, ons vervreem het van die werklikheid van ons sinsbestaan en verweefdheid met ons leefwêreld. Merleau-Ponty se antropologiese denke stem grootliks ooreen met die kompleksiteit van menswees. Hy beskou die mens as 'n unieke individu verbonde aan 'n konteks en leefwêreld, gekenmerk deur dinamiese, nie-lineêre wisselwerking.

Nou kan die vraag gevra word: Hoe kan Merleau-Ponty se siening van liggaamlikheid bydra tot 'n beter begrip van die mens as 'n komplekse wese? Vrae soos die volgende kan gevra word: Wat word bedoel met kompleksiteit? Wat is 'n komplekse wese? In die volgende hoofstuk beoog ek om hierdie begrippe beter te verduidelik en uiteindelik met behulp van Merleau-Ponty se antropologie die mens as 'n dinamiese, komplekse wese onder die loep te neem. Daarna wil ek aantoon hoe kompleksiteitsdenke die antropologie van Merleau-Ponty oorskry en die argument van kompleksiteit van menswees verder voer.

## HOOFSTUK 4

### ONTLEDING VAN KOMPLEKSE STELSELS

#### 4.1 INLEIDING

Wat word bedoel met kompleksiteit? Wat is komplekse stelsels? Wat is die onderskeie verstaanswyses van die kompleksiteitsteorie? Hoe kan komplekse stelsels benader word? Wat is kompleksiteitsdenke?

In hierdie hoofstuk beoog ek om na aanleiding van bogenoemde vrae eerstens die konsep kompleksiteit te ondersoek, tweedens gaan ek in breë trekke die eienskappe van komplekse stelsels bespreek. Derdens gaan ek die verskillende verstaanswyses van die kompleksiteitsteorie uitwys, en ten slotte gaan ek kompleksiteitsdenke onder die loep neem.

#### 4.2 KOMPLEKSITEIT

Die woord kompleksiteit is afkomstig van die Latynse woord *complexus* wat “saamgeweef” beteken. Morin (2008:5) maak die volgende stelling: “Complexity is in fact the fabric of events, actions, interactions, retroactions, determinations, and chance that constitute our phenomenal world.”

Iets word bestempel as kompleks indien dit bestaan uit ’n aantal dele wat deur dinamiese interaksies met mekaar verbind is (Sturmberg & Martin, 2013: 1). Dit is dus te moeilik om die dele as aparte geïsoleerde dele te ontleed as gevolg van die dinamiese interaksies tussen die dele. Kompleksiteit vorm ’n eienskap binne ’n groter stelsel. Die groter stelsel word bestempel as ’n komplekse stelsel (Sturmberg & Martin, 2013: 1). Kompleksiteit ontstaan as gevolg van die interaksies tussen komponente binne ’n stelsel. Die komponente kan verskeie vorme voorstel, soos byvoorbeeld intersellulêre molekules binne ’n lewende organisme, orgaansisteme binne die menslike liggaam, die menslike wese binne sy leefwêreld, of die wyse waarop inligting binne ’n sosiale stelsel versprei (Cilliers, 2008:44). Die eienskappe van die komponente verander as gevolg van die interaksies en vorm die ontluikende (*emergent*) eienskap van die komplekse stelsel.

Die wetenskap van kompleksiteit en kompleksiteitsteorie is die dissipline wat die verskeidenheid idees en teorieë van dinamiese stelsels bestudeer (Sturmberg & Martin, 2013: 1). Kompleksiteitsdenke is die denkraamwerk wat ontwikkel het om die interaksies tussen die dele en

die geheel asook die interaksies binne in 'n bepaalde konteks te omskryf (Sturmberg & Martin; 2013: 1). Die benadering neem in ag dat die geheel nie noodwendig die somtotaal van die dele vorm nie, maar dat die geheel dikwels minder of meer is as die dele is as gevolg van die ryke interaksies tussen die dele, asook die verskillende eienskappe van die dele (Sturmberg & Martin; 2013: 1). Die konteks speel 'n belangrike rol in die benadering van die komplekse stelsel, omdat komplekse stelsels oop stelsels vorm wat in voortdurende wisselwerking is met hul omgewing. Die bepaalde benadering vorm dan ook 'n denkraamwerkverskuiwing weg van die tradisionele Newtoniaanse benadering (Sturmberg & Martin, 2013: 1). Laasgenoemde word gekenmerk deur die redusering van die geheel tot die basiese boublokke ten einde die geheel te verstaan.

In die volgende gedeelte gaan ek eerstens uitbrei op wat 'n komplekse stelsel is. Daarna gaan ek die benadering van komplekse stelsels na aanleiding van kompleksiteitsdenke onder die loep neem.

### **4.3 WAT IS 'N KOMPLEKSE STELSEL?**

'n Komplekse stelsel kan volgens Cilliers (1998:2) nie deur een oorkoepelende definisie beskryf word nie. 'n Definisie probeer 'n vaste verklaring of betekenis van 'n konsep bied op grond van sy wesenlike eienskappe. In die geval van komplekse stelsels sal 'n a priori definisie onvoldoende wees as verklaring van die konsep (Cilliers, 2008: 44).

Cilliers (1998:3) maak egter gebruik van 'n ontleding van eienskappe van 'n komplekse stelsel wat as breë raamwerk en algemene beskrywing kan dien om 'n komplekse stelsel te verstaan. Ek sal later in die hoofstuk breedvoerig hieroor uitwei.

#### **4.3.1 Kompleks teenoor gekompliseerd**

Eerstens is dit belangrik om te onderskei tussen komplekse en gekompliseerde stelsels. Sekere stelsels kom kompleks voor, maar as die stelsel van nader bestudeer word, kan die stelsel as gekompliseerd beskryf word. 'n Goeie voorbeeld van so 'n gekompliseerde stelsel is 'n makrostraler (Cilliers, 1998:3). Dit kan uitmekaar gehaal word, die aparte komponente kan bestudeer word en kan weer hersaamgestel word sodat dit presies dieselfde soos tevore is. Die stelsel kan volledig verstaan word deur die ontleding van sy aparte boublokke. So 'n stelsel kan as gekompliseerd beskryf word.

In teenstelling met 'n gekompliseerde stelsel is 'n komplekse stelsel sodanig dat die dele in voordurende relasie tot die geheel bestaan. Soos Cilliers dit so treffend uitdruk: “ *A complex system is not constituted merely by the sum of its components, but also by the intricate relationships between their components.*” ... “ *Complexity entails that in a system there are more possibilities that can be actualized*” (Cilliers, 1998:2).

'n Komplekse stelsel word derhalwe gekenmerk deur die ingewikkelde interaksies tussen die komponente binne die stelsel. Die ingewikkelde wisselwerking tussen die komponente dui op die dinamiese aard van 'n komplekse stelsel. Dit het tot gevolg dat meer moontlikhede kan ontstaan as wat noodwendig voorspel kan word. 'n Komplekse stelsel bestaan dus uit meer as die somtotaal van sy komponente. Dit is derhalwe nie moontlik om 'n komplekse stelsel op dieselfde wyse te bestudeer as die makrostraler of enige ander gekompliseerde stelsel nie (Cilliers, 2008:44). Dit gaan by 'n komplekse stelsel dus nie slegs oor die verstaan van die individuele komponente nie, maar oor die interaksies tussen die komponente. Die verwikkelde interaksies tussen die komponente vorm die ontluikende (*emergent*) eienskap van komplekse stelsels. Voorbeelde van komplekse stelsels is alle lewende organismes, sosiale stelsels en ekologiese stelsels (Cilliers, 2008:44).

Waldrop (1993:88) stel dit so:

*“Thus molecules would form cells, neurons would form brains, species would form ecosystems, consumers and corporations economies and so on. At each level new emergent structures would form and engage in new emergent behaviours. Complexity in other words, was really a science of emergence.”*

In die volgende gedeelte bespreek ek breedweg die eienskappe van komplekse stelsels. Daar kan egter by sekere stelsels meer of minder eienskappe teenwoordig wees. Die eienskappe gee slegs 'n algemene beskrywing van komplekse stelsels sonder om dit op 'n rigiede wyse vas te pen.

### 4.3.2 Eienskappe van komplekse stelsels

Die volgende eienskappe bied 'n breë raamwerk of algemene beskrywing van komplekse stelsels:

- 1) Komplekse stelsels is oop stelsels: Interaksies bestaan nie slegs tussen die komponente binne die stelsel nie, maar die stelsel is ook in wisselwerking met die omgewing (Cilliers, 1998:4). In 'n oop stelsel heers daar voortdurende vloei van energie/materie of inligting tussen die stelsel en die omgewing. Daar heers 'n voortdurende disekwilibrium in die vloei van energie. Die disekwilibrium is verantwoordelik vir stabiliteit in die struktuur van die stelsel. Die struktuur bly konstant, terwyl die komponente, soos byvoorbeeld selle en molekules, voortdurend besig is om te vernuwe (Morin, 2008:11). Voorbeelde is die vlam van 'n kers of 'n sel of organisme. Die disekwilibrium is verantwoordelik vir ekwilibrium binne 'n stelsel. Die ekwilibrium of stabiliteit binne die stelsel word vernietig sodra die stelsel geïsoleer en van die omgewing afgesonder word.
- 2) Komplekse stelsels funksioneer in toestande ver van ekwilibrium. Disekwilibrium is belangrik vir die vloei van energie/materie tussen 'n komplekse stelsel en die omgewing. Sonder die wisselwerking met die omgewing word die struktuur van die komplekse stelsel vernietig; wanneer 'n bedekking byvoorbeeld bo-oor 'n brandende kers geplaas word, doof dit die vlam uit.
- 3) Asimmetriese struktuur ontwikkel, word onderhou en pas aan as gevolg van die interne dinamiese prosesse. Die struktuur word onderhou selfs al verander die komponente. Die konsep word beter verduidelik in die gedeelte oor die selforganisasie van komplekse stelsels (Cilliers, 2008:45).
- 4) Komplekse stelsels bestaan uit 'n groot aantal komponente wat in voortdurende wisselwerking is met mekaar (Cilliers, 1998:3).
- 5) Die komponente binne 'n komplekse stelsel is in dinamiese wisselwerking met mekaar. Die interaksies is nie noodwendig fisies van aard nie, maar kan ook in die vorm van die oordrag van inligting voorkom (Cilliers, 1998:4).
- 6) Die interaksies is dikwels verwickeld en ryk van aard. Dit is meestal nie-lineêre stelsels, wat tot gevolg het dat klein oorsake tot groot gevolge kan lei en groot oorsake nietige gevolge kan hê. Die gedrag van 'n stelsel kan dus nie op kousaal-meganiese wyse bepaal word nie (Cilliers, 1998:4).
- 7) Die interaksies vind plaas oor 'n kort afstand, maar kan oor 'n groot afstand 'n invloed hê (Cilliers, 1998:4).



- 8) Daar is verskeie terugvoer-aksies (*feedback loops*). Die struktuur van die komplekse stelsel ontstaan as gevolg van ryke, komplekse interaksies tussen die omgewing, die geskiedenis van die stelsel en die stelsel self. Die konsep word beter verduidelik in die gedeelte oor die selforganisasie van komplekse stelsels. Die interne struktuur pas voortdurend aan by die omgewing. Daar bestaan voortdurende wisselwerking tussen die omgewing en die stelsel. Die interaksies vorm terugvoeraksies, met ander woorde aktiwiteite in die stelsel kan terugkoppel na die stelsel: op 'n positiewe wyse, dit wil sê deur stimulasie, of op negatiewe wyse, naamlik inhiberende aksie (Cilliers, 1998:4). *“Feedback loops incorporate time into the system, by making the system dependent on its history – by incorporating the system’s past into its present structure, feedback adds the additional constraints of already actualised states and past experiences influence the system’s subsequent behaviour”* (De Villiers, 2002:39).
- 9) Die gedrag van komplekse stelsels ontstaan as gevolg van die interaksies tussen die komponente en nie noodwendig as gevolg van die eienskappe van die individuele komponente nie. Dit word beskou as die ontluikende of opkomende eienskap van komplekse stelsels.
- 10) Komplekse stelsels het 'n geskiedenis. Die historiese konteks waaruit die stelsel ontstaan het, is van die uiterste belang (Cilliers, 1998:40).
- 11) Individuele komponente is onbewus van die groter geheel van 'n stelsel. Die individuele komponente reageer slegs op plaaslike inligting (Cilliers, 1998:4).

### 4.3.3 Selforganisasie van komplekse stelsels

Selforganisasie vorm 'n ontluikende eienskap van 'n komplekse stelsel (Cilliers, 1998:91). Die ontluikende eienskap ontstaan nie as gevolg van 'n a-priori eksterne ontwerp nie (Cilliers, 1998:9). Eksterne toestande bepaal ook nie op 'n direkte wyse die selforganisasie van 'n stelsel nie. Selforganisasie ontstaan as gevolg van die wisselwerking tussen die komplekse stelsel en die omgewing. *“The term self-organization refers to a spontaneous emergence of collaborative behaviour among elements in a system”* (Morin, 2008: xxxv). Die interne struktuur pas deur middel van dinamiese veranderinge aan by die veranderinge in die omgewing. Die dinamiese veranderinge vind plaas deur verwickelde nie-lineêre interaksies. Die kompleksiteit binne die stelsel vermeerder (Cilliers, 1998:92). Die komplekse stelsel 'leer' uit vorige ervarings (Cilliers, 1998:92).

Daar word dus 'n geheue opgebou wat die komplekse stelsel in staat stel om te kan vergelyk met vorige gebeure (Cilliers, 1998:92). Selforganisasie van 'n komplekse stelsel het 'n vorm van geheue nodig. Dit impliseer ook dat 'n komplekse stelsel altyd 'n geskiedenis het. Geheue is onmoontlik sonder 'n vorm van 'n selektiewe 'vergeet' (Cilliers, 1998:92). Inligting word dus nie slegs gestoor nie, maar gaan deur 'n proses van integrasie. Die integrasieproses is gebaseer op inligting wat deur middel van herhaling as gevolg van ervarings belangrik geag word in die self-organisasie van 'n stelsel. Die inligting word verteenwoordig in die geheue vir die oorlewing van die stelsel. "The capacity for self- organisation is a property of complex systems which enables them to develop or change internal structure spontaneously and adaptively in order to cope with or manipulate the environment" (Cilliers, 1998: 90).

Die inligting wat nie gebruik word nie, word vergeet. Die proses van geheue en selektiewe vergeet is belangrik vir die selforganisasie van 'n komplekse stelsel. Daardeur word ruimte geskep vir nuwe ervarings in die geheue van die stelsel. Die proses van selforganisasie word nie beheer deur een funksie wat die struktuur bepaal nie (Cilliers, 1998:90). Dit is eerder 'n ewolusionêre proses waarby die stelsel ter wille van oorlewing aanpas in 'n veranderde omgewing. Cilliers stel dit so:

*" It is a process whereby a system can develop a complex structure from fairly unstructured beginnings. This process changes the relationships between the distributed elements of the systems under influence of both the external environment and the history of the system since the system has to cope with unpredictable changes in the environment, the development of the structure cannot be contained in a rigid programme that constricts the behaviour of the system. The system must be plastic" (Cilliers, 1998:12).*

Ek wil aan die hand van 'n voorbeeld die konsep van selforganisasie binne die geneeskunde illustreer. Die voorbeeld wat ek gebruik, is dié van bakteriële weerstandigheid teen antibiotika. 'n Bakterie is 'n lewende organisme bestaande uit 'n selwand, DNS, ribosome en ander interne strukture (Rang, Dale, Ritter, 1999:649). 'n Bakterie word bestempel as 'n komplekse stelsel. Die interne strukture verkeer in wisselwerking met mekaar. Die bakterie verkeer ook in wisselwerking met die omgewing. Daar bestaan verskeie soorte bakterieë. Alle bakterieë is nie noodwendig nadelig vir die menslike liggaam nie. Gestel ons gebruik die bakterie *Methicilin Resistant Staphylococcus Aureus*. Die bakterie is weerstandig teen die klas antibiotika *Beta Laktaam* wat die *Penisillien*-groep antibiotika insluit (Rang et al, 1999:660). Die bakterie *Staphylococcus Aureus* is 'n bakterie wat gewoonlik voorkom op onder andere die menslike vel en in die neus. Die bakterie

veroorzaak slegs infeksie as daar byvoorbeeld 'n opening in die vel is, wat dan as 'n abses of aknee presenteer. In die geval van *Methicillin Resistant Staph Aureus* veroorsaak dit veel erger infeksies in byvoorbeeld die bloed of bene. Die bakterie is weerstandig teen die klas antibiotika wat normaalweg gebruik word om 'n infeksie deur *Staph Aureas* te behandel. Die weerstandigheid ontwikkel as gevolg van die verandering binne die interne strukture van die bakterie om aan te pas by sy omgewing. Die proses vind plaas deur selforganisasie van die bakterie. Die bakterie se interne stukture verander dus as gevolg van sy geheue van vorige blootstelling aan die antibiotika (Rang et al, 1999:657). Die weerstandigheid vind dikwels plaas as gevolg van verkeerdelike of onnodige gebruik van antibiotika.

Cilliers wys op 'n paar implikasies ten opsigte van die beskrywing van komplekse stelsels. Ons aanvaar dat komplekse stelsels oop stelsels is en gekenmerk word deur verwickelde interaksies. Wat is die rol van 'n struktuur, grense en die modellering daarvan?

#### **4.3.4 Die struktuur van 'n komplekse stelsel**

Die struktuur van 'n komplekse stelsel maak dit vir die stelsel moontlik om op 'n komplekse wyse op te tree. Die komplekse wyse dui op die ontluikende eienskappe van die verskillende interaksies tussen die komponente. Indien daar te min struktuur in 'n stelsel is, sal die stelsel 'n groot mate van toevalligheid toon, maar weinig funksionaliteit besit (Cilliers, 2008:46). Indien 'n komplekse stelsel weer te veel struktuur het, met ander woorde rigied is, sal daar geen ruimte wees vir komplekse gedrag nie. Die struktuur van 'n komplekse stelsel is egter belangrik vir die funksionaliteit en komplekse gedrag van 'n stelsel (Cilliers, 2008:46).

#### **4.3.5 Grense in 'n komplekse stelsel**

Om 'n komplekse stelsel as 'n stelsel te kan identifiseer moet die stelsel op 'n sekere wyse begrens wees. Hoe kan ons nadink oor die grense van 'n komplekse stelsel indien daar nie 'n vasgestelde skeidslyn is nie?

Die oop komplekse stelsel is in voortdurende wisselwerking met die omgewing. Die grens van 'n komplekse stelsel is nie 'n aparte entiteit van die stelsel nie. Dit dien ook nie slegs as 'n aparte skeidslyn wat twee stelsels skei nie. Dit vorm 'n verbinding. Dit verrig 'n funksie van die stelsel en dien terselfdertyd as beskrywing (Cilliers, 2008:47). 'n Voorbeeld van so 'n grens is dié van 'n

trommelvlies. Dit verbind die binne- en buiteoor aan mekaar. Dit verrig terselfdertyd 'n funksie om klank deur te laat. Sonder die trommelvlies is geen gehoor moontlik nie (Cilliers, 2008:47).

#### 4.3.6 Modelle en kompleksiteit

Die verstaan van 'n komplekse stelsel is nie slegs geleë in die aparte individuele komponente nie, maar eerder in die ryke wisselwerking tussen die komponente. Volgens die tradisionele analitiese metode word 'n stelsel gereduseer tot sy basiese boublokke of komponente. Die komponente word individueel bestudeer en hersaamgestel in die proses om die hele stelsel te verstaan. Daarenteen maak die nie-lineêre aard van die interaksies tussen die komponente van 'n komplekse stelsel reduksie onmoontlik om die tradisionele analitiese metode te gebruik in die verstaan van 'n komplekse stelsel. Nou kan die volgende vrae gevra word: Deur watter prosesse kan 'n komplekse stelsel verstaan word? Kan 'n komplekse stelsel volledig in al sy kompleksiteit verstaan word?

'n Komplekse stelsel kan voorgestel word in die vorm van 'n model om die stelsel beter te verstaan. Modelle kan egter nooit die komplekse realiteit volledig verbeeld nie (Cilliers, 2008:50). Modelle kan in verskeie vorme voorgestel word. 'n Paar voorbeelde van modelle kan opgenoem word: wetenskaplike wette, wiskundige formules, 'n narratief of kunswerk, ensovoorts.

Om 'n komplekse stelsel in sy volle kompleksiteit te verstaan, is dit belangrik om te onthou dat 'n komplekse stelsel 'n oop stelsel is, wat impliseer dat dit in voortdurende wisselwerking is met die omgewing. Om dus kompleksiteit in sy volledigheid te verstaan, sal beteken dat 'n stelsel se omgewing ook verstaan sal moet word, wat dikwels op sigself kompleks is (Cilliers, 2008:51). Verder veroorsaak die nie-lineêre aard van die interaksies dat verskeie gelyktydige nie-lineêre interaksies plaasvind, wat dit onmoontlik maak om die oorsaaklikheid van die interaksies tussen die komponente te monitor. As gevolg van die nie-lineêre aard van 'n komplekse stelsel kan daar afgelei word dat komplekse stelsels onsaampersbaar, nie-reduceerbaar en in wese onbevatlik is (Cilliers, 2008:51).

Die afleiding kan dus gemaak word dat modelle geproduseer word om 'n komplekse stelsel te probeer verstaan, maar ons moet onthou dat ons verstaan steeds onvolledig sal bly. "We cannot deal with reality in all its complexity. Our models have to reduce this complexity in order to generate some understanding. In the process something is obviously lost" (Cilliers, 2008:50).

Alhoewel Cilliers dus toegee dat ons ook nie sonder modelle die werklikheid kan verstaan nie, maak hy die gevolgtrekking dat dit onmoontlik is om 'n volledige model van 'n komplekse stelsel te konstrueer. Modelle van komplekse stelsels sal altyd in beginsel gebrekkig wees. Dit is die geval omdat daar altyd 'n betekenisgaping sal wees tussen die begrippe 'model' en kompleks. Hierdie gaping kan lei tot 'n kreatiewe impuls wat ons uitdaag om ons modelle voortdurend aan te pas en te verfyn (Cilliers, 2008:51).

#### 4.4 VERSTAANSWYSES VAN DIE KOMPLEKSITEITSTEORIE

Die kompleksiteitsteorie het in die laaste drie dekades onder andere uit die fisika, biologie en wiskunde ontwikkel deur die werk van Prigogine, Matuarana en Varela, Mandelbrot, Kauffman, Gell-Mann en andere, hoofsaaklik vanuit die chaosteorie (Cilliers, 2008:42). Vanuit hierdie studie is die eienskappe van komplekse stelsels bestudeer. Daar heers egter 'n wye verskeidenheid verstaanswyses binne die studie van die kompleksiteitsteorie. Vir die doel van my studie gaan ek nie die geskiedenis van die kompleksiteitsteorie bespreek nie. Ek gaan slegs in breë trekke die verskillende verstaanswyses na aanleiding van Morin (2008) se *On complexity* bespreek met spesifieke verwysing na die verstaanswyse wat op my studie van toepassing is.

Morin (2007) onderskei tussen twee verstaanswyses, naamlik beperkte kompleksiteit en veralgemeende kompleksiteit. Beperkte kompleksiteit ontwikkel onder andere uit die chaosteorie en fraktale wiskunde. Die grondslag van die benadering is gebaseer op patrone en universele beginsels (Cilliers, 2008:42). Kompleksiteit binne beperkte kompleksiteit is beperk tot stelsels waar veelvuldige interafhanklike interaksies empiries bewysbaar is. Die studie van kompleksiteit vanuit dié bepaalde verstaanswyse fokus slegs op dinamiese stelsels wat as kompleks bestempel kan word binne 'n afgebakende wetenskapveld, met ander woorde die studie van kompleksiteit vanuit hierdie raamwerk is steeds geneig tot te veel reduksie. Die onderliggende epistemologie word nie krities geëvalueer en aangepas tot 'n verruimde benadering van komplekse stelsels nie. Morin verduidelik die konsep soos volg (Morin, 2007:10):

*“Restricted complexity made possible important advances in formalization, in the possibilities of modelling, which themselves favour interdisciplinary potentialities. But one still remains within the epistemology of classical science. When one searches for the ‘laws of complexity’ one still attaches complexity as a kind of wagon behind the truth locomotive, that which produces laws. A hybrid was formed between the principles of traditional science and the advances towards it*

*thereafter. Actually, one avoids the fundamental problem of complexity which is epistemological, cognitive, paradigmatic. To some extent, one recognizes complexity, but by decomplexifying it. In this way, the breach is opened, then one tries to clog it: the paradigm of classical science remains, only fissured."*

Volgens Morin is beperkte kompleksiteit steeds beperk tot die denkraamwerk van die klassieke wetenskap (Morin, 2007:10). Kompleksiteit word binne die denkraamwerk gesien as slegs nog 'n wetenskaplike dissipline wat deur bepaalde beginsels gedefinieer word. Dit is 'n benadering of perspektief wat die kompleksiteit erken as belangrike eerste stap, maar die bepaalde denkraamwerk is geslote vir kritiese evaluasie vanuit die epistemologie. Morin is van mening dat dit nodig is om krities te besin hoe kompleksiteit benader kan word (Cilliers, 2008:42). Volgens Morin is die tradisionele ontledingswyse nie toereikend om kompleksiteit te verstaan nie.

Veralgemeende kompleksiteit daarenteen word deur Morin beskou as 'n kritiese evaluering van die fundamentele begrippe van wat kennis is. Die verstaanswyse bestudeer nie slegs een bepaalde veld nie maar verskeie velde. Morin beskryf veralgemeende kompleksiteit soos volg:

*In opposition to reduction, complexity requires that one tries to comprehend the relations between the whole and the parts. The knowledge of the parts is not enough, the knowledge of the whole as a whole is not enough if one ignores the parts: one is thus brought to make a come and go in loop to gather the knowledge of the whole and its parts. Thus, the principle of reduction is substituted by a principle that conceives the relation of whole-part mutual implication. The principle of disjunction, of separation (between objects, between disciplines, between notions, between subjects of knowledge), should be substituted by a principle that maintains the distinction, but that tries to establish the relation (Morin, 2007:10).*

Volgens Morin is veralgemeende kompleksiteit 'n breë oorkoepelende term, wat nie slegs die komplekse stelsel soos in die geval van beperkte kompleksiteit bestudeer nie, maar ook krities evalueer wat die onderliggende denkraamwerk en epistemologie van die studie is. Met ander woorde, as ons praat van orde en wanorde of dele en gehele, wat is die relasie?

Veralgemeende kompleksiteit bestudeer egter ook hoe ons na die relasies van die geheel, dele, orde en organisasie kyk. Veralgemeende kompleksiteit inkorporeer beperkte kompleksiteit.

Vir die bestek van my studie maak ek derhalwe gebruik van veralgemeende kompleksiteit soos beskryf deur Morin as 'n bepaalde verstaanswyse van die kompleksiteitsteorie. Veralgemeende kompleksiteit staan ook bekend as *kompleksiteitsdenke*. Veralgemeende kompleksiteit bestudeer nie slegs een dissipline soos in die geval van beperkte kompleksiteit nie. Dié verstaanswyse bestudeer die interafhanklikheid van verskeie velde. Veralgemeende kompleksiteit poog om 'n dichotomiese benadering van *óf-óf* te oorskry en veel eerder te praat van *en-en*.

#### 4.5 PERSPEKTIEF OP KOMPLEKSITEITSDENKE

Wat is kompleksiteitsdenke? Hoe kan kompleksiteit benader word? Hoe kan 'n komplekse wêreld gevul met onsekerhede en dubbelsinnigheid benader word? Hoe kan ons komplekse probleme aanpak?

- **Wat is kompleksiteitsdenke?**

Kompleksiteitsdenke bied vir ons 'n verruiming in denkraamwerk of perspektief waardeur ons na 'n wêreld kyk wat gekenmerk word deur verwickelde interaksies, onsekerhede en paradokse. Die kompleksiteitsdenke is deels gebaseer op die bevindinge van die kompleksiteitsteorie, maar word nie volledig deur die teorie bepaal nie. Kompleksiteitsteorie is dus nie die volgende nuwe teorie wat die absolute waarheid kan bepaal nie.

Die denkraamwerk bied dus nie vir ons een absolute oplossing vir die wêreld se probleme nie, maar wel 'n bepaalde perspektief wat 'n sensitiwiteit inhou vir die misterie, paradokse, teenstrydighede en die onsekerheid van komplekse stelsels soos lewende wesens se bestaan in 'n komplekse wêreld.

Morin beskryf dit so:

*Complex thought leads us to a way of thinking and being in the world that recognizes the inescapable dimensions of uncertainty, and view it as an opportunity for creativity and the development of new perspectives, rather than primarily a source of anxiety (Morin, 2008: xxix).*

Die kompleksiteitsdenkraamwerk verskil op verskeie wyses van die reduksionistiese of simplistiese denkraamwerk. Morin stel dit baie treffend soos volg:

*“The difficulty of complex thought is that it must face messes (the infinite play of inter-retroactions), interconnectedness among phenomena, fogginess, uncertainty, contradiction. However, we can elaborate some conceptual tools, some principles for this adventure and we can perceive the face of the new paradigm of complexity that should emerge (Morin, 2008:6).”*

In die volgende tabel toon ek die verskille aan. Ek wil dit egter beklemtoon dat kompleksiteitsdenke nie die reduksionistiese denkwysse vervang as die absolute verstaanswyse wat oplossings bied vir die wêreld se probleme nie. Deur die tabel wil ek ook nie ’n verdere óf-óf-teenstrydigheid daarstel nie. Dikwels is beide denkraamwerke nodig afhangend van die konteks en veld waarna gekyk word. Ons kan nie beskik oor volledige kennis van komplekse stelsels nie. Ons kan slegs kennis besit deur die denkraamwerk wat ons gebruik. Ons kies ons denkraamwerk (Cilliers, 2008:52). Die kennis van kompleksiteit waaroor ons beskik, is tydelik en moet geëvalueer word. Die kompleksiteitsdenkraamwerk dien slegs as ’n benadering tot komplekse stelsels, waar die reduksionistiese denkwysse steeds van waarde is by gekompliseerde stelsels. Dit verg egter kreatiwiteit en oordeelsvermoë om te onderskei watter denkraamwerke waar die beste toepaslik sal wees. Dit is nie moontlik om een absolute denkraamwerk op alle velde en probleme toe te pas nie.

<b>Paradigm of Simplicity</b>	<b>Paradigm of Complexity</b>
Adheres to principle of universality; treats all individual and local phenomena as residual and contingent; rejects temporal and historical irreversibility	Does not deny universality and adopts complementarity; local and individual phenomena are intelligible in themselves; bring irreversibility to physics, biology and systems theory; temporal direction
Reduce wholes to simple constituents; Seeks principles of order within complexes	Integrates elements into ensembles of complexes; wholes are more than sum of parts; looks for selforganisation among elements of complexity



Employs linear causality	Non-linearity; principles of multiple causal interrelations
Assumes total determinism and excludes chance Isolates object from environment or context; Separate object from subject; observer from observed	Allows for chance in its dialogic of process: order, disorder/disequilibrium – interaction-selforganisation; Object interacts with environment/context
Eliminates subject from objective scientific knowledge;	Puts the observer back into experimental situation; relocates human subjects into normal environments
Eliminates 'being' and 'existence' through formalisation	Provides for scientific theory of the subject; being and existence to be acknowledged scientifically
Does not recognise autonomy	Considers autonomy in terms of selforganisation and self-production
Treats contradiction as error and logic as absolute	Sees logic as limited; regards contradictions and paradoxes as indices of deeper reality
Thinks mono-logically	Thinks dialogically; relates contrary concepts in complementary manner

(Morin, 2008)

Bogenoemde tabel van Morin (in Horn, 2008:138) toon 'n breë raamwerk aan van die algemene verskille tussen die denkraamwerke van reduksionisme en kompleksiteitsdenke. Die eerste belangrike stap in kompleksiteitsdenke is om komplekse stelsels te erken. In die voorafgaande afdelings het ek die kenmerke van komplekse stelsels bespreek. Die kompleksiteitsdenkraamwerk bied 'n verruimde perspektief wat sensitief is vir die bestaan van netwerke van komplekse stelsels. In dié benadering is dit belangrik om die dinamiese nie-lineêre interaksies tussen die dele, die geheel, die omgewing en die ontluikende eienskappe wat ontstaan, in ag te neem. Alhoewel universele beginsels nie ontken word nie, word die lokale konteks, tyd en geskiedenis van uiterste belang geag. Komplekse stelsels is oop stelsels en vorm selforganiserende stelsels, met ander woorde die stelsel is voortdurend in 'n dialoog of wisselwerking met sy omgewing. Die stelsel pas voortdurend aan by sy omgewing deur veranderinge in interne strukture binne die stelsel. Die

stelsel besit dus 'n mate van outonomie. Omdat daar voortdurende wisselwerking is tussen die dele, die geheel en die omgewing is dit problematies om die dele of geheel in isolasie te bestudeer in 'n poging om die komplekse stelsel te verstaan. Die geheel is ook nie gelyk aan die somtotaal van die dele nie. Die somtotaal van die dele is dikwels minder of meer as die geheel weens die dinamiese nie-lineêre interaksies tussen die dele. Daar vind dus voortdurende dialoog plaas tussen die dele en geheel asook tussen die subjek en objek. Die dele en geheel asook die subjek en objek is in relasie met mekaar. Die denkraamwerk plaas weer die subjek binne sy omgewing, en die subjek en objek veronderstel mekaar (sien soortgelyke denke van Merleau-Ponty in afdeling 3.3). Die dialoog tussen die dele en geheel of subjek en objek bied 'n wyse om die paradokse te benader en sodoende bied die denkraamwerk 'n verruimde perspektief op paradokse en teenstrydighede om tot 'n verrykende realiteit deur te dring.

Ons algemene verstaan van begrippe, van onself, van wie ons is en van die wêreld is dikwels beperk tot die binêre denke van óf-óf. Voorbeelde hiervan is subjek-objek, gehele-gedeeltes, geesliggaam, funksioneel-disfunksioneel, normaal-abnormaal. Hoe kan so 'n dualistiese denkraamwerk oorskry word?

In die volgende gedeelte illustreer ek hoe kompleksiteitsdenke die dialoog tussen dele en gehele asook objek en subjek deurdring. Vervolgens bou ek voort op die verruimde perspektief op die mens as 'n komplekse stelsel.

#### **4.5.1 Geheel en dele**

Ingevolge die reduksionistiese verstaanswyse van 'n komplekse geheel word die geheel tot sy basiese boublokke of dele gereduseer. Volgens dié verstaanswyse bestaan die geheel uit die somtotaal van sy dele. In die geval van lewende organismes of komplekse stelsels raak belangrike inligting verlore (Morin, 2008: 100). Die interaksies en ontluikende eienskappe word misgekyk. Dié bepaalde verstaanswyse was egter verantwoordelik vir die suksesvolle ontdekking van molekules, atome en deeltjies, maar is beperk in die benadering tot komplekse stelsels (Morin, 2008: 101)

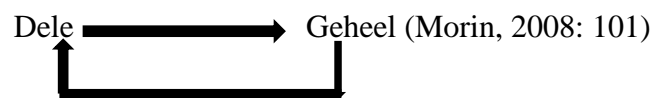
In teenstelling met dié verstaanswyse het die '*sisteemteorie*' die klem verplaas na holisme of die geheel sonder om noodwendig die dele in ag te neem. Dié verstaanswyse reduseer weer die dele tot die geheel (Morin, 2008: 101). So word slegs die geheel geïsoleer sonder inagneming van die dele. Beide die verstaanswyse is simplisties en onvoldoende in die benadering tot komplekse stelsels.

Indien die dele unieke eienskappe besit en met mekaar in nie-lineêre wisselwerking is – wat ontluikende eienskappe bewerkstellig – hoe is dit moontlik om die geheel te reduceer tot die dele of die dele te reduceer tot 'n geheel? Die somtotaal van die dele binne 'n komplekse stelsel is meer of minder as die geheel.

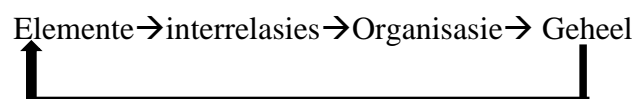
Wat is die verwantskap tussen die dele en die geheel in 'n komplekse stelsel? Hoe kan ons na die relasie kyk sonder om die een tot die ander te reduceer en weereens in 'n óf-óf-denkraamwerk vas te val? Die dele is gesetel in die geheel en die geheel in die dele. Elke sel van die menslike liggaam is byvoorbeeld deel van die gehele liggaam as organisme, elke sel bevat ook die totaliteit van die genetiese inligting van die liggaam as 'n geheel. Dus bevat die dele ook die geheel. Of elke individu binne 'n samelewing is deel van 'n geheel, maar 'n samelewing as 'n geheel is afhanklik van die internalisering van kulturele norme en taal. So is die geheel weereens in die dele (Morin, 2008:85)

Volgens kompleksiteitsdenke is die dele en gehele in wisselwerking met mekaar. Dit is egter belangrik om na die dele te kyk in die konteks van die geheel of na die geheel te kyk met inagneming van die eienskappe van die dele.

Volgens Morin vorm die relasie tussen die dele en geheel 'n sirkelrelasie, met ander woorde die dele is in relasie met die geheel en die geheel weer met die dele. Dit is dus 'n dinamiese proses. Die dele is in nie-lineêre wisselwerking met mekaar en die omgewing, wat lei tot die eienskap van ontluiking. Die geheel is weer in wisselwerking met die omgewing en is in terugvoerwisselwerking met die dele. Nie die dele of die geheel kan dus gereduseer word tot die een of die ander nie, maar bly albei bestaan in 'n dinamiese dialektiese verhouding tot mekaar.



Die geheel presenteer nie slegs as 'n ontluikende gevolg van sy dele nie, maar ook as 'n komplekse, verwickelde gesig. Die sirkulêre terugvoerwisselwerking van dele en gehele kan ons verder verryk deur te verwys na organisasies (Morin, 2008: 102).



#### 4.5.2 Subjek-objek-relasie

Wie is die subjek en wat is die objek in 'n komplekse stelsel? Waar begin en eindig die subjek en waar begin die objek in 'n selforganiserende stelsel? Hoe kan kompleksiteitsdenke die subjek-objek-dualisme oorskry?

Descartes se dualisme onderskei tussen twee bestaanwyses, die een is die *cogito*, die rasionele bewussyn of subjek, en die ander die *res extensa* of objektiewe materiele wêreld, 'n wêreld van objekte (Morin, 2008: 68). In die dualisme staan die subjek teenoor die objek waar die een altyd die ander uitkanselleer. Óf die subjek verdwyn óf dit word gesien as geraas ('noise') in die wêreld van objekte, óf die objek verdwyn in die wêreld van 'n subjek (Morin, 2008: 23). Die dualisme tussen subjek-objek is tans dominant in die klassieke wetenskappe (Morin 2008:68). Daarteenoor wil kompleksiteitsdenke beide die konsepte onafskeidbaar van mekaar beklemtoon, waar subjek-objek mekaar veronderstel.

Daar bestaan geen objek sonder die relasie van 'n subjek (wie neem waar, definieer, konseptualiseer en beredeneer?) en daar is geen subjek behalwe in relasie tot 'n objek nie (omgewing waardeur en waarin die subjek hom kan uitleef, herken, definieer en bestaan) (Morin, 2008:24). Die konsepte van objek of subjek verwyderd van mekaar beskou Morin as ontoereikende konsepte (Morin, 2008:24). Die idee van 'n suiwer objektiewe wêreld is nie net ontnem van 'n subjek nie, maar ook van 'n omgewing. Die idee van 'n subjek is ontnem van 'n omgewing en leefwêreld.

Volgens kompleksiteitsdenke is subjek-objek onafskeidbaar van mekaar (Morin, 2008:24). Subjek-objek staan in voortdurende relasie tot mekaar. Waar begin en eindig die subjek en waar begin die objek in 'n selforganiserende stelsel? Indien ons onself en ons leefwêreld as oop, selforganiserende stelsels beskou, wat is die relasie van die subjek met die objek? As 'n selforganiserende stelsel staan die subjek oop teenoor sy omgewing, dinamiese interaksies vind plaas tussen die stelsel asook binne sy interne strukture. Sosiale en kulturele aspekte beïnvloed die stelsel as geheel in sy leefwêreld. Die wêreld is binne die subjek en die subjek binne die wêreld. So word die subjek se leefwêreld deel van die subjek. Die subjek en objek is dus in voortdurende relasie met mekaar. Die subjek staan oop tot die objek en die objek staan oop tot die subjek (Morin, 2008:25).

### 4.5.3 Die benadering van 'n komplekse wêreld deur die lens van kompleksiteitsdenke

Indien dit so is dat die subjek verweef is met die objek en in dialoog daarmee verkeer, kan ons ons nie isoleer van die bestudering van komplekse stelsels of probleme nie. Gestel die kompleksiteit binne komplekse stelsels vorm die objek van studie en ons die subjek as waarnemers, staan die subjek en objek alreeds in relasie tot mekaar. In die bestudering of benadering van komplekse stelsels kan ek dus nie van 'n afstand af 'n komplekse stelsel bestudeer sonder om die komplekse stelsel te beïnvloed nie. Ek die waarnemer-subjek staan oop tot die objek en die objek as komplekse stelsel staan oop tot die subjek. So 'n opvatting beteken dat ek by die komplekse stelsel betrokke moet raak. Die betrokkenheid vereis dat ek nie slegs een denkraamwerk of model op elke probleem kan toepas nie. Die betrokkenheid vereis dat ek gedurig my denkraamwerk of model moet evalueer en herevalueer namate die stelsel verander. Ek as subjek vorm self 'n oop komplekse stelsel en verander voortdurend deur die invloed van ander komplekse stelsels. In die lig hiervan vereis kompleksiteitsdenke 'n bepaalde nederigheid, selfrefleksie en kreatiwiteit wat voortdurend moet aanpas by 'n wêreld gevul met misterie en paradoks.

## 4.6 SAMEVATTING

Vir die doel van my studie het ek 'n algemene breë teoretiese agtergrond geskep van kompleksiteit binne komplekse stelsels. Ek het die eienskappe van komplekse stelsels bespreek. Ek het voorbeelde van komplekse stelsels as lewende, sosiale of ekologiese stelsels genoem. Verder het ek die verstaanswyses van kompleksiteitsteorie uitgelig en daarvolgens het ek kompleksiteitsdenke as 'n nuwe, verruimde denkraamwerk bespreek.

Die menslike wese is 'n voorbeeld van 'n komplekse stelsel. Die menslike wese bestaan binne 'n web van netwerke van komplekse stelsels. In die volgende hoofstuk dui ek met behulp van die eienskappe van komplekse stelsels en Merleau-Ponty se wysgerige antropologie die mens as 'n komplekse wese aan. Die volgende vrae kan dan aan die orde kom: Hoe behoort geneeskunde oor die mens te dink? Hoe kan kompleksiteitsdenke die huidige mensbeeld binne Westerse mediese model van geneeskunde verruim?

## HOOFSTUK 5

### DIE MENS AS 'N KOMPLEKSE WESE: HOE BEHOORT GENEESKUNDE OOR DIE MENS TE DINK?

#### 5.1 INLEIDING

*Today the network of relationships linking the human raceto itself and to the rest of the biosphere is so complex that all aspects affect all others to an extraordinary degree. Someone should be studying the whole system, however crudely that has to be done, because no gluing together of partial studies of a complex nonlinear system can give a good idea of the behavior of the whole.*

Murray Gell-Mann (1994)

Hoe kan ons besin oor die mens as 'n komplekse wese? Wat beteken dit om mens te wees? Wie en wat is 'n mens? Waar begin en eindig die mens en waar begin die wêreld? Is dit moontlik om menswees te definieer as 'n abstrakte statiese entiteit, of impliseer menswees 'n dinamiese proses van interaksies en verhoudinge verweef met die leefwêreld van die mens? Hoe kan Merleau-Ponty se siening van liggaamlikheid bydra tot 'n beter begrip van die mens as 'n komplekse wese? Hoe kan ons dink aan 'n mens as 'n komplekse stelsel? Hoe behoort die geneeskunde oor die mens te dink? Kan die menslike liggaam in isolasie bestudeer word, vervreem van sy konteks, sy geestelike, psigiese en ervaringswêreld? Kan die menslike liggaam bestudeer word verwyderd van sy eksistensiële bestaan van menswees?

Bogenoemde vrae is belangrik vir die doel van hierdie skripsie, naamlik om te herbesin oor die verskraalde mensbeeld in die huidige Westerse model van geneeskunde. In die volgende afdeling gaan ek eerstens na aanleiding van die eienskappe van kompleksiteitsstelsels en met behulp van Merleau-Ponty se wysgerige antropologie die mens as 'n komplekse stelsel beskryf. Tweedens gaan ek aan die hand van voorbeelde uit die psigo-neuro-immunologie die mens as komplekse stelsel in 'n mediese konteks beter illustreer. Ten slotte gaan ek poog om na aanleiding van kompleksiteitsdenke 'n nuwe antropologiese perspektief daar te stel wat kan aanleiding gee tot die verruiming van die model van geneeskunde.

## 5.2 DIE MENS AS 'N KOMPLEKSE STELSEL

Komplekse stelsels bestaan uit verskeie eienskappe soos in die vorige hoofstuk verduidelik is (sien afdeling 4.3.2). Hoe kan die menslike wese as 'n komplekse stelsel uitgebeeld word? Soos reeds genoem, is alle lewende organismes voorbeelde van komplekse stelsels.

In die volgende gedeelte gaan ek die punt beter illustreer aan die hand van die eienskappe van komplekse stelsels asook Merleau-Ponty se antropologiese denke oor die mens as liggaam-subjek in die wêreld.

- Die mens is 'n oop stelsel (Cilliers, 2010:34). Wie en wat is die mens waarna ons hier verwys? Waar begin en eindig die mens en waar begin die wêreld? Kan ons in isolasie oor die menslike wese praat sonder inagneming van sy leefwêreld? Die menslike wese waarna ons hier verwys, is die wese gesitueer in sy leefwêreld soos beskryf deur Merleau-Ponty. Die menslike wese in sy netwerk van relasies is verweef met sy leefwêreld. Die verweefdheid vorm 'n dialektiese bestaansverhouding (sien hoofstuk 3 afdeling 3.3). Hierdie wese is opgeneem in sy wêreld, en terselfdertyd is sy leefwêreld opgeneem in die menslike wese self. Die menslike wese neem aktief deel aan sy leefwêreld. Hiermee dui Merleau-Ponty aan dat die leefwêreld nie geskei kan word van die menslike bestaan nie. Die menslike wese vorm dus 'n oop stelsel met sy leefwêreld. Daar is geen vaste skeidslyn wat aandui waar begin en eindig die mens en waar begin die wêreld nie. Merleau-Ponty beskou die mens as 'n oop sisteem van oneindige handeling en voortdurende interaksies met sy omgewing (Sien hoofstuk 3, afd 3.3.4).
- Die menslike wese bestaan uit 'n groot aantal aspekte. Ons kan hieruit punt aflei dat die aspekte van menswees ook verweef is met sy leefwêreld. Dit is dus onmoontlik om ondubbelsinnig af te baken waar begin en eindig die mens en waar begin die wêreld. Watter aspekte hoort tot die leefwêreld en watter tot die mens? Ek wil dus op grond van Merleau-Ponty se antropologiese denke argumenteer dat talle aspekte van menswees intiem met ons leefwêreld verweef is.

'n Groot aantal aspekte van menswees is die resultaat van dinamiese interaksies met die leefwêreld. Die aspekte kan dus nie opgenoem word as geïsoleerde abstrakte statiese komponente waaruit die menslike wese bestaan nie. Ons kan ook nie een duidelike sisteem voorstel wat 'n menslike wese volledig kan verklaar nie.

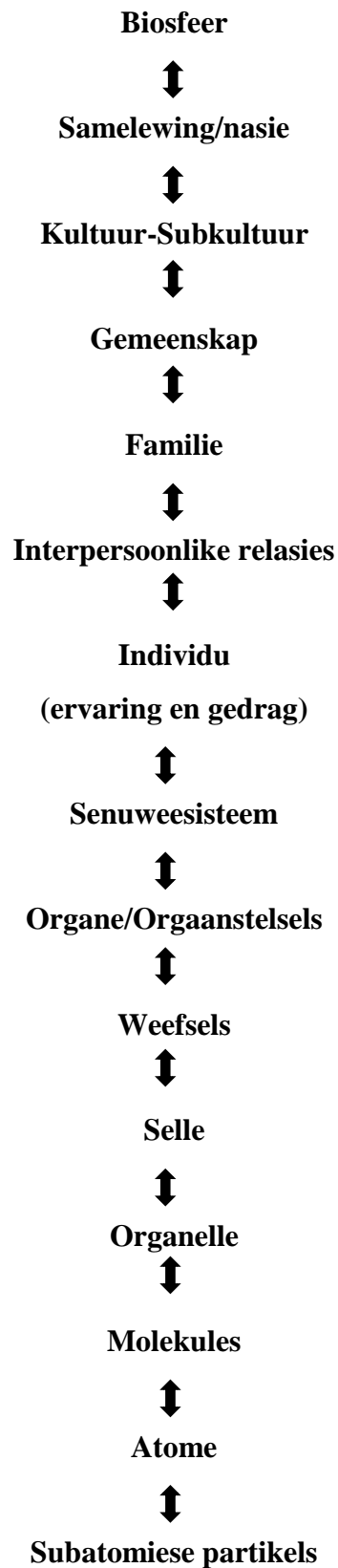
Ek poog slegs om in breë trekke die fisiologiese aspekte op te noem wat 'n integrerende deel van menswees uitmaak. Die aspekte sluit onder andere in ons genetiese predisposisies, ons fisieke of biologiese welstand, wat interaksies insluit van orgaansisteme soos die endokriene, kardiovaskulêre, neurologiese en immuunstelsel, sosiale omstandighede, emosionele aspekte, herinneringe uit die verlede, toekomsgerigheid, ons algemene beleving van onself, ons betekenisgewing aan ons leefwêreld, ons spirituele beleving, fisieke oefening, dieetgewoontes, werksomstandighede, relasies met ander, familie, samelewing, kultuurgroepering en so meer.

Engel toon die verskillende vlakke van organisasie van die mens aan in die onderstaande figuur 1 soos geïllustreer deur Sturmberg (2013:235). Die vlakke is in nie-lineêre wisselwerking met mekaar. Die skema dui egter slegs op simboliese wyse die aspekte van die mens aan. Dié aspekte is in voortdurende wisselwerking met sy omgewing. Ons kan egter nie alle komponente identifiseer en 'n samehangende beskrywing gee van wat 'n mens uitmaak nie.

Die komponente of aspekte van die mens vorm op sigself komplekse stelsels, soos byvoorbeeld die sel of orgaansisteme. Die komponente is in wisselwerking met mekaar, wat ontluikende eienskappe tot gevolg het.



**Engel se Sisteemshierargie  
(Vlakke van organisasie)**



**Figuur 1:** Vlakke van organisasie deur Engel (geïllustreer deur Sturmberg 2013: 235)

Vervolgens wil ek aandui hoe die menslike gesitueerd in sy leefwêreld as 'n komplekse stelsel manifesteer. Die mens bestaan binne 'n web van netwerke in sy verweefdheid met sy leefwêreld. Hy rig hom op sy leefwêreld om hom optimaal te oriënteer in daardie leefwêreld (Sien hoofstuk 3 afd 3.4). Sin en betekenis bestaan in die gerigtheid op en wisselwerking met sy leefwêreld. Volgens Merleau-Ponty bestaan sin alreeds op 'n voorbewuste vlak. Sin vorm dus deel van wie ons is voor ons bewus is daarvan. Sin bestaan dus as gevolg van die interaksies tussen die mens en ander in sy leefwêreld. Sin bestaan dus nie vir die mens geïsoleerd van sy leefwêreld nie (Cilliers, 2010:34). Die konteks of leefwêreld is boonop in voortdurende verandering, gevolglik moet die mens ook gedurig in sy leefwêreld aanpas om optimaal georiënteer te wees in sy konteks (Cilliers, 2010:34).

'n Mens kan byvoorbeeld blootgestel word aan traumatiese gebeure binne sy leefwêreld. Die gebeure kan sy beleving van homself en sy omgewing dramaties beïnvloed. Sy denke en emosionele welstand kan byvoorbeeld beïnvloed word deur 'n voortdurende angstebeleving of 'n gevoel van magteloosheid of 'n gevoel van bedreiging in sy leefwêreld. Dié beleving beïnvloed die afskeiding van adrenalien en kortisol (veg-of-vlug-hormone) om hom te oriënteer en aan te pas in sy leefwêreld. Die afskeiding van die hormone geskied in wisselwerking met sy immuunstelsel, endokriene stelsel, kardiovaskulêre stelsel, neurologiese stelsel ensovoorts. Die interaksie met sy immuunstelsel stel hom bloot aan infeksies, hormoonversteurings, outo-immuunsiektes ensovoorts. 'n Mens kan dus nie verstaan word in isolasie van sy leefwêreld nie en daarom moet die konteks waarbinne die individu homself bevind, altyd in ag geneem word. Hierdie voorbeeld gaan ek later breedvoeriger illustreer deur die lens van die psigo-neuro-immunologie (Sien hoofstuk 5 afd 5.3).

- Daar heers dinamiese interaksies tussen verskeie vlakke wat ryk en veelvuldig is (Cilliers, 2010:34). Die interaksies vind plaas tussen die verskillende vlakke asook binne elke vlak van organisasie soos voorgestel deur bogenoemde skema van Engel (molekules, selle, weefsel, verskeie orgaanstelsels soos byvoorbeeld die neurologiese, endokriene en immuunstelsel, omgewingsfaktore en intrapersoonlike faktore (sien figuur1). Die mens verweef in 'n bestaansverhouding met sy leefwêreld is gedurig in wisselwerking met sy omgewing, wat dikwels 'n komplekse stelsel op sigself is. Die omgewingsfaktore is in wisselwerking met die mens se biologiese, psigologiese en sosiale sin, asook die sin van die self, terwyl hierdie aspekte onderling ook in wisselwerking met mekaar is. Die dinamiese, verwikkelde interaksies tussen die onderskeie vlakke kan beter uitgebeeld

word aan die hand van 'n voorbeeld uit die psigo-neuro-immunologie wat later in die hoofstuk sal volg (Sien hoofstuk 5 afd 5.3)

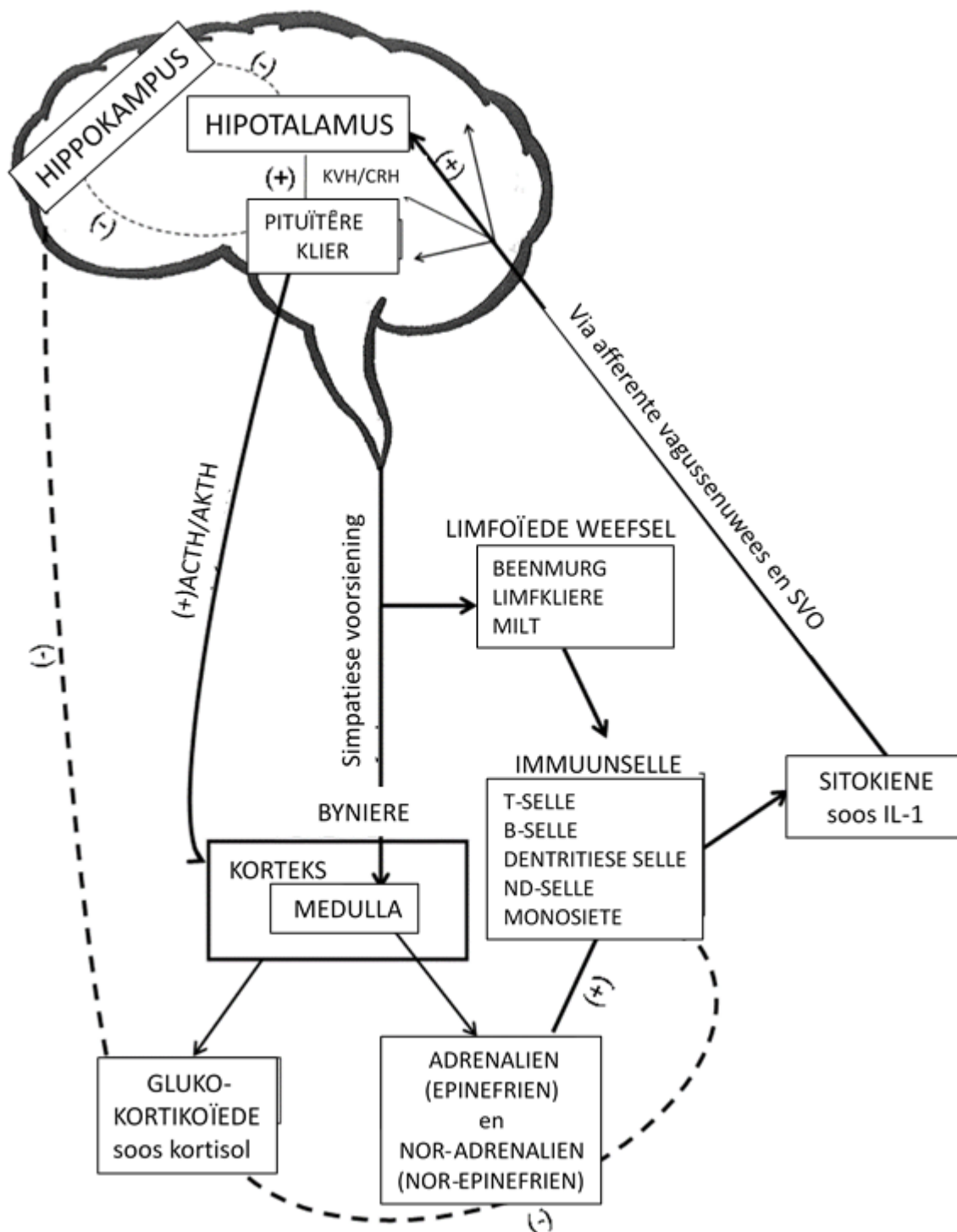
- Die dinamiese interaksies tussen die vlakke vind plaas op 'n nie-lineêre wyse (Cilliers, 2010:34), met ander woorde, een oorsaak is nie gekoppel aan 'n gelykstaande gevolg nie. Dit reageer dus nie op 'n kousaal-meganiese wyse nie. Een oorsaak kan dalk 'n veel groter of kleiner effek op 'n bepaalde individu hê. 'n Individu wat byvoorbeeld 'n traumatiese ervaring gehad het, beleef die gebeurtenis op 'n dramatiese ander wyse as 'n ander. Faktore soos sosiale ondersteuning, sy algemene ingesteldheid teenoor homself en sy leefwêreld en sy algemene gesondheid gaan sy betekenisgewing van die ervaring beïnvloed. Vir een individu kan die ervaring min gewig dra in sy lewe, vir 'n ander kan die ervaring lei tot ander gevolge soos depressie of posttraumatiese sindroom. Die nie-lineêre aard van die interaksies lei tot ontluikende eienskappe van die stelsel. Soos in bogenoemde voorbeeld kan die nie-lineêre interaksies tot groei en ontwikkeling in die individu lei.
- Volgens die eienskappe van 'n komplekse sisteem kan ons slegs reageer op interaksies in ons nabye omgewing (Cilliers, 2010:34). Met ander woorde, die mens word meer beïnvloed deur veranderinge in sy nabye omgewing soos byvoorbeeld wisselwerking met familieleden of stresvolle situasies in die werksomstandighede as deur veranderinge op ander kontinente (Cilliers, 2010:34)
- Daar heers verskeie terugvoermeganismes tussen die verskillende interaksies van die aspekte van menswees en die wêreld. 'n Goeie voorbeeld hier is soos beskryf deur Merleau-Ponty se fenomenologiese ondersoek van die oorsprongsdimensie van die menslike ervaringe in sy leefwêreld (sien hoofstuk 3, afdeling 3.2). Persepsie vorm die primordiale inisiasie tot alle sin vir die mens in sy leefwêreld, met ander woorde ons persepsie gaan wetenskaplike kennis en refleksie vooraf. Ons keuses word beïnvloed deur ons persepsie van ons leefwêreld. Ons persepsie beïnvloed dus hoe ons onself en ons wêreld beleef en interpreteer. Die voortdurende wisselwerking en deelname tussen ons en ons leefwêreld veroorsaak 'n refleksiewe of terugvoermeganisme wat terugslaan op ons persepsie van ons ervaringswêreld. Ons perseptiewe veld kan egter óf versterk óf verander word deur ons dialoog met die wêreld (Cilliers, 2010:34). Ander voorbeelde van terugvoermeganismes gaan ek illustreer aan die hand van 'n voorbeeld uit die psigo-neuro-immunologie wat net hierna volg (sien hoofstuk 5, afd 5.3)

- Die menslike wese is in voortdurende wisselwerking met sy leefwêreld en verkeer dus nooit in ewilibrum nie. Ons is voortdurend besig om na te dink oor of te reageer op ons omringende werklikheid. Soms is daar wel by ons 'n begeerte waar ons slegs 'n staat van geen verandering of eise verlang; Freud noem dié verlange die doodsdrijf (Cilliers, 2010:3
- Die konteks en geskiedenis van die menslike wese speel 'n groot rol. 'n Mens is gesitueer binne sy konteks (sien punt 2).
- Die mens is nie bewus van sy gehele self nie. Ons is nie bewus van al ons behoeftes, vrese, geskiedenis en interaksies tussen al die aspekte van menswees nie. Die mens as 'n komplekse stelsel kan nie as 'n volledige en samehangende entiteit beskryf word nie. Baken ons slegs een aspek af, soos of die biologiese of psigologiese of sosiale, en fokus ons slegs op een geïsoleerde aspek, kan ons egter die ryk, verwikkelde wisselwerking tussen die verskillende aspekte miskyk.

In die volgende gedeelte illustreer ek die eienskappe van komplekse stelsels verder aan die hand van voorbeelde deur die lens van die psigo-neuro-immunologie. Hiermee wil ek die noodsaaklikheid aandui vir 'n verruimde antropologie in die geneeskunde in ooreenstemming met 'n web van komplekse stelsels.

### **5.3 PSIGO-NEURO-IMMUNOLOGIE**

Deur die lens van die psigo-neuro-immunologie toon ek die verwickeldheid van die dinamiese wisselwerking tussen die mens, sy konteks en verskeie aspekte van menswees aan. Die psigo-neuro-immunologie is 'n veld wat die wisselwerking tussen gedrag, die neurologiese stelsel en die immuunstelsel bestudeer (Bennett, Gillie, Lindgren, Fagundes, Kiecolt-Glaser, 2013:279). Die veld is gemik op verdere studie om komplekse wisselwerking tussen gedrag, die immuunstelsel en gesondheid te ondersoek.



**Figuur 2:** Geïllustreer deur Bennett et al in Sturmberg & Martin (2013:281).

Die figuur illustreer die neuro-endokrien-imuun-wisselwerking. Die hipotalamus-pituïtêre-bynier-as en die simpatiese senuweestelsel beïnvloed die immuunselle deur glukokortikoïed en adrenergiese reseptore (Bennett et al, 2013:281)

Immuunselle soos perifere sitokiene is in verbinding met die brein deur middel van die sirkumventrikulêre organe asook die vagussenuwee. Die sirkumventrikulêre organe (SVO) dui op areas in die brein waar daar 'n onvolledige endoteel-bloed-brein-skans is. Die areas in die bloed-brein-skans word ook beskou as die 'poort tot die brein' omdat die area deurlaatbaar is vir byvoorbeeld immuunselle.

- KVH = kortikotropien-vrystellende hormoon (CRH = corticotropin releasing hormone)
- AKTH = adrenokortikotropien-hormoon ( ACTH = adrenocorticotropic hormone)
- ND = natuurlike-doder-selle
- IL = interleukien
- SVO = sirkumventrikulêre organe

### 5.3.1 Die neuro-endokrien-immuun-wisselwerking

Daar bestaan twee verskillende stresstelsels, naamlik die simpatiese-bynier-medulla-as en die hipotalamus-pituitêre-bynier-as (soos aangedui in figuur 2 hierbo) (Bennett et al, 2013: 279). Beide die stelsels beïnvloed inflammasie en immuunselproduksie. Ek gaan kortliks verduidelik hoe beide die stelsels verantwoordelik is vir 'n inflammatoriese respons. Die simpatiese-bynier-medulla-asstelsel is met die brein en byniere verbind deur die simpatiese senuweestelsel (veg-of-vlug-reaksie). Die byniere is verantwoordelik vir die vrystelling van adrenalien (epinefrien) en nor-adrenalien (nor-epinefrien) (Bennett et al, 2013: 280). Adrenalien en nor-adrenalien is verantwoordelik vir die produksie van inflammatoriese merkers wat inflammasie verhoog.

Die hipotalamus-pituitêre-as (HPA as) is verantwoordelik vir die vrystelling van kortikotropien-vrystellende hormoon (KVH) van die hipotalamus. KVH stimuleer die produksie van AKTH (adrenokortikotropien-hormoon) van die anterior pituitêre klier in die bloedstroom. AKTH stimuleer die bynierkorteks om kortisol (glukokortikoïed) (langtermyn streshormoon) vry te stel (Bennett et al, 2013: 280). Kortisol bind aan glukokortikoïed-reseptore in die hippokampus wat 'n negatiewe terugvoersisteem bewerkstellig en die produksie van KVH en AKTH inhibeer (Bennett et al, 2013: 280). Die terugvoermeganisme het dus tot gevolg dat die vrystelling van kortisol verminder. Terugvoermeganismes lei dus tot 'n regulering in die vrystelling van hormone. Ander hormone beïnvloed die HPA-as, naamlik androgene, estrogene en so meer. Kortisol inhibeer die produksie van inflammatoriese reaksies deur die binding van glukokortikoïed-reseptore.

Chroniese stres kan veroorsaak dat die hippokampus beskadig word (Bennett et al, 2013: 280). Die beskadigde hippokampus lei daartoe dat die HPA-as disreguleer, met ander woorde, die negatiewe terugvoermeganisme wanfunksioneer en veroorsaak 'n verhoogde vrystelling van kortisolvlakke wat 'n onsensitiwiteit veroorsaak van die glukokortikoïed-reseptore wat inflammatoriese reaksie verminder. Hierdie onsensitiwiteit het verhoogde inflammatoriese respons tot gevolg (Bennett et al, 2013: 280).

Die immuunstelsel kommunikeer ook met die brein deur Interleukien 1 (sitokiene) soos aangedui in die skema (figuur 2) (Bennett et al, 2013: 280). Die immuunstelsel of sitokiene stimuleer die HPA-as, wat KVH-produksie stimuleer wat tot verhoogde kortisol vlakke lei. Dit kan byvoorbeeld die oorsaak wees van koors, verminderde energie, verlaagde aptyt en verandering in slaappatrone (Bennett et al, 2013: 280). Akute inflammatoriese respons is die resultaat van 'n immuunrespons op infeksie of besering om genesing te bewerkstellig en patogene te verwyder (Bennett et al, 2013: 281). Chroniese verhoogde inflammatoriese reaksie lei egter tot verskeie siektes soos kanker en hartsiekte, tipe 2-diabetes, Alzheimer se siekte, osteoporose en reumatoïede artritis (Bennett et al, 2013: 281).

## **DIE INVLOED VAN BIOLOGIESE ASPEKTE OP INFLAMMASIE**

- **Obesiteit**

Die invloed van obesiteit word gekenmerk deur 'n toename aan inflammatoriese merkers. Studies het getoon dat vetsugtige individue in 'n staat van chroniese inflammasie verkeer (Bennett et al, 2013: 283). Die sirkulerende Interleukien-6 (IL-6) (inflammatoriese merkers) asook IL-6 wat deur abdominale vetweefsel geproduseer word, vermeerder, met 'n gevolglike toename in obesiteit (Bennett et al, 2013: 283).

## **DIE INVLOED VAN SELKUNDIGE ASPEKTE OP INFLAMMASIE**

- **Depressie**

By pasiënte met inflammasieverwante siektes, insluitende kardiovaskulêre siekte en kanker, bestaan daar 'n hoër risiko om depressiewe simptome te ervaar. Simptome van depressie word ook geassosieer met verhoogde inflammatoriese respons (Bennett et al, 2013: 284). Al meer navorsing toon aan dat depressie en inflammasie in tweerigting-wisselwerking tree, met ander woorde 'n

verhoogde langtermyn inflammatoriese respons mag lei tot depressiewe simptome, of depressie mag lei tot 'n inflammatoriese respons (Bennett et al, 2013: 284).

- **Angs**

'n Verhoogde angsbeleving veroorsaak 'n verhoogde inflammatoriese respons. Daar is ook gevind dat angs 'n verhoogde inflammatoriese reaksie veroorsaak by mense met 'n geneigdheid tot allergieë. Dit kan dus lei tot 'n verhoogde hipersensitiwiteitsrespons of allergiese reaksie soos hooikoors, ekseem, asma ensovoorts (Bennett et al, 2013: 285).

## **DIE INVLOED VAN PSIGOSOSIALE ASPEKTE OP INFLAMMASIE**

- **Sosiale ondersteuning**

Pasiënte met goeie sosiale ondersteuning en goeie naby verhoudinge toon beter algehele gesondheid en verlaagde inflammatoriese reaksie (Bennett et al, 2013: 286).

- **Dieet**

Daar is 'n groot aantal studies wat dui op die verwantskap tussen dieet, gesondheid en inflammasie. Diëte wat baie verwerkte vleis, suiker en versadigde vette bevat en min vrugte, groente en volgraanprodukte, verhoog die kans op inflammasie, met 'n verhoogde risiko van kardiovaskulêre siekte en diabetes (Bennett et al, 2013: 288).

- **Slaap**

'n Tekort aan genoeg slaap lei tot 'n hoër algehele mortaliteit. Slaapversteurings lei ook tot 'n verhoogde risiko vir die ontwikkeling van diabetes en major depressiewe versteuring (Bennett et al, 2013: 288).

Studies in psigo-neuro-immunologie dui op die dinamiese, verwickelde interaksies en terugvoermeganismes tussen die aspekte van menswees. Deur die lens van die psigo-neuro-immunologie blyk dit duidelik dat die liggaam nie as aparte entiteit geïsoleer kan word, verwyderd van sy eksistensiële bestaanswyse in sy leefwêreld, sy betekenisgewing aan ervarings en sy bio-psigo-sosiale aspekte nie. Die ryke interaksies tussen die onderskeie aspekte is nou met mekaar



verweef en verwickel. Om so 'n stelsel te begryp kan ons nie dele in aparte kompartemente bestudeer sonder om die relasie met die geheel in ag te neem nie. Die ontleding van organe in aparte kompartemente sonder die inagneming van die interaksies kan lei tot die miskyk van belangrike inligting. Die mens vorm dus 'n web van netwerke van komplekse stelsels wat in ryke en verwikkelde wisselwerking verkeer met al die aspekte van menswees.

Die antropologiese denke is meer in ooreenstemming met die kompleksiteit van menswees. Vir die doel van my studie wil ek in die besonder die verskraalde mensbeeld wat in die tradisionele geneeskunde ontstaan het, problematiseer. Die vraag kan gevra word:

Hoe behoort geneeskunde oor die mens te dink?

#### **5.4 HOE BEHOORT GENEESKUNDE OOR DIE MENS TE DINK?**

Hoe behoort geneeskunde oor die mens te dink? Hoe behoort geneeskunde die mens te benader? Kan die menslike liggaam in isolasie bestudeer word, vervreem van sy konteks, sy geestelike, psigiese en ervaringswêreld? Kan die menslike liggaam bestudeer word verwyderd van sy eksistensiële bestaan van menswees? Indien die mens as 'n komplekse stelsel beskou word, hoe behoort geneeskunde oor die mens te dink? Kan die menslike liggaam as 'n masjien beskou word, soos wat die dualistiese antropologie en meganistiese beskouing dit wel doen?

Die dualistiese antropologie verdeel die mens in twee aparte bestaanswyses, naamlik die rasionele bewussyn en die stoflike liggaam as meganiese entiteit. Die metafoor van die liggaam as 'n masjien blyk duidelik. Die aanname is onkrities veralgemeen en aanvaar binne die gedagte-wêreld van die Westerse mediese wetenskap (Sien hoofstuk 2, afdeling 2.5). Hiervolgens is die mens ook vervreem van sy wêreld en konteks. Dit impliseer dat die liggaam as meganiese entiteit in isolasie bestudeer kan word, vervreem van sy konteks, sy geestelike, psigiese en ervaringswêreld en dus ook sy eksistensiële bestaan van menswees. Die dominante denkwysse binne die Westerse geneeskunde het dié onkritiese aanname aanvaar wat daartoe gelei het dat verskeie orgaansisteme apart bestudeer kan word sonder om die geheel in ag te neem. Die benadering is gebaseer op die redusering van die liggaam tot aparte dele. Die liggaam as masjien impliseer ook dat die liggaam die somtotaal van sy dele vorm. Die verskillende interaksies tussen die orgaansisteme word dus nie noodwendig in ag geneem nie of word totaal misgekyk. Dit het gelei tot 'n verskraalde beskouing en beperkte begrip van die menslike liggaam. Die antropologiese denke binne die tradisionele geneeskunde hou dus nie rekening met die kompleksiteit van menswees nie.

Merleau-Ponty daarenteen verplaas die klem van die bewussyn as sentrale kernpunt van die mens se bestaan (soos beskou vanuit Descartes se dualisme) na 'n meer marginale posisie. Sy wysgerige antropologie beskou die liggaam as 'n subjek in sy leefwêreld (Sien afdeling.3.3). Die liggaam-subjek tree as deelnemende eenheid in verhouding met sy leefwêreld. Merleau-Ponty stel vanuit sy antropologiese denke 'n nuwe metafoor van die liggaam voor, naamlik die liggaam as 'n subjektiewe karakter. Die liggaam is nie slegs 'n voorwerp of objek tussen ander voorwerpe, maar ook 'n subjek. Dus nie slegs 'n stoflike entiteit nie, maar 'n liggaam as eenheid van liggaam, siel en gees wat as 'n geheel in 'n bestaansverhouding met die wêreld tree (sien hoofstuk 3). Merleau-Ponty stel dit so: "We are not body and spirit or consciousness confronting the world but spirit incarnate, being in the world" (Merleau-Ponty, 1964:75).

Merleau-Ponty se metaforiese gebruik van die liggaam sluit dus die gehele wese van die mens in. Ons is gesitueer in ons liggaam as gehele wese in ons leefwêreld. Die liggaam dui volgens Merleau-Ponty dus nie nou meer net op een aspek van die mens soos in die geval van die dualistiese antropologie nie. Die metafoor van die liggaam as subjektiewe karakter of wese in sy leefwêreld is meer in ooreenstemming met die mens as 'n komplekse wese. Merleau-Ponty oorskry dus die dualistiese antropologie deur sy metafoor van die liggaam as wese se bestaan in sy leefwêreld (Sien hoofstuk 3).

Na aanleiding van Merleau-Ponty se wysgerige antropologie sowel as die eienskappe van komplekse stelsels het ons die mens beskryf as 'n komplekse stelsel. Die menslike wese in sy verweefdheid met sy leefwêreld vorm dus 'n komplekse stelsel. Die siening dui op 'n verruimde antropologie in ooreenstemming met die kompleksiteit van menswees. Hoe kan ons na aanleiding van kompleksiteitsdenke 'n nuwe antropologiese perspektief voorhou vir die verruiming van die model van geneeskunde?

#### 5.4.1 'n Nuwe antropologiese perspektief na aanleiding van kompleksiteitsdenke in geneeskunde

*To think complexity is to adopt a relational, a system(s) view. That is to look at any event or entity in terms, not of itself, but of its relations.*

(Doll & Trueit 2010:845)

Kompleksiteitsdenke bied 'n verruimde perspektief op die antropologie in ooreenstemming met die mens as 'n komplekse wese. Na aanleiding van kompleksiteitsdenke behoort geneeskunde oor die mens te dink as 'n unieke individu gebonde aan 'n bepaalde konteks, kultuur en geskiedenis. Die individu staan oop tot sy leefwêreld en is in voortdurende wisselwerking met sy omgewing. Die mens waarna hier verwys word, is nie die mens wat ingevolge Descartes se dualistiese antropologie verdeel is in dichotomie van gees-liggaam en waar die liggaam metafories vergelyk word met 'n masjien nie. Die mens waarna hier verwys word, stem ooreen met Merleau-Ponty se liggaam-subjek of gehele wese verweef met sy wêreld. Die liggaam-subjek of wese is as singewende eksistensie, dus die mens gebonde aan sy eksistensiële sinbestaan, betrokke in sy wêreld. Die mens waarna hier verwys word, is in ooreenstemming met die kompleksiteit van menswees. Na aanleiding van kompleksiteitsdenke behoort geneeskunde oor die mens te dink as 'n web van komplekse stelsels.

Binne hierdie komplekse stelsels heers daar verwickelde nie-lineêre interaksies en terugvoermeganismes tussen die verskillende vlakke van menswees soos byvoorbeeld tussen orgaansisteme, omgewing, psigososiale aspekte van menswees asook die ontluikende eienskappe wat ontstaan weens die interaksies. Die denkraamwerk is dus sensitief, nie net vir die substantiewe nie maar ook vir die relasionele van menswees verweef in sy leefwêreld.

Deur die lens van kompleksiteitsdenke kan geneeskunde nie meer die liggaam benader as 'n biologiese masjien wat onder beheer is van kousaal-meganiese interaksies nie. Dit impliseer dat 'n gevolg nie noodwendig een oorsaak het nie. Die denkraamwerk van geneeskunde verskuif vanaf 'n deterministiese perspektief op soek na 'n linêre oorsaak -gevolg, na 'n perspektief wat die verwickeldheid van menswees erken. Dit is dus nie altyd moontlik om met sekerheid 'n bepaalde gevolg te kan voorspel nie. Dikwels verg dit om verskeie verwickelde interaksies in ag te neem om die regte diagnose te maak.

Dit impliseer egter dat geneeskunde met nederigheid en kreatiwiteit na die totale wese verweef met sy leefwêreld moet kyk om die verwikkelde interaksies raak te sien. 'n Diagnose kan dus misgekyk word indien daar slegs na geïsoleerde dele gekyk word sonder die inagneming van die geheel of interaksies (Sien appendiks: gevallestudie 1 en 2).

- **Dele-geheel-wisselwerking teenoor reduksie tot dele (sien hoofstuk 4 , afdeling 4.5.1) (geheel is meer as som van dele)**

Vanweë die voortdurende nie-lineêre wisselwerking tussen die dele, geheel en omgewing is dit problematies om die dele of geheel in isolasie te bestudeer om die mens te verstaan. Die geheel van die mens kan dus nie nou meer beskou word as die somtotaal van die dele nie. Die geheel kan egter minder of meer wees as die somtotaal van die dele. Deur die lens van kompleksiteitsdenke is dit nie moontlik om die stelsel te reduceer tot die basiese dele om die geheel te verstaan nie.

Die fokus op geïsoleerde dele sonder die inagneming van die geheel en die interaksies kan daartoe lei dat belangrike inligting misgekyk word. Die metafoor van die liggaam soos voorgestel deur Merleau-Ponty as subjektiewe karakter in sy wêreld vereis alreeds dat die liggaam verweef is met al die aspekte van menswees. Die geneesheer kan dus nie slegs fokus op die suiwer biologiese aspekte geïsoleer van die totale wese nie. Hiermee wil ek nie te kenne gee dat spesialiste oorbodig is nie; daar is egter wel probleme met die manier waarop hulle die wisselwerking tussen die dele en die geheelperspektief ignoreer.

(Sien appendiks gevallestudie 1, 2, 3)

- **Universele beginsels teenoor die plaaslike, individuele konteks en geskiedenis**

Alhoewel universele beginsels nie ontken word nie, word die plaaslike konteks, tyd en geskiedenis as van die uiterste belang geag. Kompleksiteitsdenke bied 'n sensitiwiteit vir die unieke verskille tussen mense, hulle konteks (leefwêreld) en geskiedenis. Die denkraamwerk verskil van die huidige siening van die mens waar elke benadering en behandelingsmetode op dieselfde wyse op die mens toegepas word. Elke individu is verskillend weens verskillende faktore wat inspeel, soos byvoorbeeld genetiese predisposisie en omgewingsfaktore wat die behandelingsmetode sal beïnvloed. 'n Voorbeeld is die wisselwerking tussen pasiënt en medikasie: die een individu reageer goed op 'n bepaalde medikasie waar 'n ander glad nie goed reageer nie.

- **Objek-subjek-relasie**

Volgens Merleau-Ponty se antropologiese denke leef die mens deur sy liggaam. Hy maak die stelling dat die mens sy liggaam is deur te verwys na die ek-liggaam. Hy dui hiermee die belangrikheid aan van die subjektiewe ervaring van die wese of liggaamlikheid as toegang tot die mens se werklikheid. Die liggaam kan dus nie as masjien beskou word vewyderd van leefwêreld, gees, psige, sosiale aspekte en eksistensiële bestaanswyse nie. Die liggaam waarna Merleau-Ponty verwys, vorm beide objek en subjek. Sy liggaam-subjek tree in 'n dialoog of dialektiese verhouding met sy leefwêreld. Met hierdie wysgerige antropologie van die liggaam-subjek-leefwêreld-bestaansverhouding oorskry Merleau-Ponty die Cartesiaanse dualistiese antropologie gekenmerk deur twee verskillende bestaanswyses van *cogito/subjek* en *res extensa* / materiële wêreld. Geneeskunde behoort dus nie nou meer na die mens te kyk as slegs 'n liggaam of masjien as objek nie, maar behoort ook die subjektiewe ervaring van die mens verweef met al die interaktiewe aspekte in ag te neem.

## 5.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk het ek eerstens die mens as 'n komplekse stelsel beskryf na aanleiding van die eienskappe van komplekse stelsels. Ek het ook terugverwys na ooreenkomste met Merleau-Ponty se wysgerige antropologie. Ek het aan die hand van voorbeelde uit die psigo-neuro-immunologie die mens as 'n komplekse stelsel geïllustreer. Die mens as komplekse stelsel is meer in ooreenstemming met die kompleksiteit van menswees. Daarvolgens het ek na aanleiding van kompleksiteitsdenke 'n nuwe antropologiese perspektief daargestel vir die verruiming van die model van menswees in die geneeskunde.

Geneeskunde kan dus nie nou meer deur die lens van dualisme en meganisme na die mens kyk nie. Die metafoor van die liggaam as masjien verskuif nou na die metafoor van 'n menslike wese verweef met sy leefwêreld. Geneeskunde behoort dus nou oor die mens te dink as 'n dinamiese netwerk van relasies tussen verskillende komplekse stelsels. Die denkraamwerk verskuif die fokus van die deel na die relasies tussen die dele en die geheel. Geneeskunde kan nie meer slegs fokus op die geïsoleerde defektiewe onderdeel sonder om die relasies tussen al die interafhanklike aspekte van menswees in ag te neem nie. Hoe beïnvloed dié beskouing die verstaan van die begrippe siekte, genesing en gesondheid?

Wat is die implikasies van die nuwe antropologiese denke na aanleiding van kompleksiteitsdenke in die praktyk, byvoorbeeld vir die geneesheer-pasiënt-verhouding?

In die volgende hoofstuk gaan ek eerstens besin oor die verstaanswyse van siekte, gesondheid en genesing, en ten slotte gaan ek die implikasies van die nuwe antropologiese denke na aanleiding van kompleksiteitsdenke in die praktyk van geneeskunde onder die loep neem.

## HOOFSTUK 6

### ’N VERRUIMDE MODEL VAN GENEESKUNDE NA AANLEIDING VAN KOMPLEKSITEITSDENKE

#### 6.1 INLEIDING

In die volgende gedeelte besin ek oor begrippe soos siekte, gesondheid en genesing deur soos beskou deur die lens van kompleksiteitsdenke. Die volgende vrae word aan die orde gestel: Hoe beïnvloed ’n nuwe antropologie die model van geneeskunde? Wat is die implikasies vir die geneesheer-pasiënt-verhouding na aanleiding van bogenoemde besinnings? Ten slotte poog ek om ’n perspektief op ’n verruimde model van menswees vir die geneeskunde voor te hou.

#### 6.2 DIE BEGRIPPE GESONDHEID EN SIEKTE

Dit is eerstens belangrik om te besin oor die konsepte gesondheid, siekte en genesing. Wat beteken dit om gesond te wees en wat is siekte? Die Wêreld-gesondheidsorganisasie (WGO) se definisie van gesondheid is die volgende: “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*” (World Health Organization 1978: 1 par 1). Bentzen (1995:349) definieer siekte op twee wyses naamlik “*a physiological or psychological dysfunction*” en “*a biological dysfunction based on well-known pathological or pathophysiological processes or a well-known etiology*”.

Die WGO se definisie bestempel gesondheid as ’n statiese toestand, ’n soort ’n utopiese ideaal van volledige fisieke, psigiese en sosiale welsyn (Sturmberg, Martin & Moes, 2010:343). Die definisie erken ten minste ’n geheelperspektief op menswees, maar dui egter op ’n toestand wat onrealisties en verwyderd staan van die verweefde, komplekse realiteit van menswees. Kan ons gesondheid as ’n statiese begrip beskou? Is gesondheid slegs moontlik in die afwesigheid van siekte, of kan ’n mate van gesondheid moontlik wees in die teenwoordigheid van siekte?

Bentzen se definisie van siekte baken die begrip af tot ’n fisiologiese of psigologiese disfunksie. Die definisie hou egter nie rekening met verweefde interaksies tussen verskeie aspekte van menswees binne die bepaalde ervaringswêreld nie. Hoe kan ons op ’n meer dinamiese en ruimer wyse besin oor bogenoemde begrippe?

Ivan Illich (1976) bied 'n meer dinamiese beskrywing van gesondheid, naamlik “*The ability to adapt to changing environments, to growing up and to ageing, to healing when damaged, to suffering and to the peaceful expectation of death*” (Illich, 1976:273).

Dit is opmerklik dat Illich se definisie die mens se vermoë as 'n selforganiserende stelsel wat gedurig by sy omgewing aanpas, verreken. Gesondheid word dus nie as 'n utopiese ideaal beskou wat staties en verwyderd staan van menswees soos die definisie wat die WGO voorhou nie. Gesondheid volgens Illich vorm deel van die natuurlike groei en aanpasbaarheid van die mens by sy leefwêreld, wat genesing, pyn en lyding asook die aanvaarding van sy tydelike bestaan as mens insluit. Die definisie is dus meer in ooreenstemming met die eksistensiële bestaan van menswees.

Plato beskryf gesondheid as “*having an application to human nature in all its parts, operations, levels and dimensions – physical, psychological, social and spiritual*” (Sturmberg, 2010:344). Plato beskou gesondheid as 'n interafhanklike fenomeen, hy erken die belangrikheid daarvan om die verwantskappe tussen die verskillende dimensies van gesondheid te ondersoek. Plato beskryf in *Phaedrus en Phaedo* Sokrates se interaksie met sy gespreksgenote as 'n soortgelyke dokter-pasiënt-verhouding. Sokrates help sy gespreksgenote om hulle eie sielkundige, etiese en spirituele toestande eerstens self te diagnoseer (Sturmberg, 2010:344). Hy fasiliteer hulle ontdekkings in hulle natuurlike begeerte tot selfgenesing op verskeie vlakke. Plato dui hiermee aan dat die mens 'n natuurlike begeerte besit tot selfgenesing, die liggaam besit die vermoë tot selfkonstruksie, selfhandhawing, selfherstel en selftransformasie, so ook besit die psige die vermoë tot sielkundige en morele transformasie en selfgenesing.

In *The Republic* beskryf Plato (1892: 406a-d) een van Sokrates se besprekings oor medisyne. In die bespreking beskryf Sokrates dat die mediese praktyk slegs simptome behandel en nie aandag gee aan die sielkundige, morele en leefstylgebaseerde oorsake van siekte nie. So 'n reduksionistiese benadering dui op oneffektiewe mediese praktyk wat kan bydrae tot persoonlike en sosiale versteurings. Dit is merkwaardig dat Sokrates alreeds in 400 v C die noodsaaklikheid van 'n geheelerspektief op beide die individu en die sosiale gesondheidsmodel besef het. Hy plaas ook klem op die verantwoordelikheid van die individu om voorkomende gesondheid te bewerkstellig deur die aankweek van 'n gesonde leefstyl asook praktiese wysheid by beide die individu en die praktisyn.

Plato beskryf sy model vir geneeskunde soos volg: “... *the good physician, the virtuous person, and the sage have a skill that does not mainly or only consist in the formulation of rules or the*



*adherence to rules. Even if there were absolute rules to be followed, the sagacious person's excellence involves highly complex diagnostic procedures and powers of prudence, which take into account fine differences among persons and situations, involve recognition of the various dimensions of health and goodness, and defy reduction to an algorithm"* (in Sturmberg, 2010: 346).

Plato beskryf die geneesheer as 'n wyse en deugsame persoon wat deur middel van praktiese wysheid en komplekse diagnostiese prosedures interaksies en verskille tussen die onderskeie dimensies van gesondheid in ag te neem om gesondheid en goedheid te bevorder en nie te verval in 'n reduksionistiese benadering en behandeling nie.

Pauli, White en McWhinneys (2000b:167) is van mening dat “[c]ontemporary science, by reducing all life phenomena to their physical or biochemical mechanisms, and their roles in communication to that of their carriers of communication, profoundly limits the understanding of disease and even more so of health.” Hulle gaan voort: “To conceptualize health and disease as due in part not just to our material circumstances (eg genes and germs) but also to our life situations and the meanings we assign to these and other non-material circumstances”(Pauli, White en McWhinneys (2000b:169). Hulle sien gesondheid en siekte as die resultaat van interafhanklike interaksies binne die persoon as geheel. Met ander woorde, die konseptualisering van gesondheid en siekte lê nie slegs geleë op 'n reduksionistiese biochemiese vlak nie, maar is die resultaat van interaksies tussen die biochemiese, leefwêreld-, sielkundige en sosiale vlakke van bestaan asook die betekenis wat aan die omstandighede toegeken word. Hierdie siening is in 'n groot mate in ooreenstemming met kompleksiteitsdenke (sien afdeling 4.5).

Die volgende vrae volg vanselfsprekend: Hoe kan ons deur die lens van kompleksiteitsdenke besin oor gesondheid, siekte en patologie? Hoe kan ons gesondheid beter omskryf as 'n komplekse, aanpasbare stelsel? Gesondheid, siekte en patologie is begrippe wat dikwels afsonderlik afgebaken en behandel word. Die kliniese ontmoeting vind egter plaas waar die subjektiewe ervaringswêreld van die pasiënt en die objektiewe wêreld van die patoloog ontmoet. Die geneesheer is die tussenganger tussen die twee wêrelde (Sturmberg, 2013:233).

### 6.3 GESONDHEID EN SIEKTE AS KOMPLEKSE AANPASBARE STELSEL

Die WGO se definisie bestempel gesondheid as 'n utopiese ideaal van 'n toestand van totale welsyn wat lynreg teenoor siekte staan. Vanuit kompleksiteitsdenke word dit egter moontlik om meer realisties na die begrippe te kyk. Sokrates en Plato beskou gesondheid as 'n interafhanklike wisselwerking tussen die biologiese, sielkundige, sosiale asook die spirituele aspekte van menswees. Plato wys op die mens se natuurlike begeerte tot selfgenesing. Die begeerte tot selfgenesing kan deur optimale omgewingsfaktore bevorder word. Dit kan eweneens verhinder word deur byvoorbeeld slegte opvoeding en gewoontes. Plato stel alreeds die mens as 'n selforganiserende stelsel voor wat gedurig aanpas by sy omgewing. Dié gedagte sluit goed aan by Illich se definisie van gesondheid, wat die mens se bestaan voorstel as 'n selforganiserende stelsel wat aanpas by sy omstandighede as deel van die gang van die lewe wat siekte, pyn, lyding en die dood insluit. Beide Plato en Illich se konsep van gesondheid dui op die dinamiese wisselwerking tussen die verskillende aspekte van menswees en leefwêreld ten einde dit vir die mens moontlik te maak om aan te pas by voortdurend veranderende omstandighede. Die definisies van gesondheid sluit nie noodwendig die teenwoordigheid van siekte uit nie. Dus word die klem eerder geplaas op die selforganiserende eienskappe en aanpasbaarheid van die mens binne sy leefwêreld.

Pauli, White en McWhinney (2000b) se siening oor gesondheid en siekte sluit ook by bogenoemde sienings aan en beklemtoon verder die belangrikheid van interafhanklike interaksies soortgelyk aan die beskouings van kompleksiteitsteorie (sien afdeling 4.3.2 en 4.5). Pauli et al (2000b) se unieke bydrae is egter hulle mening dat gesondheid veral beïnvloed word deur die betekenisgewing wat gepaard gaan met die siekte-ervaring.

Die begrippe gesondheid en siekte kan as 'n komplekse aanpasbare stelsel voorgestel word (soos reeds bespreek in hoofstuk 4 afdeling 4.3.2). Ek het reeds aangedui dat komplekse stelsels uit 'n groot aantal komponente bestaan wat in nie-lineêre wisselwerking met mekaar is en gepaard gaan met terugvoer-interaksies binne 'n komplekse stelsel. Boonop vorm komplekse sisteme oop stelsels, wat ook in voortdurende wisselwerking met hulle omgewing is. Die interafhanklike aard van 'n komplekse stelsel veroorsaak ontluikende eienskappe wat dinamies van aard is.

As ons dan gesondheid as 'n komplekse aanpasbare sisteem beskou, moet ons in ag neem dat gesondheid uit vele interafhanklike aspekte bestaan, soos byvoorbeeld die biologiese, psigologiese, sosiale en spirituele aspekte van die mens, die begeerte tot selfgenesing, asook die

omgewingsfaktore wat in wisselwerking met mekaar is en op nie-lineêre wyse inwerk. Daar ontstaan 'n verdere dinamiese wisselwerking tussen die individuele konstruksie van gesondheid en die samelewing se norme, met ander woorde die individu beïnvloed die samelewing se strukture op 'n bewustelike wyse en die samelewing beïnvloed die individu op 'n onderbewustelike wyse. Gesondheid word ook beïnvloed deur die betekenisgewing wat 'n persoon aan 'n bepaalde siekte-ervaring gee.

Rosenberg (2002) stel dit dat begrippe soos gesondheid en siekte interafhanklike konsepte vorm. Die konsepte kan egter slegs verstaan word binne die konteks van die persoonlike ervaringswêreld van die pasiënt.

*We are never illness or disease, but rather, always their sum in the world of day to day continuously interacting worlds. In the patient's case it is always experience as well. Pain, sickness and death help make that particular experienced identity unavoidable, and at some level ultimately inaccessible to medicine's changing understanding of disease and tools for managing it (Rosenberg 2002:258).*

Gesondheid kan ook op die volgende wyse beskryf word: Gesondheid word deur die persoonlike ervaringsleer (Sturmberg, Martin & Moes, 2010:348) beleef as die balans tussen die biologiese, psigologiese, sosiale, spirituele en kognitiewe aspekte van die mens. Die betekenisgewing van die ervaring beïnvloed die balans, met ander woorde 'n persoon kan 'n gebalanseerde ervaring beleef in die teenwoordigheid van siekte of patologie. Die begrip kan ook anders voorgestel word as die persoon se vermoë om aan te pas as 'n selforganiserende stelsel. Indien die komponente van balans versteur is, ontstaan wanbalans (*illness, disease*).

Pauli et al (2002:171) beskryf die aanpasbare dimensies van gesondheid en siekte op die volgende wyse:

*As a consequence of a health-oriented and expanded medical model, illness and disease can be seen, in part, as a person's or an organism's failure to find or to generate meaning from her or his internal and external environmental experiences and opportunities.*

Pauli et al beskryf siekte dus as die onvermoë van die individu om betekenis te genereer uit sy bepaalde interne of eksterne ervaring.

Die skep van betekenis uit ons ervarings word dikwels buite rekening gelaat in die tradisionele model van geneeskunde. In die volgende gedeelte bespreek ek 'n alternatiewe model van geneeskunde wat ruimte bied vir die interafhanklike dimensies van menswees asook ook die rol van betekenisgewing van die mens aan sy ervarings.

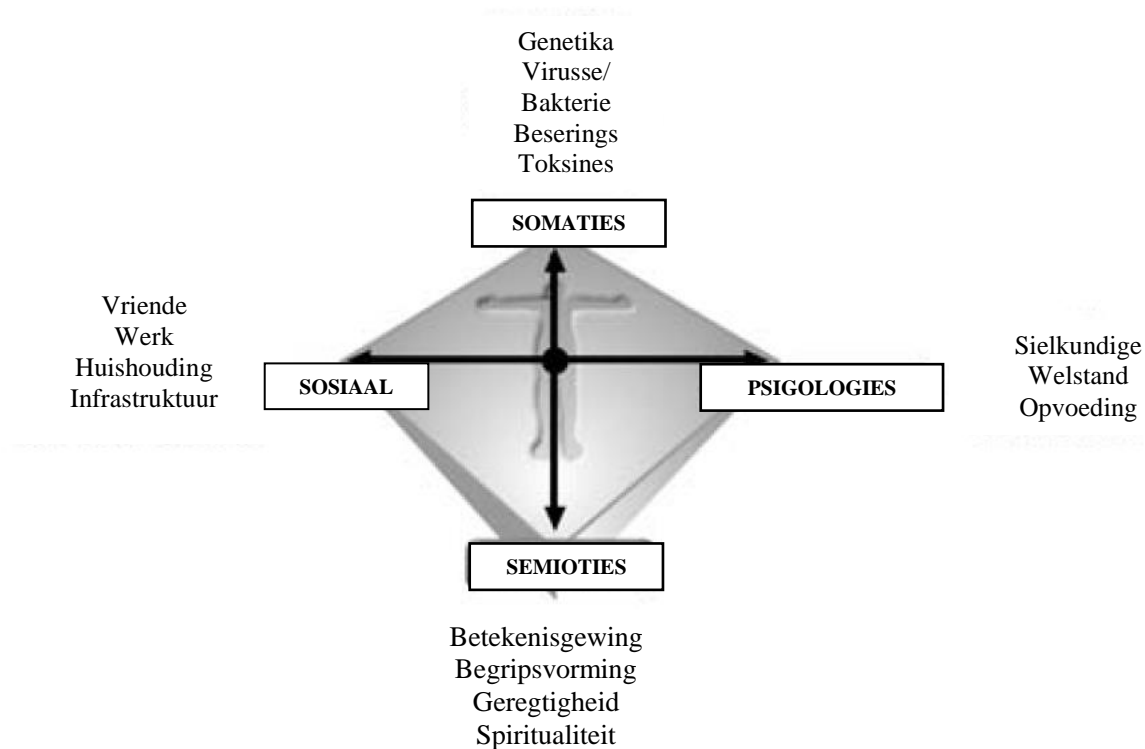
#### **6.4 BIO-PSIGO-SOSIO-SEMIOTIESE MODEL VAN GESONDHEID: 'N VERRUIMDE MODEL VAN GESONDHEID**

In 1977 stel Engel 'n sisteemgebaseerde model van gesondheid en siekte voor, naamlik die bio-psigo-sosiale model. Die model bestudeer die interaksies tussen die biologiese, sielkundige en sosiale aspekte van gesondheid. Die model sluit egter nie die integreerende dimensie van die spirituele in nie en gee ook nie aandag aan die betekenisgewing met betrekking tot siekte nie (Sturmberg, Martin & Moes, 2010:346).

Von Uexküll en Pauli (1986) stel die metafoer van 'n semiotiese denkwysse voor (Sturmberg, 2013:234). Die term dui op die interpretasie van tekens of simbole. Biosemioties verwys na die studie van die interpretasie van tekens of simbole binne lewende organismes. Von Uexküll maak van die volgende metafoer gebruik om die verskil tussen die interpretasie en betekenis van 'n teken of simbool aan te dui (Sturmberg, 2013:234). Hy het 'n studie gemaak van hormone as oordragstowwe tussen organe, wat seine oordra en wat 'n bepaalde respons tot gevolg het. Die inligting bevat egter nie die volledige inhoud wat oorgedra word nie, die volledige inhoud of betekenis kan slegs begryp word in die gehele funksie van die menslike organisme (Sturmberg, 2013:234). Die metafoer kan geïllustreer word aan die hand van 'n verdere voorbeeld: die betekenis van 'n klank (teken) kom slegs na vore binne die konteks van die spreker se taal asook sy leefwyse, maar die interpretasie van klanke kan verskil (Sturmberg, 2013:234). Die semiotiese dui op die beleving of betekenisgewing van die siekte-ervaring, wat dikwels op 'n metaforiese of indirekte wyse oorgedra word. Die betekenisgewing beïnvloed die dinamika tussen die onderskeie aspekte.

Hierdie interafhanklikheid vorm eienskappe van 'n komplekse stelsel, gesondheid en siekte vorm toestande binne die dinamiese wisselwerking van die biologiese (somatiese), sielkundige, sosiale en semiotiese ervarings. Dit gee aanleiding tot 'n somato-psigo-sosio-semiotiese model van gesondheid (Sturmberg, 2013:234). Dit is egter nie moontlik om dié vier aspekte van gesondheid af te baken nie, die aspekte dui slegs op 'n voorstelling of simbool. Ons kan ook aandui dat die

mens gesond is indien al vier aspekte in balans verkeer. Die pasiënt se ervaring van die balans mag egter drasties verskil van dié van die geneesheer. Balans kan bestaan in die afwesigheid of teenwoordigheid van spesifieke patologie. 'n Voorbeeld van die model word geïllustreer deur Sturmberg in die onderstaande figuur in (Sturmberg, 2013:236).



**Figuur 3:** In Sturmberg (2013:236). Voorstelling van die bio-psigo-sosio-semiotiese model van gesondheid: gesondheid as 'n balans

Die somato-psigo-sosio-semiotiese model van gesondheid beskryf gesondheid as die ervaring van relatiewe balans in die dinamiese wisselwerking tussen biologiese, emosionele, sosiale en betekenisgewingsdimensies wat 'n individu of pasiënt in sy gehele leefwêreld affekteer (Sturmberg, 2013:237). Die model dui aan dat gesondheid en genesing nie slegs geleë is in die biologiese aspek nie, maar in die totale wisselwerking tussen die verskillende aspekte van menswees.

Hoe benader die geneesheer die pasiënt na aanleiding van bogenoemde model?

Aan die hand van 'n voorbeeld illustreer ek die punt beter:

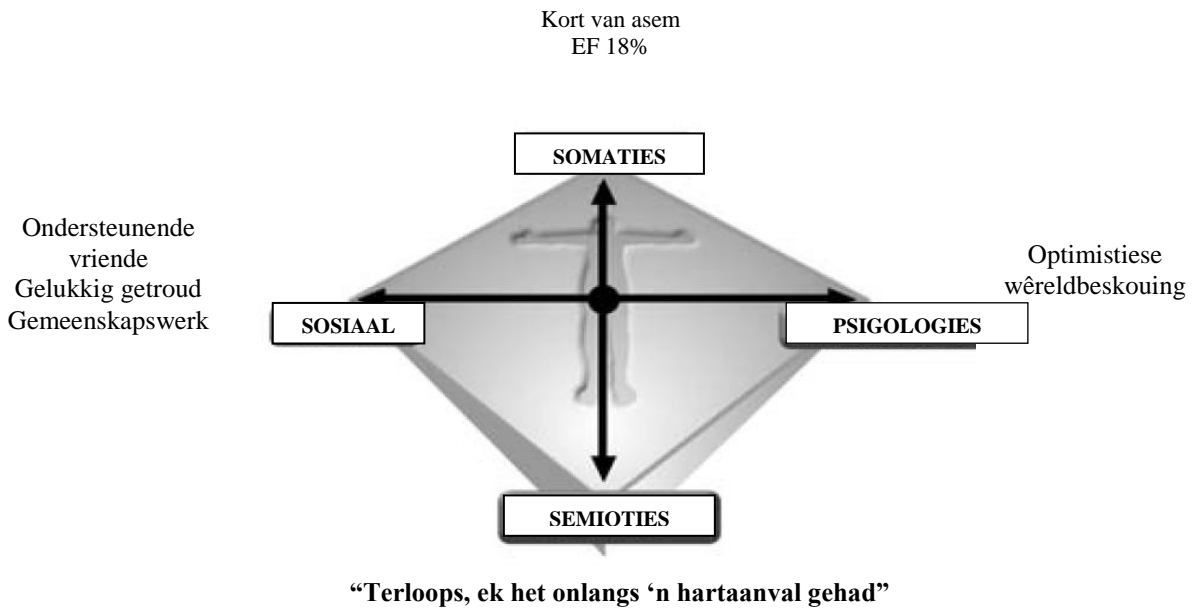
'n Pasiënt presenteer byvoorbeeld met 'n miokardiale infarksie. Daar word van 'n geneesheer vereis om spoedig op te tree deur middel van biomediese behandeling en tegnologiese intervensie wat van kritieke belang is om die pasiënt te stabiliseer. Die genesing van die pasiënt lê egter nie slegs by die stabilisering van die kardiaale funksie nie (Sturmberg, 2009:766). Hierdie akute ervaring in die pasiënt se lewe beteken ook 'n verlies aan sosiale interaksie, moontlik 'n depressiewe gemoedstoestand, asook 'n verandering van die pasiënt se beleving van homself en sy leefwêreld. Dit is dus vir 'n geneesheer nodig om aan al die interaktiewe faktore aandag te gee (Sturmberg, 2009:767).

Die dinamiese wisselwerking tussen die pasiënt se betekenisgewing aan sy siekte-ervaring, sy emosionele welstand en sosiale steunstrukture beïnvloed die relatiewe balans van sy gesondheidservaring in sy leefwêreld. 'n Balans in sy gesondheidservaring kan die uitwerking hê dat 'n pasiënt toekomstige patologie voorkom of sy huidige patologie aanvaar.

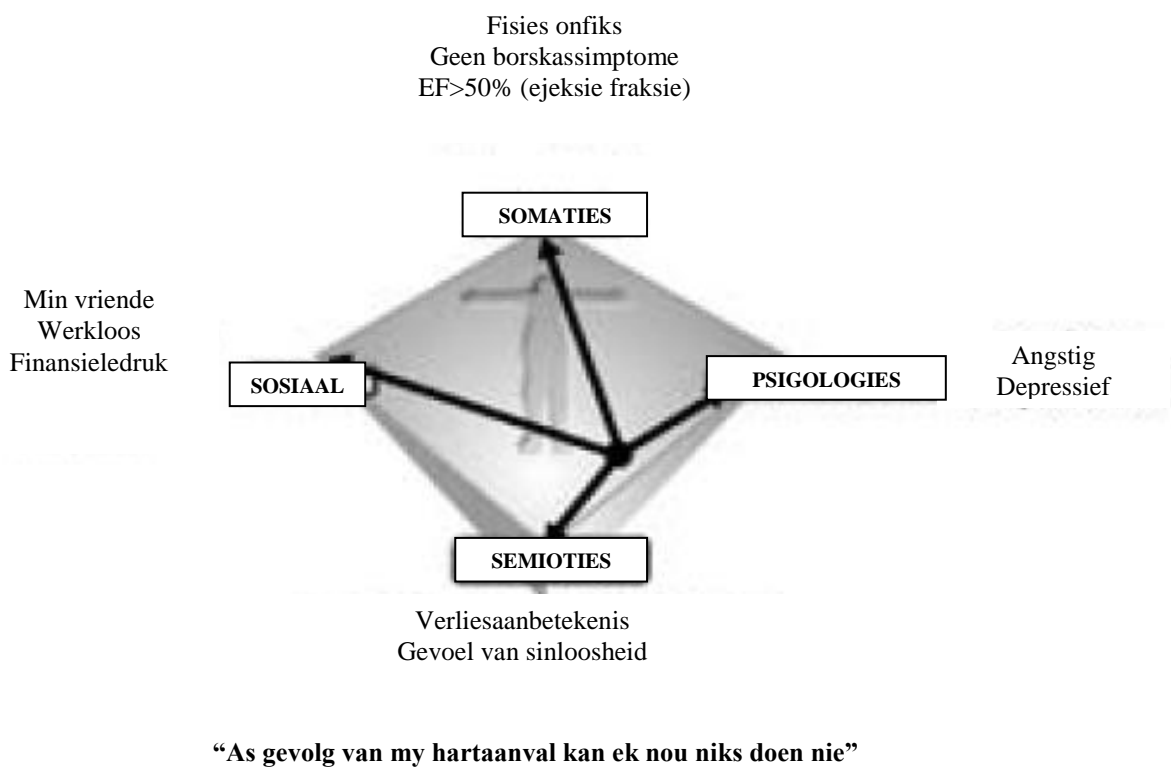
Daar is nie noodwendig 'n direkte relasie tussen die graad van patologie en die uitwerking op die individu se gesondheid nie, dit is dikwels nie-lineêr. Sien figure 4 en 5 uit Sturmberg (2013:237, 238). Die individu in figuur 4 (p84) het 'n miokardiale infarksie gehad, met 'n hoë graad van kardiaale aantasting. Die dinamiese wisselwerking tussen goeie sosiale ondersteuning, emosionele welstand en betekenisgewing aan sy toestand het daartoe bygedra dat hy 'n relatief gebalanseerde gesondheidservaring beleef.

Die individu in figuur 5 (p 84 ) het ook 'n miokardiale infarksie gehad met 'n goeie kardiaale funksie. Sy gesondheidservaring is egter uit balans.

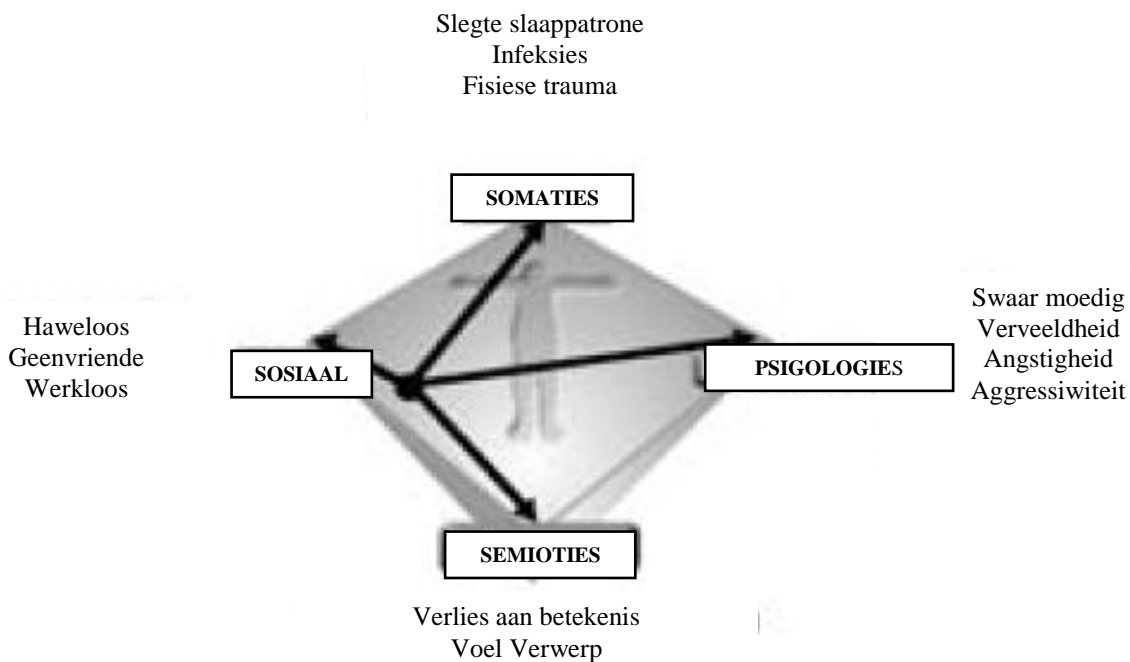
Die interaktiewe wisselwerking tussen min sosiale ondersteuning, finansiële druk, depressiewe en angstige gemoed en 'n beleving van homself as 'n slagoffer van sy siekte-ervaring het tot gevolg dat hy siekte of 'n wanbalans ervaar. Soos treffend deur Cassell gestel (1982:641): *“Personal meaning is a fundamental dimension of personhood and there can be no understanding of human illness or suffering without taking it into account.”*



**Figuur 4:** Geïllustreer deur Sturmberg (2013:237). Voorstelling van ’n pasiënt se gesondheidservaring ná ’n miokardiale infarksie.



**Figuur 5:** Geïllustreer deur Sturmberg(2013:238). Pasiënt se ervaring ná ’n miokardiale infarksie, gesondheidservaring in wanbalans.



“Ek het geen plek om heen te gaan”

**Figuur 6:** Geïllustreer deur Sturmberg (2013):238. Die figuur illustreer die interafhanklike wisselwerking tussen die neuro-endokriene stelsels soos bespreek in psigo-neuro-immunologie (sien afdeling 5.3.1)

Die bio-psygo-sosiale-semiotiese model vir gesondheid bied ’n breë raamwerk in die benadering van die mens as ’n komplekse wese in geneeskunde. Die model vorm op sigself ’n komplekse, aanpasbare stelsel van gesondheid. Die model skep ruimte vir die pasiënt se subjektiewe betekenisgewing van sy ervaringswêreld.

Binne die konteks van die pasiënt se ervaringswêreld is dit moontlik om die interafhanklikheid van siekte, gesondheid en patologie beter te identifiseer en te verstaan. Die bio-psygo-sosiale-semiotiese model dui dus op die interafhanklike wisselwerking tussen die verskillende aspekte van menswees.

Die proses is dinamies van aard. Die model van gesondheid vereis egter ’n verruimde denkraamwerk wat sensitief is vir die verskillende interafhanklike interaksies tussen die aspekte van menswees.



Kompleksiteitsdenke bied 'n ruimer perspektief op die model van gesondheid wat sensitief is vir die interaktiewe aspekte van menswees. Die denkraamwerk verskil van die dominante reduksionistiese denkraamwerk in geneeskunde, veral ten opsigte van die benadering tot die mens. Hiermee wil ek nie eweneens 'n *óf-óf*-dichotomie daarstel nie (Sien hoofstuk 4 afdeling 4.5). Dikwels is beide denkraamwerke nodig. Ons kan nie dieselfde denkraamwerk gebruik vir alle probleemsituasies nie. Dit is egter nodig om 'n bepaalde denkraamwerk te kies vir elke konteks. Die denkraamwerk wat ons kies, bepaal hoe ons 'n situasie gaan hanteer. Ons moet 'n keuse maak en verantwoordelikheid aanvaar vir die keuse. Dit verg egter kreatiwiteit en 'n goeie oordeelsvermoë om te onderskei watter denkraamwerk waar gepas sal wees. In akute noodsituasies waar iemand 'n hartaanval kry, is daar byvoorbeeld ruimte vir vinnige reduksionistiese diagnose en optrede. Daarteenoor sal mense met chroniese siektes nie noodwendig by reduksionistiese behandelings baat vind nie.

Die liggaam kan dus nie as masjien beskou word verwyderd van leefwêreld, gees, psige, sosiale aspekte en eksistensiële bestaanswyse nie. Die siening verskil egter dramaties van die huidige biomediese model waar die pasiënt gesien word slegs as die objek, waar liggaam en gees geskei word, met die hooffokus op die liggaam as objek of masjien.

Binne die konteks van die geneesheer-pasiënt-verhouding is dit wenslik om die liggaam te sien as beide objek en subjektiewe karakter in sy sin in sy wêreld. Daardeur word die dualisme van liggaam/gees getransendeer en die pasiënt word gesien as beide reflektiewe en refleksiewe self. Die hooffokus binne die geneesheer-pasiënt-verhouding verander dus nou van liggaam as 'n masjien na die subjektiewe ervaringswêreld van die pasiënt. Wat is die implikasie van dié verandering vir die geneesheer-pasiënt-verhouding?

## 6.5 IMPLIKASIES VIR DIE GENEESHEER-PASIËNT-VERHOUDING

Hierdie verandering in siening beïnvloed egter die struktuur van die verhouding tussen geneesheer en pasiënt. In die volgende gedeelte verduidelik ek die implikasies van die veranderinge binne die verhouding ten opsigte van die volgende aspekte: die rol van tyd in die konsultasie, die narratief van siekte, die rol van sekerheid teenoor onsekerheid asook die inagneming van die eksistensiële bestaanwyse waar die betekenisgewing van siekte-ervaring asook dood sentraal staan.

Met ander woorde, die subjektiewe ervaringswêreld van die pasiënt vorm die voorgrond van die konsultasie tussen geneesheer en pasiënt. Dit vorm die toegangsweg tot die pasiënt se werklikheid. In hierdie opsig speel die volgende aspekte 'n deurslaggewende rol in die konsultasieproses naamlik:

- **Die rol van tyd in die geneesheer-pasiënt-verhouding ('n bepaalde tydsaamheid)**

Sturmberg en Cilliers (2009) beklemtoon in hulle artikel "*Time and the consultation – an argument for a certain slowness*" die belangrikheid van 'n bepaalde tydsaamheid in die hantering van komplekse stelsels. In hulle betoog (Sturmberg & Cilliers, 2009: 881) betreur hulle die feit dat tyd 'n meetbare kommoditeit geword het, waar spoed gelyk gestel word aan doeltreffendheid of waar gehalte aan tyd gemeet word. Tyd as kommoditeit vloei voort uit die era van moderniteit (Sturmberg & Cilliers, 2009: 882). In hierdie era was die klem daarop om orde en struktuur uit natuurlike chaos te skep (Sturmberg & Cilliers, 2009: 882). Die soeke na beheer en vooruitgang het veroorsaak dat tyd van uiterste belang geag is. Geen tyd mag verspeel word nie. So is tyd gelykgestel aan doeltreffendheid. Vooruitgang kan dus nou in terme van tyd gekwantifiseer word (Sturmberg & Cilliers, 2009: 882).

Hierdie siening is oorgedra na die mediese praktyk, waar korter konsultasies die norm geword het om verhoogde pasiëntlading en 'n tekort aan hulpbronne en mediese personeel te akkommodeer. Meer pasiënte kan dus nou in 'n korter tyd gespreek word. Daar word dus meer waarde geheg aan korter eerder as langer konsultasies (Sturmberg & Cilliers, 2009: 881). Dit verseker ook beter betaling vir mediese praktisyns. Tyd as kommoditeit binne die mediese praktyk het die konsultasieproses beïnvloed, waar spoed gelykgestel word aan die doeltreffendheid van die diens wat deur die mediese praktisyn gelewer word (Sturmberg & Cilliers, 2009: 882).

In die volgende gedeelte neem ek hierdie punt onder die loep aan die hand van Sturmberg en Cilliers (2009:882) se argument oor die noodsaaklikheid vir 'n bepaalde tydsaamheid in die hantering van komplekse stelsels soos die mens.

Die algemene standaardkonsultasietyd is 15 minute vir die meeste mediese praktisyns en spesialiste. Die meganistiese siening van die "liggaam as masjien" het deels ook bygedra tot hierdie siening van 'n konsultasieperiode, omdat die geneesheer slegs fokus op die defektiewe deel in die masjien. Indien die pasiënt die dokter byvoorbeeld kom spreek oor abdominale pyn, word die fokus slegs op die abdomen geplaas, en dikwels word net hierdie gedeelte ondersoek. Die 15 minute-konsultasie bied dus slegs tyd vir 'n vinnige geskiedenis van die hoofklage. Die pasiënt verduidelik die aard en duur van pyn in vyf minute, daarna volg 'n vinnige fisieke ondersoek van die liggaamsgedeelte. Vervolgens word die probleem verduidelik en 'n voorskrif word geskryf. Die vraag kan egter gevra word of spoed as die maatstaf vir doeltreffendheid (kwaliteit gemeet in tyd) kan dien. Wat is die werklike etiese waarde van sorg?

In die benadering van 'n komplekse stelsel is 'n bepaalde langzaamheid nodig. Die rede hiervoor, argumenteer Cilliers, is die teenwoordigheid van geheue binne 'n selforganiserende stelsel. Die mens vorm 'n selforganiserende stelsel (Hoofstuk 5). Die selforganisasie van 'n komplekse stelsel het 'n vorm van geheue nodig (sien afdeling 4.3.3). Dit impliseer ook dat 'n komplekse stelsel altyd 'n geskiedenis het. Die geheue van die stelsel bevat inligting van die stelsel se omgewing wat gefiltreer en geïnterpreteer word as inligting wat belangrik is vir die stelsel se oorlewing (Sturmberg & Cilliers, 2009: 883). Geheue is onmoontlik sonder 'n vorm van selektiewe 'vergeet' (Sturmberg & Cilliers, 2009: 883). Nie alle inligting binne die omgewing word dus gestoor nie. Die inligting gaan deur 'n proses van integrasie. Die integrasieproses is gebaseer op inligting wat vasgelê is deur middel van die herhaling van ervarings wat belangrik geag word in die selforganisasie van 'n stelsel se oorlewing. Die inligting word in die geheue gestoor vir die oorlewing van die stelsel. Die stelsel weerspieël dus nie alles wat in sy omgewing gebeur nie, met ander woorde die stelsel vorm nie slegs 'n spieëlbeeld van sy omgewing nie. Volgens Cilliers is 'n mate van histerese nodig (Sturmberg & Cilliers, 2009: 883). Histerese kan verduidelik word as vertraagde effek. Hiermee sê hy dat die stelsel stadiger moet wees as sy omgewing vir geheue om te ontwikkel (Sturmberg & Cilliers, 2009: 883). Die stelsel het tyd nodig om te onderskei tussen inligting en 'geraas' (*noise*) vir die doel van sy oorlewing.

'n Stelsel kan nie op elke beweging of fluktuasie in sy omgewing reageer nie, hy moet kan onderskei watter inligting belangrik is vir sy oorlewing as 'n selforganiserende stelsel (Sturmberg

& Cilliers, 2009: 883). Die stelsel moet dus stabiel genoeg bly om die fluktuasies in sy omgewing te oorleef en moet aanpasbaar genoeg te wees om in sy omgewing te kan aanpas en verander (Sturmberg & Cilliers, 2009: 883). Die stelsel moet sekere veranderinge in sy omgewing kan weerstaan. Daarvoor is 'n bepaalde tydsamheid nodig. Tyd om te reflekteer en te interpreteer is noodsaaklik; dit wat in die verlede gebeur het, moet tyd gegun word om met die ervarings van die hede te integreer. Hoe vinniger die stelsel moet reageer, hoe oppervlakkiger is sy hulpbronne om te kan oorleef (Sturmberg & Cilliers, 2009: 883).

Hierdie gesondheidsmodel vorm alreeds 'n dinamiese wisselwerking tussen die biologiese, psigologiese, sosiale en biosemiotiese aspekte wat slegs in die konteks van die pasiënt se ervaringswêreld na vore kom (sien afdeling 6.4). Die belangrike aspek van die konteks in die konsultasie tussen geneesheer en pasiënt is die pasiënt se idees met betrekking tot gesondheid en wat die doel van die konsultasie behoort te wees. Dit kan egter dramaties verskillend wees van die geneesheer se idees (Sturmberg & Cilliers, 2009: 883). Deur die loop van die geneesheer-pasiënt-verhouding ontwikkel daar gedeelde herinneringe. Dié herinneringe word versterk deur 'n deurlopende geneesheer-pasiënt-verhouding wat met 'n verloop van tyd die konteks van die pasiënt in die geheel sal openbaar. 'n Bepaalde tydsamheid of genoegsame tyd is dus 'n belangrike aspek in 'n genesingsverhouding. Die kontinuïteit van 'n geneesheer-pasiënt-verhouding is belangrik vir die vorming van gedeelde herinneringe asook 'tacit knowledge' of intuitiewe kennis soos die pasiënt se denkwyse, uitdrukking van hom/haarself, liggaamshouding, kultuur (Sturmberg & Cilliers, 2009: 884). Dit help die geneesheer om te onderskei tussen geraas 'noise' en sinvolle inligting in die pasiënt se narratief. Dit veroorsaak 'n meer stabiele dokter-pasiënt-verhouding met wedersydse vertroue. Haastige konsultasies kan veroorsaak dat belangrike inligting gemis word en onnodige spesialis-ondersoeke aangevra word (Sturmberg & Cilliers, 2009: 884). Die verstaan van die pasiënt se ervaringswêreld het egter 'n bepaalde tydperk nodig vir die ontwikkeling van 'n meer stabiele geneesheer-pasiënt-verhouding asook die ontstaan van 'n vertrouensverhouding wat tot 'n genesingsverhouding kan lei. Die vraag kan verder gevra word: watter rol speel die narratief van die pasiënt in die proses van genesing?

- **Narratief van die pasiënt**

Die pasiënt dra sy subjektiewe ervaringswêreld oor as 'n narratief. Die narratief is gevul met die pasiënt se belewing van homself, sy leefwêreld, die verloop van sy siekte, betekenisgewing aan sy siekte, sy verlede, sosiale omstandighede en sy persoonlikheid. Die narratief van die pasiënt bring waardevolle inligting na die konsultasie en geneesheer-pasiënt-verhouding. Die inligting skep die

konteks waar die dinamiese interafhanklike faktore na vore kom in die bio-psigo-sosio-semiotiese gesondheidsmodel. Die pasiënt se storie bied 'n rykdom van inligting, maar ook 'geraas', oftewel irrelevant inligting vir die geneesheer. Die geneesheer kan slegs onderskei wat belangrik is en wat nie deur 'n bepaalde geduld en tydsaamheid aan die dag te lê in die kontinuïteit van 'n geneesheer-pasiënt-verhouding. Deur die kontinuïteit van versorging ontwikkel daar 'n vertrouensverhouding tussen geneesheer en pasiënt.

- **Die rol van sekerheid teenoor onsekerheid**

In die benadering van 'n komplekse stelsel is dit dikwels onmoontlik om met absolute sekerheid die uitkomst te voorspel as gevolg van die dinamiese nie-lineêre wisselwerking tussen veelvuldige faktore en ontluikende eienskappe wat ontwikkel (soos reeds bespreek in hoofstuk 4, 5). Binne die huidige denkraamwerk in geneeskunde word daar egter verwag dat daar met absolute sekerheid 'n diagnose of verklaring gemaak word. 'n Pasiënt verwag sekerheid en 'n geneesheer probeer met sekerheid 'n diagnose afbaken. Sekerheid word gedefinieër "*as either perfect knowledge or the mental state of being without doubt [which] reflects a deeply human desire*" (Sturmberg & Martin, 2013:4). Die soeke na sekerheid is 'n diep gewortelde menslike begeerte. Die onbereikbaarheid van die begeerte word alreeds deur Plato beskryf as "*I am wiser than the average man in that I know that I know nothing.*" (Sturmberg & Martin, 2013:4). Of soos Merleau-Ponty beskryf word as 'n filosoof wat weet dat hy nie weet nie. Merleau-Ponty is van mening dat dit nie moontlik is om die oorspronklike verweefdheid van mens in sy leefwêreld volledig met sekerheid en helderheid vas te vat nie (Sien afdeling 3.6).

Dennis Lindley (2006:xi) som die moeilike probleem van sekerheid teenoor onsekerheid op:

*"There are some things ... that you know to be true, and other that you know to be false; yet, despite this existence knowledge that you have, there remain many things whose truth or falsity is not known to you. We say that you are uncertain about them. You are uncertain, to varying degrees, about everything in the future; much of the past is hidden from you; and there is a lot of the present about which you do not have full information. Uncertainty is everywhere and you cannot escape from it."*

Die strewe na sekerheid is 'n menslike begeerte wat by beide die geneesheer en pasiënt heers. In die benadering van 'n mens as 'n komplekse stelsel is onsekerheid altyd 'n aspek om mee rekening

te hou. Kompleksiteitsdenke bied 'n lens om daaglikse onsekerheid te erken en met nederigheid te hanteer. Ek wil argumenteer dat 'n verruimde antropologie impliseer dat onsekerheid 'n menslike realiteit is. In plaas daarvan om onsekerheid te verbloem met 'n soeke na valse sekerheid en deur die mens in afsonderlike komponente op te deel en dus op reduksionistiese wyse oorhaastige diagnoses te maak, is dit wenslik om onsekerheid beter te verstaan en te hanteer.

- **Eksistensiële bestaanswyse van pasiënt (sien appendiks: gevallestudie 1)**

Die eksistensiële bestaanswyse van die pasiënt word dikwels as van minder belang geag binne die geneesheer-pasiënt-verhouding in die huidige model van geneeskunde. Die klem word dikwels geplaas op die behandeling van simptome, gefokus op patologie en tegnologiegebaseerde ondersoeke en uitslae. Al hierdie aspekte is belangrik, maar die fokus op die pasiënt se eksistensiële bestaanswyse word dikwels geïgnoreer. Is dit moontlik om die liggaam te bestudeer sonder inagneming van betekenisvolheid, veral as siekwees, gesondheid of sterwe as eg antropologiese verskynsels gesien word? Soos beskou vanuit Merleau-Ponty se antropologie word die liggaam gesien as 'n singewende eksistensie. Sin ontstaan alreeds op 'n voorbewuste vlak (sien afdeling 3.4). Merleau-Ponty kom tot die gevoltrekking, soos verwoord in Kwant: "*Het lichaam is een mogelijkheid tot zingevende activiteit en pas in dit zin-geven is het echt een lichaam. Wanneer zijn zingevende activiteit ophoudt, is het gestorven*" (Kwant, 1962:54). Hiermee dui Merleau-Ponty aan dat die liggaam of wese in sy wêreld nie verwyderd bestudeer kan word van die betekenisgewing van sy siekwees, gesondheid, genesing, lewensgehalte en sterwe nie. Binne die geneesheer-pasiënt-verhouding behoort al hierdie aspekte 'n integrerende deel te vorm. Illich se definisie van gesondheid dui die eksistensiële bestaanswyse van menswees aan, naamlik "[t]he ability to adapt to changing environments, to growing up and to ageing, to healing when damaged, to suffering and to the peaceful expectation of death" (Illich, 1976: 273).

In bogenoemde gedeelte van hierdie hoofstuk het ek na aanleiding van 'n verruimde antropologie aangedui hoe dit op 'n verruimde model van geneeskunde kan uitloop. Daarna het ek die implikasies van die verruimde model binne die geneesheer-pasiënt-verhouding uitgespel. Myns insiens is dit essensieel om ook aandag te gee aan die beskrywing van 'n geneesheer-pasiënt-verhouding as genesingsverhouding (sien appendiks: gevallestudie 3).

## 6.6 GENESINGSVERHOUDING

Genesing word dikwels gesien as iets ekstern tot die mens en sy unieke leef-in-die-wêreld, iets wat van buite af moet gebeur. Vanuit die meganistiese siening van die liggaam word die term beperk tot die tegniese herstel van 'n masjien. In 'n studie deur Scott et al (2008) is die aard van genesingsverhoudinge in primêre gesondheidsorg bestudeer deur onderhoude met geneeshere en pasiënte te voer oor hulle verstaan van wat genesing is. Die algemene verstaan van genesing was soos volg:

*“Healing meant being cured when possible, reducing suffering when cure was not possible, and finding meaning beyond the illness experience” (Scott et al, 2008: 320).*

Die definisie is in ooreenstemming met Egniew se definisie, naamlik “transcendence of suffering”,

*“We found the locus of healing neither in patient nor in healer but rather in the space created by connections of the two, what philosopher William Desmond terms ‘The Between’” (Scott et al, 2008: 320).*

In hierdie bepaalde studie is die komponente van 'n genesingsverhouding geïdentifiseer, naamlik:

- Die geneesheer se waardering vir die pasiënt, wat getoon word deur teenwoordig te wees en onbevooroordeeld en met volle aandag te luister na die pasiënt se weergawe van sy siekte-ervaring en lyding
- Om die pasiënt te bemagtig deur in 'n vennootskap met die pasiënt te tree asook om die pasiënt opvoeding of inligting te gee deur mediese terminologie te verduidelik
- 'n Blywende verbintenis of langtermyn-verhouding tussen die geneesheer en pasiënt
- Indien die geneesheer oor vaardighede beskik soos selfvertroue, indagtigheid (*mindfulness*), emosionele selfhantering en voldoende mediese kennis kan 'n suksesvolle verhouding met die pasiënt gestig word met positiewe gevolge, naamlik vertroue, hoop, asook ook 'n beleving van ‘geken word’ (*being known*) by die pasiënt

Genesing is dus nie geleë in die tegniese herstel van 'n meganiese entiteit nie. Genesing is geleë in die verhouding tussen die geneesheer en pasiënt, soos Sokrates se interaksie met sy gespreksgenote as 'n soortgelyke dokter-pasiënt-verhouding beskryf. Sokrates help sy gespreksgenote om hulle eie sielkundige, etiese en spirituele toestande eerstens self te diagnoseer. Hy fasiliteer hulle op verskeie vlakke in hulle natuurlike begeerte tot selfgenesing.

Ek wil argumenteer dat genesing op sigself deel uitmaak van die interafhanklike aspekte van menswees. Verskeie interaktiewe faktore soos byvoorbeeld sosiale omstandighede, sielkundige faktore, siekte-ervaring kan genesing beïnvloed. Die geneesheer-pasiënt-verhouding is 'n belangrike verbintenis waar die interaktiewe faktore geopenbaar word. Dit gebeur meestal indien daar tussen die geneesheer en pasiënt genoegsame vertroue ontwikkel het sodat die pasiënt veilig voel om sy ervaringswêreld met die geneesheer te deel, dit wil sê waar die interaksies tussen siekte, gesondheid en die patologie van die siekte-ervaring duideliker sal word. Genesing is dikwels dus geleë in die relasies eerder as in een geïsoleerde deeltjie.

Indien die geneesheer die liggaam beskou as masjien, met die hooffokus op die herstel van 'n geïsoleerde komponent sonder om die konteks en ervaringswêreld in ag te neem, kan dit lei tot 'n beperkte geneesheer-pasiënt-verhouding wat bloot tegnies van aard is en nie noodwendig 'n genesingsverhouding bewerkstellig nie. Hiermee wil ek 'n pleidooi lewer vir 'n verruimde antropologie in die lig van kompleksiteitdenke.

## **6.7 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk het ek gepoog om 'n nuwe perspektief op gesondheid en genesing voor te stel. Ek het ook 'n verruimde model van gesondheid vir die geneesheer-pasiënt-verhouding bespreek. In die slothoofstuk poog ek om die implikasies van my studie vir 'n verruimde antropologie en model van geneeskunde voor te hou en enkele aanbevelings in dié verband te maak.



## HOOFSTUK 7

### SAMEVATTENDE HOOFSTUK

#### 7.1 OORSIG OOR DIE STUDIE

My studie handel oor die herbesinning van die verskraalde mensbeeld binne die geneeskunde. Vir die doel van my studie het ek nie gefokus op die kliniese model van die mediese wetenskap nie, maar eerder op die dominante antropologiese denke wat tans in die geneeskunde heers. Ek het krities-filosofies besin oor die onkritiese aannames waarop die mensbeeld binne die geneeskunde berus, naamlik 'n dualistiese antropologie met 'n meganistiese siening van die menslike liggaam. Dié siening is 'n veralgemening van Descartes se dualistiese antropologie wat 'n nuwe tydsges ingelui het, naamlik die era van moderniteit (sien afdeling 2.3). Die mensbeeld tydens hierdie era word gekenmerk deur 'n definitiewe skeiding tussen die enersyds rasonale en andersyds meganiese liggaam. Die liggaam word beskou as 'n masjien wat onderverdeelbaar is in dele wat dikwels in isolasie bestudeer word. Die liggaam word ook verwyderd van sy leefwêreld bestudeer.

Hierdie aannames was so invloedryk dat dit tot vandag toe die gedagte-wêreld van die Westerse mediese wetenskap oorheers en in behandelingspraktyke neerslag vind. Die tegnologiese vooruitgang maak dit toenemend moontlik om op kleiner dele van die liggaam te fokus, soos reeds bespreek (sien hfst 1). In veral welvarende privaathospitale raak dit moontlik om pasiënte te definieer in terme van hulle bloedresultate, gerekenariseerde tomografiese skanderings (CT scan) en allerlei duur tegnologiese toetse. Hiermee kritiseer ek nie die sukses of vooruitgang wat tegnologiese ondersoekmetodes meegebring het nie, maar wel die wyse waarop dit die fokus van mediese praktisyns en die hele geneeskundige bedryf beïnvloed het. Klem word verskuif van die mens in sy menslikheid na die tegnologiese resultate. Geneeskunde beskou die menslike liggaam as 'n masjien met 'n fokus op geïsoleerde onderdele sonder die noodsaaklike geheelperspektief.

Die betekenisvolheid van menswees wat gesondheid, siekte, pyn, lyding en die dood insluit word vervang deur 'n tegnologiese uitkyk op die mens. Gesondheid word deur die WGO gedefinieer as 'n statiese utopiese toestand en siekte word gedefinieer as 'n fisiologiese of psigologiese versteuring of disfunksie. Die mens staan dus tussen 'n staat van die utopiese ideaal van gesondheid of dié van 'n versteuring of disfunksie. Hierdie mediese antropologiese siening is vervreem van die eksistensiële bestaanwyse van menswees. Wat is die invloed van so 'n verskraalde mensbeeld op die model van geneeskunde? My filosofiese ondersoek het getoon dat die verskraalde mensbeeld gelei het tot 'n verdere gefragmenteerde atomistiese beskouing van die

mens vanweë die suksesvolle vooruitgang van die tegnologie. Hierdie beskouing het dikwels die gevolg dat algemene praktisyns en spesialiste eerder fokus op afgebakende orgaansisteme asof die mens 'n masjien met vervangbare onderdele is. Die interaksies tussen verskeie organe word dikwels misgekyk, asook die wisselwerking tussen die mens, sy omgewing, psigologiese en sosiale verhoudings, laat staan nog die wyses waarop die mens betekenis gee aan die onderskeie aspekte in sy gesitueerdheid. Die visie van geneeskunde het so beperk geraak dat die verantwoordelikheid van dokterwees verplaas is van die mens as wese in sy wêreld na 'n gefragmenteerde orgaan of patologie. 'n Voorbeeld: indien 'n spesialis al die moontlike oorsake van 'n pasiënt se siekte op reduksionistiese wyse binne sy bepaalde spesialiteitsrigting uitgeskakel het, word die pasiënt maar net na die volgende spesialis verwys. Die fokus word geplaas op 'n afgebakende orgaan en nie op die wese in sy wêreld nie. Verskeie wisselwerkings wat noodwendig tussen die verskillende spesialiteitsrigtings bestaan, word dikwels misgekyk. Die dokter-pasiënt-wisselwerking loop die risiko om gereduseer te word tot 'n bloot tegnologiese wisselwerking wat koud en klinies is.

Die volgende vrae is gevra in die herbesinning oor die verskraalde mensbeeld in die geneeskunde: Kan die menslike liggaam in isolasie bestudeer word, vervreem van sy konteks bestaande uit sy geestelike, psigiese en ervaringswêreld? Kan die menslike liggaam bestudeer word verwyderd van sy eksistensiële bestaan van menswees? Wat beteken dit om mens te wees? Is menswees slegs gesetel in die rasonele kapasiteit gekoppel aan 'n meganiese liggaam? Of is menswees 'n geheel van liggaam, siel en gees gesetel in 'n bepaalde konteks in relasies met ander?

In my studie het ek Merleau-Ponty se wysgerige antropologie bestudeer om die dualistiese antropologie en meganistiese siening van die liggaam te problematiseer. Merleau-Ponty se antropologiese denke handel oor die problematiek met betrekking tot liggaamlikheid en staan lynreg teenoor dié van Descartes se dualistiese antropologie en meganistiese siening van die liggaam. Die 'ek-liggaam' of liggaam-subjek dui op die oorspronklike verweefdheid van die mens met sy leefwêreld. Die dialektiese verhouding by Merleau-Ponty van liggaam-subjek in sy leefwêreld transendeer myns insiens Descartes se dualistiese antropologie. Laasgenoemde dui op 'n skeiding tussen die gees en die meganiese liggaam as aparte entiteite. Daarteenoor kan Merleau-Ponty se wysgerige antropologie van die liggaam-subjek egter nie met klinkklare helderheid beskryf word nie. Hy is van mening dat dit nie moontlik is om die oorspronklike verweefdheid van die mens in en met sy leefwêreld volledig met sekerheid en helderheid vas te vat nie. Merleau-Ponty se wysgerige antropologie is in veelduidigheid gehul. Die liggaam-subjek is nie een van gees of een van materie nie, maar dit is die dubbelsinnige eenheid van beide (Kwant, 1962:40) (sien afdeling 3.3.4).

Die liggaam soos beskryf deur Merleau-Ponty is nie slegs 'n stoflike entiteit soos in die geval van Descartes nie. Merleau-Ponty gee nuwe betekenis aan die term liggaam. Die nuwe verstaan van liggaamlikheid is nie slegs 'n voorwerp tussen ander voorwerpe nie, maar eerder 'n entiteit met 'n subjektiewe karakter. Volgens Merleau-Ponty is die liggaam 'n dubbelsinnige eenheid van beide subjek en objek. Hy ken aan die liggaam 'n subjektiewe karakter toe wat as 'n deelnemende eenheid op sy leefwêreld gerig is. Die deelnemende eenheid vorm 'n eenheid van liggaam, siel en gees wat as 'n geheel in 'n bestaansverhouding met sy leefwêreld tree. Die nuwe verstaan van liggaamlikheid staan in skrilte kontras tot die meganistiese siening van die liggaam wat steeds oorheersend is in die tradisionele Westerse geneeskunde. Ek wil argumenteer dat hierdie meganistiese beskouing van liggaamlikheid problematies is omdat dit gelei het tot 'n verskraling van die mensbeeld in die algemeen en derhalwe tot 'n verskraalde model van geneeskunde. Merleau-Ponty bied vir ons 'n verruimde perspektief op liggaamlikheid, wat na my mening kan bydra tot 'n ruimer model van genesing.

Merleau-Ponty beskryf die liggaam nie as 'n geslote sisteem nie, maar 'n oop sisteem van oneindige handelinge en relasies. Die liggaam vorm 'n oop en onvoltooide dinamiese dialektiek met die leefwêreld, met ander woorde, die liggaam word beïnvloed deur sy relasie met sy leefwêreld en ander individue in sy leefwêreld. Die verhouding tussen die liggaam en sy leefwêreld is 'n dialektiese verhouding. Die liggaam is opgeneem in sy leefwêreld en terselfdertyd is sy leefwêreld opgeneem in die self as subjek. Die stelling dui ook op die dinamiese aard van die liggaam-subjek: die liggaam-subjek is in voortdurende wisselwerking met sy leefwêreld, wat dinamiese verandering tot gevolg het. Volgens die tradisionele siening van die geneeskunde word die liggaam dikwels in isolasie van sy leefwêreld gesien. Hierdie sienswyse is gegrond op aannames wat spruit uit die moderniteitsdenke, waar konteks as sodanig nie belangrik geag word nie (Toulmin, 1990:33). Die liggaam word vervolgens beskou as 'n geslote sisteem wat verwyderd staan van sy leefwêreld.

In die mediese wetenskap is die siening egter problematies, omdat siektes dikwels in noue verband staan met sosiale omstandighede en leefstylfaktore. Die antropologie tree in 'n sinsbestaan met sy leefwêreld. Singewing soos beskryf deur Merleau-Ponty vind alreeds op 'n voorbewustelike vlak plaas. Singewing kan dus nie buite rekening gelaat word as daar na 'n mens gekyk word nie. Gesondheid, siekte en genesing kan dus nie nou meer beskou word as die tegniese herstel van 'n masjien nie, maar as 'n interafhanklike wisselwerking van verskeie aspekte van menswees en die betekenis wat ons daaraan heg. Die Bio-psigo-sosio-semiotiese model van gesondheid bied 'n verruimde model vir die interafhanklike wisselwerking tussen die aspekte van menswees (sien

afdeling 6.4). Die subjektiewe ervaringswêreld van die pasiënt vorm die voorgrond van die konsultasie tussen geneesheer-pasiënt waar die wisselwerking tussen die verskeie aspekte van menswees geopenbaar word. Dit vorm die toegangsweg tot die pasiënt se werklikheid. Volgens Merleau-Ponty is die enigste toegang tot die liggaam deur die subjektiewe ervaringswêreld van die pasiënt wat deur sy liggaam leef. Dit verander die struktuur van die dokter-pasiënt-verhouding: waar tyd beperk is sodat daar net na 'n onderdeel gekyk word, moet daar meer tyd geskep word om na die wese te luister, op sin en betekenis te fokus, en met nederigheid en 'n meer pasiëntgerigte wyse te kyk na 'n pasiënt wat onsekerheid en twyfel ervaar.

Die geneesheer-pasiënt-verhouding is 'n belangrike verbintenis waar die interaktiewe faktore geopenbaar word. Genesing is geleë in die verhouding tussen die geneesheer en pasiënt. Dit kan egter slegs gebeur indien daar tussen dié twee genoegsame vertrouwe ontwikkel het en waar die pasiënt veilig voel om sy ervaringswêreld met die geneesheer te deel. Dus, waar die interaksies tussen siekte, gesondheid en die patologie van die siekte-ervaring duideliker sal word. Genesing is dus geleë in die relasies eerder as in een geïsoleerde deeltjie.

In my betoog het ek na aanleiding van kompleksiteitsdenke 'n nuwe antropologiese perspektief daargestel wat talle ooreenkomste toon met sieninge van Merleau-Ponty. Sy antropologiese denke is meer in ooreenstemming met die kompleksiteit van menswees. Die antropologiese denke beskou die mens as 'n unieke individu verbonde aan 'n konteks en leefwêreld, gekenmerk deur dinamiese, nie-lineêre wisselwerkings wat tot ontluikende eienskappe lei. Kompleksiteitsdenke bied dus 'n verruimde perspektief op die nuwe antropologie en mond uit in 'n verruimde model van die geneeskunde. Ek wil egter klem lê daarop dat kompleksiteitsdenke nie as die absolute verstaanswyse wat oplossings bied vir alle probleme in geneeskunde beskou moet word nie. Dit is belangrik om voortdurend in gedagte te hou dat ons nooit oor volledige kennis van komplekse stelsels kan beskik nie. Morin (2008:xxx1x) stel dit so: “*Complex thought leads us to a way of thinking and being in the world that recognizes the inescapable dimensions of uncertainty, and view it as an opportunity for creativity and the development of new perspectives, rather than primarily a source of anxiety*” (Morin, 2008: xxix).

Ons kan slegs kennis besit deur die denkraamwerk of model wat ons gebruik. Ons kies ons denkraamwerk afhangend van die bepaalde konteks wat ondersoek word. Die kennis van kompleksiteit waaroor ons beskik, is tydelik en moet voortdurend reëvalueer word.

## 7.2 IMPLIKASIES VIR DIE GENEESKUNDE

Die kompleksiteitsdenke bied 'n verruimde perspektief op die mensbeeld wat kan uitloop op 'n verruimde model van geneeskunde. Hiermee erken die geneesheer die verwickeldheid en verweefdheid van menswees in sy konteks. Dit is egter onmoontlik om 'n mens af te baken in aparte, geïsoleerde kompartemente. Kompleksiteitsdenke vereis 'n bepaalde ingesteldheid van die geneesheer om met nederigheid na 'n mens en sy siekteproblematiek te kyk. Wanneer die geneesheer deur die lens van kompleksiteitsdenke na sy pasiënte kyk, kan hy hulle nie met arrogante sekerheid diagnoseer en behandel nie. As gevolg van die ryke interaksie van veelvuldige faktore wat op menswees inspeel, asook die ontluikende eienskappe wat ontstaan, is elke mens uniek. Dit is dus vir die geneesheer nodig om pasiënte met 'n bepaalde nederigheid te benader.

In die kommunikasie met die pasiënt staan die geneesheer nie slegs objektief nie. In die wisselwerking met pasiënte word die geneesheer bewus van sy eie menslikheid en tekortkominge. Kompleksiteitsdenke vereis 'n bepaalde bewussyn van die interaksies tussen die verskillende orgaansisteme wat soms in spesialiteitsrigtings afgebaken word. Toereikende kommunikasievaardighede tussen spesialiste, algemene praktisyns, pasiënte en familieledede is uiters belangrik. Toepaslike inligting kan slegs bekom word deur egte kommunikasie tussen pasiënt en dokter. 'n Fenomenologies-hermeneutiese benadering deur middel van dialoog word vereis om die pasiënt se interpretasie van siekwees, siekte en vrese te verstaan (Widdershoven, 2002: 45). Sodoende kan die dokter die pasiënt lei tot selfkennis en selfsorg. Die implikasie van die perspektief is 'n fokus op die mens as primêre bron van inligting deur sy ervaringswêreld. Goeie luistervaardighede en kommunikasie word belangrik geag, asook kontinuïteit van die geneesheer-pasiënt-verhouding. Die hooffokus word vanaf 'n tegnologiese fokus as primêre benadering verplaas na 'n fokus op die mens binne sy konteks en die gepaardgaande interaksies waar die die aspekte van siekte, gesondheid en die betekenisgewing van die siekte-ervaring beter ondersoek word. Tegnologiese toetse en behandeling vorm dan deel van die sekondêre aspekte van die wisselwerking tussen geneesheer en pasiënt. Deur die lens van hierdie denkraamwerk erken die geneeskunde die eksistensiële bestaan van die mens, wat betekenisgewing van siekte, pyn, lyding, lewensgehalte en die dood insluit.

Die vraag kan gevra word: **Wat is die etiese verwantskappe met my studie?** Etiese beginsels gesien vanuit kompleksiteitsdenke impliseer dat die etiese beginsels nie slegs as universele beginsels klinies toegepas word nie, maar op konteks-sensitiewe wyse binne die wisselwerkingsraamwerk van komplekse denke geplaas word.

**Etiese implikasies binne die geneesheer-pasiënt-verhouding:** Vir die doel van my studie noem ek slegs die volgende aspekte kortliks: (Vir verdere toeligting, sien appendiks: gevallestudies 1, 2, 3)

- Die verlies aan geheelperspektief en die meganistiese uitkyk beïnvloed ook die benadering en herkenning van etiese probleme binne die huidige mediese model van geneeskunde. Die volgende moontlikhede kan opduik as gevolg van die uitkyk: Etiese probleme kan eerstens ontstaan indien daar slegs na aparte vasgestelde komponente gekyk word sonder om die geheel in ag te neem. Oordeelsfoute kan gemaak word en korrekte diagnoses kan gemis word. 'n Gebrek aan geheelperspektief en sensitiwiteit vir die relasies tussen die dele en die geheel kan op sigself tot etiese probleme lei. Indien daar op atomistiese wyse gekyk word, sonder om interaksies en konteks in ag te neem, kan die moontlikheid ontstaan dat etiese kwessies glad nie herken word nie of dat bydraende interaktiewe faktore nie noodwendig in ag geneem word nie. Etiese kwessies kan nooit vertolk word as eenduidige, vasgestelde, statiese komponente nie, maar is dikwels komplekse, verweefde situasies waar interaksies en konteks van uiterste belang is.
- Die opleiding van dokters fokus hoofsaaklik op suiwer natuurwetenskaplike en tegniese kennis omdat dit ooreenkomstig die meganistiese wêreldbeeld vir die mediese dokter belangrik gaan wees. Deur die lens van die moderniteitsdenke word klem gelê op universele beginsels en dikwels nie op die kontekssensitiewe ondersoek van praktiese gevallestudies nie.

Ek wil argumenteer dat etiese kwessies in die geneeskunde nie verwyderd staan van alledaagse praktyk nie. Etiese kwessies is dikwels kompleks en verwickeld van aard. Dit is verweef met die pasiënt se eksistensiële bestaanswyse binne sy leefwêreld.

Ten slotte kan die kompleksiteitsperspektief van waarde wees in die benadering tot verwickelde etiese kwessies. Dit is dikwels nie moontlik om op 'n gedistansieerde wyse beginsels toe te pas en te verklaar dat die een of ander beginsel – byvoorbeeld respek vir outonomie – onder alle omstandighede voorrang moet geniet nie. Dit is egter belangrik om etiese kwessies op 'n konteks-sensitiewe en kreatiewe wyse te benader deur gebruik te maak van 'n kombinasie of alternatiewe wyses na aanleiding van kompleksiteitsdenke. Die alternatiewe wyses kan byvoorbeeld 'n fenomenologiese of *insider/outsider*-perspektief insluit om die pasiënt se ervaringswêreld beter te verstaan in die toepassing van die etiese beginsels (Sien appendiks, gevallestudie 3: die

gevallestudie illustreer hoe 'n fenomenologiese, asook *insider/outsider*-perspektief as alternatiewe wyses van waarde kan wees in die benadering van komplekse etiese kwessies. )

### 7.3 GEVOLGTREKKINGS

Die gevolgtrekkings wat logies voortspruit uit die implikasies kan soos volg kortliks gelys word:

- Die tipe mensbeeld wat in die bewussyn van geneeshere leef asook in die sisteem van geneeskunde algemeen aanvaar word, sal bepalend wees vir die model van genesing in die praktyk.
- Ooreenkomstig die kompleksiteitsperspektief van genesing kan siekwees nie gesien word as 'n statiese toestand van afwesigheid van gesondheid nie, dit dui eerder op 'n wanbalans in 'n komplekse aantal interaksies in verskeie sferes van menswees (sien psigo-sosio-bio-semiotiese model). Daar kan ook nie gepraat word van enkelvoudige kousaal-meganiese oorsaak en gevolg nie, maar eerder van veelvuldige kousaliteit wat geleë is in talle dinamiese interaksies en selforganisering.
- Genesing volgens hierdie model is veel eerder 'n komplekse interdisiplinêre aangeleentheid wat deur konstruktiewe interaksies met verskillende dissiplines aangepak moet word.
- Genesing is ook geleë in die verrekening van verskillende sferes van die menslike bestaan en verg 'n geheelerspektief en aktiewe deelname van die pasiënt wat uniek sy liggaam is.
- Voldoende, tydsame en toereikende kommunikasie met pasiënte, familieledes, ander kollegas en spesialiste is noodsaaklik wanneer ernstige siektes ter sprake is.
- Mediese etiek gaan nie oor legalistiese tegnisiestiese reëls nie, maar oor omgee en sorg wat nie moontlik is sonder 'n vertrouensverhouding, genesingsverhouding, toereikende gesprekke en wedersydse aanspreeklikheid deur beide dokter en pasiënt nie.

### 7.4 AANBEVELINGS

- In mediese opleiding moet daar met 'n ander perspektief na die mens gekyk word, waar die mens nie net gereduseer word tot aparte dele nie, maar die sensitiwiteit daar is vir die relasies tussen dele en geheel. Opleiding in kompleksiteitsdenke deur byvoorbeeld praktiese gevallestudies te bestudeer met behulp van die lens van kompleksiteitsdenke word aanbeveel, waarin daar in plaas van 'n afgebakende fokus op 'n bepaalde orgaansisteem eerder 'n fokus is op die menslike wese in sy leefwêreld met al die

interaktiewe faktore wat 'n rol speel. Verdere opleiding in die psigo-neuro-immunologie en ander studievervelde waar interaksies en relasies bestudeer word, kan ook nuttig wees.

- Daar behoort in mediese opleidingskole 'n deurlopende filosofiese kursus aangebied te word in onder andere eksistensiële filosofie, waar studente besin oor die eksistensiële bestaan van die mens en ook gekonfronteer word met hulle eie menswees en tekortkominge en daaroor reflekteer.
- Mediese opleiding behoort meer klem te plaas op luistervaardighede sodat dokters aktief kan luister tydens onderhoudvoering om sodoende die ervaringswêreld van die pasiënt te verstaan en met sensitiwiteit te luister na die manier waarop pasiënte betekenis gee aan hul siekte-ervaring.
- Opleiding in etiese teorie en mediese etiek kan bydra tot 'n sensitiwiteit vir etiese kwessies wat verband hou met die alledaagse besluitnemingsprosesse in die konsultasie met pasiënte in praktyk. Deurlopende gespreksforums kan tot stand gebring word om moeilike praktiese gevallestudies met kollegas te bespreek.
- 'n Kursus in indagtigheid (*mindfulness*)<sup>3</sup> kan van waarde wees vir mediese studente en mediese praktisyns om te help om die daaglikse eise van die praktyk beter te hanteer, teenwoordig te wees vir pasiënte asook om empatie-uitputting of uitbrand-sindroom te voorkom. Kursusse in indagtigheid kan ook die pasiënte in praktyk help om angs, depressie, hoë bloeddruk en so meer te beheer.

## 7.5 AANBEVELINGS VIR VERDERE STUDIE

Enkele projekte kan voorgestel word vir verdere studie:

- Verdere studie kan onderneem word om die invloed van kompleksiteitsdenke op die kliniese model van genesing en veral die kliniese diagnostiese metodes onder die loep te neem.
- Om navorsingsprojekte te onderneem wat groter interdisiplinêre samewerking tussen geneeskunde en menswetenskappe bevorder.
- Verdere navorsing in byvoorbeeld die psigo-neuro-immunologie sal baie vrugbaar aangewend kan word om geneeskunde as wetenskap verder te verryk.

---

<sup>3</sup> Indagtigheid is die "volslae bewus wees van gedagtes en gewaarwordings, dit berus op 'suiwre aandag', en dit is die mees kritieke enkele element in meditasie" (Nairn, 1997:45) "Dit is 'n toestand wat volkome bewustheid en groot vaardigheid verg, want dit vereis dat mens sielkundig aanwesig en 'by' bly met wat ook al in en om jou gebeur sonder om enigiets hoegenaamd daarby te voeg of daarvan weg te neem" (Nairn, 1997: 45)



## 7.6 SLOTOPMERKING

In my filosofies-reflektiewe ondersoek het ek probeer aantoon dat die benadering van die tradisionele Westerse geneeskunde geneig is om die mens te vervreem van sy menslikheid. Die verskraalde mensbeeld in die geneeskunde word gekenmerk deur 'n objektivering en redusering van die mens tot afsonderlike dele en organe wat vervang kan word. Die atomistiese en reduksionistiese siening van die mens het gelei tot 'n verontmenslikte benadering en hantering van die mens. Die meganistiese of 'masjien'-mensbeeld word verder versterk deur die suksesse van die tegnologiese vooruitgang. Daarteenoor het filosowe soos Merleau-Ponty, Cilliers en Sturmberg bevestig dat die menslikheid van menswees nie geleë is in geïsoleerde aspekte van gees of liggaam of psige nie. Menslikheid ontstaan as gevolg van 'n tapisserie van relasies. Die interafhanklike aspekte van dit wat ons mens maak, ontstaan as gevolg van relasies tussen ons leefwêreld, ons familie, vriende, die wisselwerking tussen wat ons dink, voel, ervaar en glo, ons siekte-ervaring en gesondheid met 'n diepgewortelde voorbewustelike soeke na sin en betekenis. Die menslikheid van menswees dui op die kompleksiteit van menswees. Ten slotte haal ek die filosoof Martin Versfeld aan (2010:11): *“What comes first is not the theory of knowledge, but the problem of the being of man.”*

**BIBLIOGRAFIE**

- Bakker, R. 1975. *Merleau-Ponty: filosoof van het niet-weten weten*, Baarn, Wereldvenster
- Beauchamp, T.L. and Childress, J.F., 2009. *Principle of biomedical ethics* (6<sup>th</sup> edition), Oxford, Oxford University Press
- Bennett, J.M.; Gillie, B.L.; Lindgren, M.E.; Fagundes, C.P. and Kiecolt-Glaser, J.K. 2013. Inflammation through a psychoneuroimmunology lens in Sturmberg, J.P. and Martin, C. (eds), *Handbook of systems and complexity in health*, New York, Springer
- Bentzen, N. 1995. WONCA international glossary for general practice / family medicine, *Fam Pract* 12 (3): 341-69
- Blackburn, S. 2008. *Oxford dictionary of philosophy*, Oxford, Oxford University Press
- Buchman, T; Holland, J; McDaniel, R and Morgan, G. 2003. Applying complexity science to health and healthcare in *Publication 3 series, Centre for the Study of Healthcare Management, Carlson School of Management, Department of Health Care Management, University of Minnesota*: <http://www.carlsonschool.umn.edu/Assets/11261.pdf>
- Capra, F.1982. *The turning point: science, society and rising culture*, London, Flamingo
- Carman, T. 2008. *Merleau-Ponty*, London and New York, Routledge
- Cassell, E.J. 1982. The nature of suffering and the goals of medicine in *New England Journal of medicine*, 306 (11): 639-645
- Cilliers, P. 1998. *Complexity and postmodernism, understanding complex systems*, London and New York, Routledge
- Cilliers, P. 2001. Boundaries, hierarchies and networks in complex systems, *International Journal of Innovation Management*, 5 (2): 135-147
- Cilliers, P. 2006. On the importance of a certain slowness in *ECO* 8 (3): 105-112
- Cilliers, P. 2007. Knowledge, complexity and understanding in *Thinking complexity, complexity and philosophy* vol 1 edited by Cilliers, P, USA, ISCE publishing: 159-164
- Cilliers, P. 2008. Complexity theory as a general framework for sustainability science in Burns M and Weaver A (eds) *Exploring sustainability science: A South African perspective*, Stellenbosch: African Sun Media
- Cilliers, P. 2010. Difference, identity and complexity in *Philosophy Today* 54(1): 55-65
- Cilliers, P; De Villiers, T. and Roodt, V. 2002. The formation of the Self. Nietzsche and Complexity in *South African Journal of Philosophy* 21(1): 1-17
- De Roubaix, M & Cilliers, P. 2008. Complexity, Postmodernism and the bioethical dilemma, *Acta Academia*, 40 (2): 82-109

- De Villiers, T. 2002. Complexity and the self, Masters of Arts thesis, Stellenbosch: University of Stellenbosch
- De Villiers, T & Cilliers, P. 2004. Narrating the self: Freud, Dennett and complexity theory in *South African Journal of Philosophy* 23 (1): 34-54
- Descartes, R. 1967. *René Descartes se bepeinsinge oor die eerste filosofie waarin die bestaan van God en die ontsterflikheid van die siel bewys word*, vertaal deur D.M. Kriel, Pretoria, Kaapstad, Academica
- Descartes, R. 1968. *Discourse on method and the meditations*, translated by F.E. Sutcliffe, England, Penguin
- Doll, W.E. Jr & Trueit, D. 2010. Complexity and the health care professions in *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16, 841–848
- Ferguson, J.W.H. 2003. Complex systems and uncertainty as key elements for biological evolution in *Design, information and complexity in creation. Proceedings of the tenth seminar of the South-African Science and Religion Forum (SASRF) of the Research Institute for Theology and Religion* on 12 and 13 September 2002, edited by Du Toit, C.W., Pretoria, University of South Africa: 149-168
- Gershenson, C; Heylighen, F; Cilliers, P. 2007. Complexity and philosophy in *Complexity, science and society* edited by Bogg, J and Geyer, R, Oxford, Radcliff
- Gell-Mann, M. 1994. *The quark and the jaguar: adventures in the simple and the complex*. New York, WH Freeman.
- Hodgson, G.M. 2007. The concept of emergence in social science: its history and importance in *Thinking complexity, complexity and philosophy* vol 1 edited by Cilliers, P, USA, ISCE Publishing: 37-47
- Hofkirchner, W. 2004. A new way of thinking and a new world view: On the philosophy of self-organisation in *Cybernetics and human knowing, a journal of second-order cybernetics, autopoiesis and cyber-semiotics* 11 (1) 63-78
- Horn, J. 2008. Human research and complexity theory in Mark Mason (ed) *Complexity theory and philosophy of education*. West Sussex: Wiley Blackwell
- Hurst, A. 2010. Complexity and the idea of human development in *South African Journal of Philosophy* 29 (3): 233-252
- Illich, I. 1976. *Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health*, London, Marion Boyars
- Kriel, J.R. 2000. *Matter, mind and medicine: Transforming the clinical method*, Value Inquiry Book series Vol 93. Amsterdam, Atlanta, Rodopi

- Kriel, J.R. 2002. Patients, pills, positivism: Transforming positivistic science in *Brain, mind and soul, unifying the human self. Proceedings of the ninth seminar of the South African Science and Religion Forum (SASRF) of the Research Institute for Theology and Religion* on 26 and 27 July 2001, edited by Du Toit, CW, Pretoria, University of South Africa: 99-134
- Kwant, R.C. 1962. *De fenomenologie van Merleau-Ponty*, Utrecht, Aula-boeken
- Kwant, R.C. 1968. *De Wijsbegeerte van Merleau-Ponty*, Utrecht: Aula Boeken
- Langer, M. 1989. Merleau-Ponty's phenomenology of perception, London, MacMillan Press
- Lindley, D.V. 2006. *Understanding uncertainty*, Hoboken, New Jersey: Wiley
- Merleau-Ponty, M. 1962. *Phenomenology of perception*, translated by Colin Smith, London, Routledge
- Merleau-Ponty, M. 1964. *Sense and non-sense*, USA, Northwestern University Press
- Merry, U. 1995. *Coping with uncertainty: insights from the new sciences of chaos, self-organization and complexity*, Westport, USA, Praeger
- Moodley, K. 2011 *Medical Ethics, Law and Human Rights, A south African Perspective* ( 1<sup>st</sup> ed) Pretoria: Van Schaik
- Morin, E. 2007. Restricted complexity, general complexity in Gershenson, C; Aerts, DD and Edmonds, B ( Eds) *Worldviews, science and us: Philosophy and complexity*, Singapore, World Scientific, 5-29
- Morin, E. 2008. *On complexity*, Cresskill, New Jersey, Hampton Press
- Nairn, R.1997. 'n Stil gemoed, 'n Inleiding tot die Boeddhisme en Meditasie vertaal deur Karel Schoeman, Kalkbaai, Kairon Press
- Paphitis, S.A. 2010. Questions of the Self in the Personal Autonomy Debate: Some Critical Remarks on Frankfurt and Watson in *South African Journal of Philosophy* 29 (2) :117-131
- Pauli, H.G.; White, K.L. and McWhinney, I.R. 2000a. *Medical education, research and scientific thinking in the 21<sup>st</sup> century* (part one of three) Educ Health (Abingdon) 13 (1): 15-25
- Pauli, H.G.; White, K.L. & McWhinney,I.R. 2000b. *Medical education, research and scientific thinking in the 21<sup>st</sup> century* (part two of three) Educ Health (Abingdon) 13 (2): 165-72
- Plato, 1892. *The Dialogues of Plato translated into English with Analyses and Introductions by B. Jowett, M.A. in Five Volumes*. 3rd edition revised and corrected. Oxford University Press: Chapter: *The Republic*. Accessed from <http://oll.libertyfund.org/title/767/93795>
- Priest, S. 1998. *Merleau-Ponty*, London, New York, Routledge
- Rachels, J. 2010. *The Elements of Moral Philosophy* (6<sup>th</sup> ed). New York: McGraw-Hill.

- Rang, H.P.; Dale, M.M.; Ritter, J.M. 1999. *Pharmacology*, Edinburgh, Churchill Livingstone
- Richardson, K.A.; Cilliers, P and Lissack, M. 2007. Complexity science: A 'gray' science for the stuff in between in *Thinking complexity: complexity and philosophy* vol 1 edited by Cilliers, P, USA, ISCE Publishing: 25-35
- Rosenberg, C.E. 2002. The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience in *Milbank Q* 80(2): 237-60
- Rossouw, H.W. 1984. Persepsie by Merleau-Ponty, Ongepubliseerde klasnotas, Departement Filosofie, Universiteit van Stellenbosch: pp 1-4,
- Rush, P. 2010. Where meaning is in *South African Journal of Philosophy* 29 (4): 391-401
- Russell, B. 2010. *History of Western philosophy*, London and New York, Routledge
- Scott, J.G.; Cohen, D.; DiCicco-Bloom, B; Miller, W.L.; Stange, K.C. and Crabtree B.F. 2008. Understanding healing relationships in primary care in *Annals of Family Medicine* 6 (4) 315-322
- Smith, J.B. 1978. Die pedagogiese relevansie van aspekte van die filosofie van Maurice Merleau-Ponty, Magisterverhandeling in die Opvoedkunde, Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch
- Stengers, I. 2007. The challenge of complexity: Unfolding the ethics of science in memoriam Ilya Prigogine in *Thinking complexity, complexity and philosophy* vol 1 edited by Cilliers, P, USA, ISCE Publishing: 87-98
- Sturmberg, J.P. 2009. The personal nature of health in *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (15) 766-769
- Sturmberg, J.P. 2013. Health: A personal complex- adaptive state in Sturmberg, J.P.; Martin, C. (eds), *Handbook of systems and complexity in health*, New York, Springer
- Sturmberg, J.P. and Cilliers, P. 2009 Time and the consultation: an argument for a 'certain slowness' in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, (15) 881-885
- Sturmberg, J.P.; Martin, C.M. and Moes, M.M. 2010. Health at the centre of health systems reform: how philosophy inform policy in *Perspectives in Biology and Medicine*, 53 (3) pp 341-356
- Sturmberg, J.P. and Martin, C. 2013. Complexity in health: an introduction in Sturmberg, J.P.; Martin, C (eds), *Handbook of systems and complexity in health*, New York, Springer
- Toulmin, S.E. 1990. *Cosmopolis: the hidden agenda of modernity*, New York, The Free Press
- Van Bogaert, L.J. 2004. Sentience in moral standing in *South African Journal of Philosophy* 23 (3): 292-301
- Van Niekerk, A.A. 1986. *Maurice Merleau-Ponty* (Ongepubliseerde klasnotas), Departement Filosofie, Universiteit Stellenbosch: pp 1-38

- Van Niekerk, A.A. 1984. *René Descartes* (Ongepubliseerde klasnotas), Departement Filosofie, Universiteit Stellenbosch: pp 34-42
- Van Peursen, C.A. 1970. *Lichaam-ziel-geest*, Utrecht, Bijleveld
- Versfeld, M. 2010. *Our Selves*, Pretoria, Protea
- Von Uexküll, T. & Pauli, H.G. 1986. The mind-body problem in medicine in *Advances* 3 (4): 158-74
- Waldrop, M.M. 1992. *Complexity, the emerging science at the edge of order and chaos*, London, Penguin Books
- Walmsley, G. 2002. Methodology, modalities of consciousness and the 'mind-body' problem in *Brain, Mind and Soul, unifying the human self. Proceedings of the ninth seminar of the South African Science and Religion Forum (SASRF) of the Research Institute for Theology and Religion* on 26 and 27 July 2001, edited by Du Toit, CW, Pretoria, University of South Africa : 225-267
- Widdershoven, G.A. M. 2002. Alternatives to Principlism : Phenomenology, Deconstruction, Hermeneutics in *Health care , Ethics and Human Values, An introductory text with readings and case studies* edited by Fulford, K.W.M.; Dickenson, D.L.; Murray, T.H. , London, Wiley- Blackwell: 41-48
- World Health Organization (WHO) (1978) *Declaration of Alma-Ata*. International conference of primary health care, USSR, September 6-12, 1978 Geneva: WHO

## APPENDIKS : GEVALLESTUDIES

### GEVALLESTUDIE 1

Mev C, 'n 79 jarige dame word gediagnoseer met 'n mammakarsinoom (borskanker) April 2009. 'n Aanvanklike bloukol op haar linkerbors is afgemaak as 'n kneusplek volgens die familieledede insluitend haar kleindogter, dokter S, Die ontkenning het waarskynlik gespruit uit vrees vir die moontlikheid van kanker.

Nietemin is 'n mammogram en borssonar gedoen wat 'n mammakarsinoom uitgeskakel het. Die bloukol het vergroot en verander in 'n abses. Mev C word opgeneem in die hospitaal vir intraveneuse antibiotika.

Met die vertraging van genesing is 'n besluit geneem op 'n biopsie om 'n moontlike kwaadaardige gewas uit te skakel. Die biopsie bevestig toe wel 'n aggressiewe mammakarsinoom. Verdere toetse wys dat die kanker nog nie verder versprei het na ander weefsel nie.

Die onkoloog neem die besluit om die sterkste moontlike chemoterapie toe te dien, om die karsinoom so gou moontlik te verklein vir moontlike chirurgie en mastektomie in die toekoms. Mev C se brose liggaam wat sopas 'n rugoperasie ondergaan het, word nie in aanmerking geneem in terme van die toepaslike sterkte van chemoterapie nie. Die chemoterapie se nuwe- effekte veroorsaak erge braking, diarree, maagkrampe en gevolglike ontwatering. Dokter S se hulp word ingeroep deur die familie in terme van dringende besluite wat geneem moet word in die verdere toediening van chemoterapie.

Mev C se gesondheid verswak aansienlik alhoewel haar borskanker as sodanig genees. Voedsel word nie meer ingeneem nie. Konstante diarree, mondseer, maagkrampe, swelling van haar ledemate en aanhoudende pyn en lyding wat volg.

Mev C word oorgeplaas na die onkologie saal in die hospitaal. Sy ontvang aarvoeding, antibiotika en daaglikse fisioterapie om haar mobiliteit te verbeter. Sy begin voedsel inneem en die gewas verklein en reageer goed op die chemoterapie.

Die onkoloog begin die volgende siklus chemoterapie beplan. Belangrike besluite moet geneem word in terme van mev C se verdere behandeling en algemene gesondheid.

Interaktiewe faktore soos haar ouderdom, huidige fisiese en psigiese welstand, kwaliteit van lewe, die verspreiding van die kanker en moontlike verlenging van haar lewe moet in ag geneem word met die besluit vir die volgende siklus chemoterapie.

Die onkoloog se belang is slegs by die kanker, dus moet 'n outonome besluit geneem word deur mev C aangaande haar verdere behandeling. Mev C konsulteer haar familie, insluitend dokter S oor die belangrike besluit. 'n Lewende testament (' Living Will') word opgetrek met behulp van 'n prokureur.

Alhoewel die lewende testament nie as wetlik geldig beskou word in Suid Afrika nie, beveel hy aan dat dit wel inageneem sou word onder die regte omstandighede in die hospitaal.

Dr S besoek mev C daaglik en help met die versorging in die hospitaal. Mev C begin vrede maak met die onvermydelike dood en begin familieledede groet.

Tydens 'n besoek op Sondag 31 Mei 2009 verlaat dr S die kamer vlugtig en met die terugkeer na die kamer vind sy mev C dood in haar bed. Die ander pasiënte hardloop vervaart rond en hospitaalklokkies loei. Daar is op daardie oomblik geen dokters of susters in sig naby haar nie. Dr S, haar kleindogter moet 'n besluit neem. Die lewende testament is geteken wat duidelik aantoon dat sy nie kunsmatig aan die lewe gehou wil word, indien daar geen redelike vooruitsig vir haar herstel van fisiese siekte is nie. Hoe nou gemaak? Skakel dr S die familie en laat weet mev C het gesterf? Aan die anderkant, dink sy by haarself dat mev C se kondisie op die oog af verbeter het. Dalk het sy nog 'n kans op herstel? Dr S is mev C se kleindogter en sy wil die beste vir haar ouma hê, maar wat sal dit wees? Omdat dr S lief is vir mev C (haar ouma) wil sy nie aanvaar dat haar ouma so skielik en onverwags tot sterwe gekom het nie. Verskeie opsies word oorweeg. Moet resussitering toegepas word, wat wel meer pyn en lyding vir mev C kan veroorsaak en dus? Moet haar lewe verleng word wat dan meer pyn in die vooruitsig stel?

Dr S besluit om die kreet vir resussitering te roep. In die onkologie saal in die hospitaal word resussitering nie alledaags beoefen nie. Dus staan die personeel verward rond met die opdrag en roep 'n dokter vanuit die ongevalle. Binne oomblikke is een dokter en een suster op die toneel uit die ongevalle. Dr S wil die kamer verlaat om nie verder betrokke te raak as familielid nie. Die tekort aan hande vir die resussiteringsproses dwing dr S om aktief deel te neem daaraan. Dr S gaan voort met borskaskompressies, terwyl die ongevalle suster met 'n suurstofmasker suurstof in mev C se longe forseer en die ongevalle dokter adrenalien kry en elektriese skokke toedien op mev C se



hart. Na byna 30 minute toon mev C weer 'n voelbare pols en sy word met monitors en buise oorgeplaas na die Intensiewe Sorg Eenheid van die hospitaal.

Mev C se lewe is vir 'n wyle gered, maar is dit wat sy wou hê? Sy steun en kreun in 'n staat van bewusteloosheid in die ICU.

Haar kaliumvlakke het gedaal en het veroorsaak dat haar hart onreëlmatig begin klop en gaan staan het.

Die Maandagoggend 1 Junie 2009 het dieselfde gebeur ten spyte van die aanvulling van intraveneuse kalium.

Mev C word weer met elektriese skokke geskok terug na 'n reëlmatige hartspoed. Die vraag word aan die familie gestel of die wetenskap moet voortgaan met verdere ondersoeke en behandeling en of hulle alle behandeling moet onttrek en mev C gemaklik kan maak. Die familie, insluitend dr S neem die besluit vir laasgenoemde opsie met inagneming van die getekende lewende testament. Mev C word oorgeplaas vanuit die Intensiewe sorg eenheid na 'n privaatkamer in die Onkologie saal, en gemaklik gemaak met die opsie van pynverligting indien nodig.

Daardie selfde Maandagaand herwin mev C haar bewussyn ten volle met slegs aangetaste spraak as gevolg van waarskynlike suurstoftekort tydens die resussiteringsproses. Dinsdagoggend 2 Junie is daar 'n positiewe verbetering en is dit moontlik vir al haar geliefdes om haar te kom besoek. Met die onkoloog se rondte word selfs moontlike verdere chemoterapie beplan, alhoewel mev C en die familie daarteen besluit het. Teen Dinsdagaand 2 Junie ervaar Mev C erge pyn soveel so dat gewone pynstillers nie haar pyn kon stil nie. Woensdagoggend bespreek die Onkologie se welsynswerker die opsie van 'n Morfien en Dormicum infusie wat as pynverligting sal dien asook om stelselmatig haar bloeddruk en asemhaling te onderdruk om die onvermydelike dood te versnel soos verlang in die Lewende testament.

Mev C sterwe rustig en pynvry Donderdagmiddag 4 Junie 2009

Sentrale morele dilemma: Moes dr S, die kleindogter van mev C die besluit geneem het, om mev C te resussiteer met die inagneming van die getekende lewende testament ?

(Vir die doel van die studie fokus ek op die verlies aan die geheelerspektief as etiese probleem en nie rondom die kwessie van die lewende testament nie)

- Kon die tekort aan geheelerspektief deur die onkoloog -wat 'n tipiese westerse wetenskaplike benadering tot mev C se behandeling gevolg het, -bygedra het tot haar lyding?
- Sou beter kommunikasie tussen dokter, pasient, verpleegpersoneel en familie nie die besluit en dilemma kon vergemaklik het nie?
- Sou 'n meer aktiewe sowel interaktiewe benadering tussen familie, pasient en dokter 'n verskil kon maak tot die sentrale morele dilemma?
- Op watter tydstip kan die besluit geneem word, dat daar geen vooruitsig tot herstel is nie?
- Sou 'n daaglikse monitering van mev C se kondisie aan die familie gekommunikeer kon word, om hulle sodoende te help om 'n ingeligte besluit te maak? Sou dit 'n verskil aan die situasie kon maak

Die tekort aan 'n geheelerspektief en eenduidige siening van die onkoloog sien ek as 'n morele probleem. Hy het slegs op die gelokaliseerde kanker gefokus met betrekking tot die besluitneming van wat die sterkte en graad van chemoterapie behoort te wees. Hy het nie met 'n geheelerspektief na al die moontlike interaktiewe faktore soos ouderdom en algemene welstand van mev C se brose liggaam wat sopas 'n intensiewe rugoperasie ondergaan het gekyk nie.

- Die vraag bly: indien daar met 'n geheelerspektief na mev C se algemene welstand gekyk is en 'n moontlike aanpassing tot die sterkte van die behandeling gemaak is, sou die uitkoms dalk verander het?

In die volgende gedeelte gaan ek die beginsel van goedgesingheid/ welwillendheid ('beneficence'), niekwaadwilligheid ('non-maleficence') en die opweeg tussen die twee beginsels bespreek om op die bogenoemde vraag uit te brei:

### **Goedgesingheid/ welwillendheid ('Beneficence')**

Die konsep goedgesingheid ('beneficence') kan gedefinieer word as 'n aksie wat die goeie voorrang gee. Die aksie voorsien voordeel en bevorder die goeie, voorkom, verwyder of verminder skade. (Beauchamp & Childress, 2009:197)

Die beginsel van goedgesingheid behels meer as bloot die nalate om skade te verrig. Dit vereis 'n positiewe stap om ander te help deur middel van 'n aksie.

Volgens Beauchamp & Childress (2009: 197) bestaan daar twee beginsels van goedgesingheid naamlik positiewe goedgesingheid, wat vereis dat voordele aan ander voorsien word en nuttigheid ('utility') wat vereis dat 'n fyn balans moet heers tussen voordele, risiko en uitkoms.

Ek wil argumenteer dat die beginsel van goedgesingheid beïnvloed word deur die bepaalde perspektief op 'n situasie. In die argument wil ek die verskeie interaktiewe faktore wat so 'n perspektief kan beïnvloed in die beginsel van goedgesingheid aandui.

Die onkoloog benader die geval van mev C vanuit die perspektief van die westerse wetenskap. Die kompartementalisering en redusering asook 'n meer meganistiese uitkyk van die komplekse liggaam beïnvloed die onkoloog se geheelperspektief op mev C se totale welstand. Sy spesialis perspektief en westerse skoling veroorsaak dat hy gefokus is op die kanker (mammakarsinoom) eerder as op die holistiese menslike wese. Die perspektief beïnvloed dus sy oordeel van die beginsel van goedgesingheid. Wat goed sal wees om die kanker se groei te stuit is nie noodwendig die beste vir mev C in haar totaliteit nie. Sy tekort aan 'n geheelperspektief tesame met die aggresiwiteit van die bepaalde karsinoom beïnvloed sy besluit op die graad van chemoterapie. Sy intensie om goed te doen (goedgesingheid) was om mev C te help met 'n beperkte visie van die geheel. Die sterkste graad van chemoterapie was heelmoontlik te drasties vir mev C se alreeds afgetakelde liggaam.

Die onvoorspelbaarheid van die menslike liggaam maak dit onmoontlik om met sekerheid te argumenteer of die uitkoms sou verskil het, indien die onkoloog met 'n geheelperspektief na die situasie gekyk het, sowel as om die komplekse interaksies van die verskeie faktore inag te neem.

Ek is wel van mening dat die redusering en kompartementalisering van die westerse mediese wetenskap 'n bydraende faktor was tot die morele dilemma. Die eenduidige perspektief en kliniese distansie van die onkoloog, het sy perspektief en oordeel beïnvloed om 'n gesamentelike besluit te kan neem met interaktiewe kommunikasie tussen personeel, familie en pasiënt. Deur gesamentlike interaktiewe kommunikasie sou dit moontlik wees, om vanuit verskillende perspektiewe na die situasie te kyk en te bepaal wat die beste aksie sal wees om mev C in haar totale menswees te kan help.

In die geval van dr S speel daar verkeie, teenstrydige faktore 'n rol tot haar uitkyk van wat die beste aksie sal wees vir mev C. Dr S is ook geskool vanuit die westerse wetenskap as 'n algemene praktisyn. Haar perspektief word egter beïnvloed deur die feit dat sy mev C se kleindogter is. 'n Suiwer objektiewe, rasonale perspektief op die situasie is dus onmoontlik.

Die konflik tussen die mediese tegnologiese uitkyk, mev C se outonome wil, die familie se emosies en dr S se emosies beïnvloed haar perspektief en motivering in die besluitneming van die sentrale morele dilemma.

Die eenduidige kliniese wetenskaplike perspektief beïnvloed dr S se uitkyk op mev C se siekte toestand. Die meganistiese en kliniese wetenskaplike moontlikheid op verbetering of herstel deur middel van indringende tegnologie en medikasie verwyderd van haar geheel as mens, speel 'n rol in die hoop op oorlewing deur dr S. Dit beïnvloed haar siening op die aksie van wat die beste vir mev C sal wees in die situasie.

Die verantwoordelikheid as enigste mediese dokter in die familie, die familie se emosies asook dokter S se eie emosionele behoeftes om haar ouma se lewe te verleng, beïnvloed haar perspektief op 'n aksie wat die goeie voorrang sal gee.

### **NIEKWAADWILLIGHEID ('NON-MALEFICENCE')**

Die konsep niekwaadwilligheid ('non maleficence') kan gedefinieer word as die nalate van 'n aksie wat moontlike skade kan verrig. (Beauchamp & Childress, 2009: 151)

In die gevallestudie kan die vraag gevra word of nalate van resussitasie moontlike skade kon verhoed het. Indien die onkoloog as hoof geneesheer op 'n nie resussitering beginsel besluit het, sou dit moontlik die beginsel van niekwaadwilligheid (non-maleficence) meegebring het? Dieselfde vraag kan gevra word op toepassing van dr S, indien sy tot die besluit gekom het om nie te resussiteer nie, sou dit tot niekwaadwilligheid gelei het?

Daar heers dus 'n fyn balans tussen goedgesingheid (om 'n bepaalde aksie te verrig vir 'n goeie uitkoms) en niekwaadwilligheid ('n nalate van 'n aksie om skade te verhoed). Die balans moet voortdurend inaggeneem en gehandhaaf word in so 'n ingewikkelde morele dilemma. Om die balans te handhaaf is dikwels kompleks.

In die genesingsmodel van die mediese wetenskap word die fokus dikwels geplaas op 'n aksie wat 'n goeie uitkoms bevorder, byvoorbeeld deur 'n prosedure te verrig of die gee van medikasie om sodoende die beste uitkoms van 'n bepaalde siekte of toestand te verkry. Die paternalistiese model van die geneeskunde bevorder die beginsel van goedgesingheid.

Die nalate van 'n aksie om skade te verhoed in 'n situasie of siekte word moeiliker toegepas en kan tot 'n dilemma lei, deur byvoorbeeld 'n besluit te neem op 'n nie resussitasie protokol op 'n bepaalde pasiënt. Selfs die toediening van chemoterapie word eerder bevorder om die pasiënt steeds 'n kans te bied op oorlewing, al is die kans hoe gering. Sodoende kan meer skade verrig word in sommige gevalle met die goeie intensie van 'n mediese praktisyn om die goeie te bevorder. In ander gevalle kan meer skade berokken word deur informasie te weerhou van 'n pasiënt, dus deur die nalate van 'n aksie. Dit bly dus 'n fyn balans van 'n geneesheer om 'n besluit te neem, wanneer dit geskik is vir die nalate van 'n aksie om skade of pyn te voorkom eerder as te veroorsaak. 'n Geheelperspektief word dikwels benodig om 'n goeie opsomming te maak van 'n situasie en sodoende voordele, nadele en die persoon betrokke se outonome wil in ag te neem.

Die tekort aan geheelperspektief beïnvloed die wyse hoe die beginsel van byvoorbeeld goedgesingheid ('beneficence') en niekwaadwilligheid ('non maleficence') geïnterpreteer word.

Etiese probleme kan ontstaan as gevolg van 'n verlies aan die geheelperspektief en inagneming van interaktiewe dinamiese faktore.

Die gevallestudie toon aan hoe kompleks daaglikse kwessies in die mediese wêreld kan wees. 'n Mediese praktisyn moet die outonome wil van 'n pasiënt in ag neem, die beste uitkoms vir die pasiënt verseker deur behandeling te gee of te weerhou met die beskikbare fasiliteite. Daar word vereis om dikwels moeilike besluite te neem tussen die pasiënt se outonome wil en die mediese praktisyn sin of in die geval van wat is tot die beste vir mev C, goedgesingheid of niekwaadwilligheid. Wanneer is wat die mediese praktisyn dink die beste is, eintlik wat meer skade kan berokken? Dit is dus nie so eenvoudig om die vier beginsels as gedistansieerde reëls toe te pas nie. Eksistensiële kwessies oor lewe, dood, kwaliteit van lewe, pyn en lyding en die sin en betekenis van die persoon se siekbed behoort in ag geneem te word. In die geval van die dokter pasiënt verhouding tussen mev C en die onkoloog, het die onkoloog gefokus op die kankergewas vewyderd van mev C as geheel. Belangrike kommunikasie het ontbreek. Daar is weggeskram van kwessies rondom die dood en kwaliteit van lewe. Dit is moeilik om met sekerheid tot 'n konklusie te kom, dat indien daar met geheelperspektief na die bepaalde situasie gekyk word, die dood kon

voorkom het. Ek wil wel argumenteer dat 'n komplekse alledaagse situasie in die mediese wêreld 'n meer verruimde perspektief vereis, wat die dinamiese interaksies, eksistensiële en etiese kwessies van menswees in ag neem teenoor 'n meganistiese uitkyk wat gedistansieerd staan van die mens.

**GEVALLESTUDIE 2**

Mejuffrou I, is 26 jarige mediese dokter besig met haar internskap. Sy gaan spreek dokter F 'n psigiater (mediese dokter gespesialiseerd in psigiatriese patologie). Me I ervaar kort van asem wat sy as angs interpreteer. Sy het nog nooit vantervore die simptome ervaar nie. Sy het een dag gelede teruggekeer van 'n vakansie in Zanzibar saam met haar familie.

Mejuffrou I is 'n gesonde vrou met geen voorafgaande mediese siektes of simptome van angs en depressie nie. Sy moes *Larium*, 'n anti malaria tablet neem vir die voorkoming van malaria vir die vakansie in Zanzibar. Die medikasie is wel bekend met nuwe effekte van angstigtheid en gemoedswisselinge. Voor haar vakansie het sy in 'n staats hospitaal gewerk, waar sy aan *Tuberkulose* en allerlei ander siektes blootgestel is.

Dokter F diagnoseer me I met 'n major depressiewe episode gepaardgaande met angs sonder om 'n fisiese ondersoek te doen. Hy skryf 'n antidepressant sowel as 'n kalmeerpil voor vir die kort van asem. Die volgende oggend kontak me I dr F met die klagte dat haar simptome vererger het en versoek dat sy hom weer kan kom spreek. Hy het tans geen opening beskikbaar nie en beveel haar aan om 'n ekstra kalmeerpil te neem. Sy besluit om 'n sielkundige te gaan spreek, by die sielkundige se kantoor kollabeer sy. Haar ma word gekontak en kom haal me I. Sy word huis toe geneem. 'n Besluit word geneem om me I na die hospitaal toe te neem. By die hospitaal word x-strale geneem en 'n bevinding word gemaak dat me I 'n erge longinfeksie het tesame met 'n bloedklont in haar long. Sy word opgeneem in die Intensiewe Sorg Eenheid waar sy suurstof ontvang. Op die suurstof verbeter me I se kort van asem en angstigtheid dramaties. Met die gebruik van *Orale Kontraseptiewe Middel* tesame met 'n maandelike genetiese geneigdheid tot bloedklonte het dit haar kans verhoog tot pulmonale embolieë of bloedklonte in haar longe.

'n Besluit word geneem om me I te sedeer en op 'n ventilator te plaas om meer suurstof te verskaf. In die proses van intubasie sterf me I as gevolg van 'n bloedklont deur haar longe.

Die internis by die hospitaal se aanmerking aan me I se moeder was as sy net vroeër hospitaal toe gekom het.

Die bepaalde gevallestudie toon die veelvuldige sameloop van faktore aan, wat die maak van 'n diagnose moeilik kan maak. Dit is dus nie altyd so eenvoudig om een bepaalde oorsaak terug te herlei van 'n gevolg nie. Die faktore was in interaksie met mekaar, byvoorbeeld die kontraseptiewe

pil, die genetiese geneigdheid tot bloedklonte, die dehidrasie en duik in Zanzibar en longinfeksie wat haar kanse kon verhoog het tot bloedverdikking. Die tekort aan suurstof en gebruik van *Larium* wat haar angstig gemaak het wat tot 'n verkeerde diagnose gelei het. Moontlik verdere medikasie interaksies tussen die *Larium*, antidepressante en kalmeerpille wat ook haar kondisie vererger het. Daar was ook verskeie mense betrokke insluitend me I wat bepaalde aannames gemaak het wat tot verkeerde diagnosis gelei het.

Dr F het met 'n verlies aan geheelperspektief opgetree. Hy het nie 'n algemene fisiese ondersoek verrig nie, deur byvoorbeeld bloeddruk, pols, temperatuur en asemhalingstempo te doen nie. Hy het haar gediagnoseer vanuit sy verwysingsraamwerk en 'n diagnose en etiket aan haar toegeken sonder om die geheel in ag te neem. Die feit dat me I self 'n mediese praktisyn is kon 'n verdere kompliserende faktor gewees het in dr F se aanname. Me I kon haarself klaar gediagnoseer het. Dr F het nie sy diagnose heroorweeg nadat me I hom gekontak het nie. Die dualistiese denkraamwerk word ook uitgewys, die onvermoë om te erken dat interaksies plaasvind tussen die liggaam en die psige, byvoorbeeld die nood aan suurstof of longinfeksie en medikasie interaksie wat angstigheid veroorsaak en tot 'n lae gemoed kan lei. Die tekort aan voldoende kommunikasie tussen dokter en pasient kon ook 'n groot rol gespeel het. Sou dokter F tot 'n ander konklusie gekom het indien hy me I met 'n geheelperspektief benader het, insluitend 'n kort fisiese ondersoek?

Die veelvuldige sameloop van faktore maak dit moeilik om met sekerheid 'n konklusie te maak dat indien daar met 'n geheelperspektief opgetree het die dood van me I kon voorkom het. Ek wil wel argumenteer dat 'n geheelperspektief deur 'n mediese praktisyn wat deur middel van voldoende kommunikasie van me se geskiedenis gevolg deur 'n fisiese ondersoek 'n kardinale rol in die diagnosering van haar kondisie sou gespeel het. In die geval was die nodigheid daar vir 'n vinnige optrede en diagnose met die hulp van spesiale ondersoeke. Dit wil aantoon dat selfs in die situasie 'n mate van geheelperspektief benodig word om die interaktiewe faktore in ag te neem en tot 'n konklusie te kom.



**GEVALLESTUDIE 3**

Mejuffrou L, 'n 37 jarige dame is vyf jaar gelede gediagnoseer met 'n chroniese siekte genaamd Ulseratiewe kolitis. Dit is 'n outo immuunsiekte wat erge inflammasie in die kolon veroorsaak en tot chroniese diarree mag lei. Met die regte medikasie kan die siekte goed behandel word en 'n persoon kan 'n normale lewe lei.

Mej L ervaar simptome vanaf die begin van Januarie 2011 na 'n lang periode van remissie. Die simptome word gekenmerk deur maagkrampe en diarree. Sy is vyf jaar gelede opgeneem in die hospitaal met dieselfde simptome waartydens sy gediagnoseer is met die chroniese siekte. Sy het haar vorige hospitaalopname as uiters traumaties ervaar en as gevolg van die herinneringe aan die traumatiese ondervinding weier sy om die nodige mediese hulp te gaan raadpleeg.

Mej L herlei haar siekte toe na verhoogde spanning en vorige emosionele traumatiese ondervindinge. Disfunksionele familie verhoudinge dra by tot haar verhoogde spanning. Afbrekende kommunikasie vind op 'n daaglikse basis plaas tussen haar en haar ouers wat bydra tot verdere emosionele trauma en spanning.

Sy raadpleeg aanvanklik hulp van alternatiewe genesers wat haar help om vorige traumatiese herinneringe uit haar liggaam vry te stel.

Vriendin en buurvrou X is 'n mediese praktisyn in algemene praktyk. Sy word geraadpleeg deur me L om 'n intraveneuse lyn met 'n liter vog, tuis toe te dien om ontwatering teen te werk. Die intraveneuse vog help met die aanvulling van nodige elektoliete en vloeistof. Dit help ook dat Me L tydelik beter voel. Die simptome raak egter progressief erger en veroorsaak konstante verlies van vog en elektroliete. Die intraveneuse vog wat dokter X toedien is dus nie genoeg om die hoeveelheid verlies teen te werk nie. Me L se liggaam verswak daaglik.

Mevrou K, 'n vriendin van mej L, kom woon tydelik by me L om met daaglikse versorging te help. Dokter X gee telkemale intraveneuse vog en beveel me L aan om na 'n spesialis te gaan vir meer gespesialiseerde sorg.

Mej L weier om verdere mediese hulp te gaan raadpleeg as gevolg van haar vorige traumatiese herinneringe in die hospitaal. Haar kondisie versleg progressief. Bo en behalwe die konstante diarree, ontwikkel sy sere op haar bene en in haar mond. Die onvermoë om voedsel in te neem

verlaag haar immuniteit en sy word blootgestel aan sekondêre infeksies en wanvoeding. Sy benodig dringende hospitaal sorg, antibiotika en intraveneuse voeding.

Mev K glo dat sy die gawe van genesing besit, sy wou nog altyd 'n dokter wees en geniet dit om haar vriendin te versorg.

Dokter X besluit om te onttrek as mediese praktisyn met die besef dat sy nie teen me L se outonome besluit kan optree nie. Dokter X beklemtoon en bied haar opinie oor die erns van me L se mediese kondisie.

Mej L se kondisie versleg by die dag. Sy is gedehidreerd, bleek, swak en vasgekluit aan haar bed. So verloop 2 maande.

Einde Maart 2011 kontak mej L vir dokter X en raadpleeg haar hulp. Sy vermoed sy mag dalk 'n diep veneuse trombose of bloedklont in haar been hê. Sy het vyf jaar gelede dieselfde gehad en is bekend met die simptome. Haar lang siekbed en dehidrasie het haar in 'n hoë risiko geplaas om 'n bloedklont te ontwikkel. Sy versoek dokter X om slegs 'n sonar te reël, maar nie opname in die hospitaal nie.

Mej L se been is geswel en pynvol. Sy is bleek, deurmekaar, baie swak en kort van asem. Dokter X ontbied 'n ambulans.

Mej L word onmiddelik in die Hoë Sorg Eenheid opgeneem met akute nierversaking, septiese skok, anemie, 'n lae bloeddruk en erge ontwatering. Sy word later oorgeplaas na die Intensiewe Sorg Eenheid waar sy op 'n ventilator geplaas word as gevolg van 'n bykomende longinfeksie wat sy ontwikkel het. Sy ontvang 3 liter bloed as gevolg van die chroniese bloeding wat sy verloor het deur haar kolon. Sterk intraveneuse antibiotika en voeding word ook toegedien. Na drie weke in die hospitaal sterf mej L.

Die gevallestudie word gekompliseer deur talle ingewikkelde argumente. Dit bly dus belangrik om nie fokus op die sentrale morele probleem te verloor nie. Die sentrale morele probleem wat ek wil uitlig uit die gevallestudie is die kwessie rondom die respek vir outonomie vanuit die mediese etiek. Ek wil graag die volgende vraag stel vanuit die gevallestudie naamlik:

Tot watter mate behoort die outonome besluit van 'n persoon gerespekteer te word vanuit die perspektief van dokter X?

In die vraag is daar egter vele ander komplekse morele vrae opgesluit. Kan dokter X wat die vriendin en buurvrou van mej L is, die verantwoordelikheid dra van geneesheer? Wat is die verstaan van outonomieit? Wat behels die toepassing daarvan in mediese etiek? Hoe staan die respek van die outonomieit teenoor die beginsel van goedgesingheid ('beneficence')?

In die volgende argumente wil ek graag verder uitbrei op die bogenoemde vrae.

### **RESPEK VIR OUTONOMITEIT**

Mej L neem 'n ingeligte besluit om nie haar spesialis te gaan besoek nie. Dokter X bied telkemale haar opinie en inligting oor die erns van haar kondisie. Hulpmiddele en die nodige mediese fondse word daar gestel om haar die nodige ondersteuning te bied om na 'n spesialis en hospitaal te gaan. Haar siekte is nie 'n terminale siekte nie. Sy kan herstel en gekontroleer word op die regte medikasie. Vroeë opname kan dus 'n kort, ongekompliseerde hospitaalbesoek verseker.

Sy was by haar volle bewussyn toe dokter X vir haar op verskeie geleenthede die erns van die verloop van haar kondisie beklemtoon het. Sy het steeds daarteen besluit as gevolg van haar vrees vir 'n hospitaal. Sy het die keuse gemaak om eerder tuis versorg te word. Mev K het daagliks me L versorg. Sy het geglo dat sy die gawe van genesing besit en instaat is om haar vriendin te help. Die verloop van twee maande se agteruitgaan, dehidrasie, wanvoeding, pyn en lyding het haar besluit nie verander nie.

Die besluit van mej L laat vele onbeantwoorde vrae.

- (1) Het mej L inderdaad 'n outonome besluit geneem?
- (2) Het mej L die kapasiteit besit om 'n outonome besluit te neem?
- (3) Wat kan beskryf word as 'n outonome besluit?
- (4) Was daar moontlik interne en eksterne faktore wat haar besluit kon beïnvloed het?

Kant baseer moraliteit op die menslike rasonale kapasiteit en strewe na outonomieit (Rachels, 2010: 137). Die menselike wese besit die vermoë om volgens vrye rasonale outonome wese buite

die wet van natuur op te tree. Hy beskou die morele motief van 'n bepaalde aksie as die bepalende faktor vir die morele status van 'n aksie.

Die aksie is slegs korrek indien dit verrig word vanuit die regte motief vir 'n aksie. Die motief besit slegs morele waarde indien dit gemotiveer word deur die intrinsieke waarde of 'Good Will', vry van subjektiewe voorkeure en emosies (Rachels, 2010: 137).

Dus om op te tree vanuit morele plig is om op te tree as onafhanklike rasonale menslike wese vry van sielkundige behoeftes, voorkeure en uitkomstes wat plesier bevoordeel. Kant se konsep van die outonome kapasiteit en wil van 'n persoon word beperk tot universele morele beginsels of die kategoriese imperatief. Outonomieit waarna Kant verwys, word op die suiwere rasonale kapasiteit van die menslike wese gebaseer, verwyderd van voorkeure, emosies en sielkundige behoeftes. Volgens Kant se streng deontologiese teorie het me L nie 'n outonome besluit geneem nie.

(2) Haar besluit was gebaseer op 'n kombinasie van vrese en voorkeure eerder as 'n rasonale besef. Haar besluit was ten koste van haarself, sy het 'n besluit geneem waar sy haarself as middel tot 'n doel gestel het en nie soos Kant se teorie 'n doel in sigself nie. Die vraag is of dit wel so simplisties gestel kan word?

Die huidige konsep van outonomieit verskil egter drasties van Kant se konsep. Daar word gefokus op 'n meer aanpasbare teorie van outonomieit in daaglikse nie ideale kondisies.

(3) Volgens Beauchamp, Childress (2009:99) word outonomieit van 'n persoon gedefinieer as "the rule of the self, free from both controlling interferences from others and from personal limitations that prevent meaningful choice."

Die outonome aksies word geanaliseer op gronde van die intensie van die persoon, die verstaan van die omstandighede en vereistes asook die afwesigheid van enige bepalende interne of eksterne invloede volgens Beauchamp, Childress (2009:101). Daar is egter nie 'n definitiewe en vasgestelde graad van outonomieit nie. Daar heers 'n breë kontinuum van verstaan en outonome aksie. In die lig van betekenisvolle besluitnemingsprosesse in 'n bepaalde konteks kan die graad van outonomieit beter vasgestel word.

Die siening rondom die 'self' is 'n verdere aspek wat die definiering van outonomieit kompliseer. Die definiering en bepaling van persoonlike outonomieit gaan hand aan hand met die betekenis van wat 'n self heersende individue is (Paphitis, 2010: 120).

(2) In die bepaling of me L wel die kapasiteit besit het om 'n outonome besluit te neem, die graad van outonomieit asook die interne en eksterne faktore wat haar besluit kon beïnvloed het, moet daar met 'n geheelerspektief na die konteks gekyk word. In die geheelerspektief moet verskeie belangrike inligting asook die tekort aan voldoende feitlike informasie en vroeë inagneneem word in die bepaling en benadering tot Me L se besluit, dit sluit die volgende:

- Hoe het me L haarself ervaar? •Hoe het haar ervaring van haarself op daardie tydstip verskil van hoe sy haarself ervaar sonder siekte en pyn? •Was daar moontlik onderliggende depressie? •Wat was die invloed van interne en eksterne faktore op haar besluit? Wat was die aard van die kommunikasie wat plaasgevind het tussen haar en mevrou K?
- Was daar moontlike manipulasie teenwoordig? •Wat was haar betekenis van siekwees? Wou me L gelewe het? •Het sy verdere sin en betekenis in die lewe ervaar?

Antwoorde op die vroeë kan slegs gebaseer word op spekulasie en dis onmoontlik om met sekerheid tot 'n konklusie te kom.

Ek wil argumenteer dat haar vrese as gevolg van haar vorige traumatiese ondervindinge 'n groot invloed op haar besluit gehad het. Haar huislike omstandighede, psigiese toestand, die geleidelike aftakeling van haar siekte, wanvoeding en dehidrasie, het haar besluit beïnvloed. Die progressiewe verloop van die siekte en gepaardgaande verswakking van haar liggaam het haar selfs minder instaat gestel om 'n totale outonome en rasonale besluit te neem. Ek wil nie argumenteer dat sy glad nie 'n outonome besluit geneem het nie, maar dat die graad van outonomieit en moontlik kapasiteit om 'n outonome en betekenisvolle besluit te neem, aansienlik beperk was.

Die kompleksiteit rondom die outonomieit, die bepaling of 'n persoon die kapasiteit besit om 'n outonome besluit te neem asook die respek vir die outonomieit van 'n persoon word in die bogenoemde vroeë uitgebeeld. Hoe staan 'n mediese praktisyn of in die geval dokter X teenoor die respek van outonomieit? Tot watter mate behoort outonomieit gerespekteer te word? Wanneer verval respek vir outonomieit in passiewe selfmoord? Laasgenoemde vraag kan tot 'n 'slippery slope' argument lei. Met die tekort aan voldoende inligting wil ek nie verder uitbrei op die vraag nie.

Die outonome besluit asook die respek vir die outonomieit van 'n persoon kan dikwels onduidelik, onseker en verwickeld voorkom. Die outonome besluit van 'n persoon is dus meer kompleks as 'n blote rasionele gedistansieerde besluit van 'n self heersende individu.

Hoe staan 'n mediese praktisyn teenoor die outonome besluit van 'n persoon? Die plig om die goeie voorrang te laat geskied en skade te voorkom kan dikwels in konflik staan teenoor die outonomieit van 'n persoon. Hoe kan bepaal word watter beginsel voorrang moet geskied? 'n Verlies aan vasgestelde grense en riglyne mag 'n mediese praktisyn verward laat. Komplekse morele probleme in daaglikse praktyk vereis 'n meer konteksgebaseerde en kreatiewe benadering om die verskeie verwickelde aspekte, onsekerhede en teenstrydighede te eksploreer en te verstaan binne 'n morele probleem.

In die volgende gedeelte gaan ek die beginsel van goedgesingheid ('beneficence') bespreek om die bogenoemde, sentrale morele probleem verder te verduidelik.

### **GOEDGESINGHEID/WELWILLENDHEID ('BENEFICENCE')**

Die konsep goedgesingheid kan gedefinieer word as 'n aksie wat die goeie voorrang gee. Die aksie voorsien voordeel en bevorder die goeie, voorkom, verwyder of verminder skade. (Beauchamp & Childress, 2009:197)

Die beginsel van goedgesingheid behels meer as bloot die nalate om skade te verrig. Dit vereis 'n positiewe stap om ander te help deur middel van 'n aksie. Volgens Beauchamp en Childress (2009:197) bestaan daar twee beginsels van goedgesingheid naamlik positiewe beneficence wat vereis dat voordele aan ander voorsien word en nuttigheid ('utility') wat vereis dat 'n fyn balans moet heers tussen voordele, risikos en uitkoms.

In die gevallestudie word daar aangetoon hoe moeilik en kompleks dit dikwels kan wees om die goeie te bevorder en skade te voorkom en verhoed. Daar word vereis om die beginsel op 'n meer kreatiewe en konteks sensitiewe wyse toe te pas.

- (1) Hoe kan bepaal word watter aksie sal die goeie bevorder?
- (2) Indien die aksie bepaal word, hoe kan daar opgetree word indien die aksie in teenstryd is met die outonome wil?

(3) Kan daar teen die wil van 'n persoon opgetree word om die goeie te bevorder?

(4) Wat sal die goeie wees in die gevallestudie?

Ek wil argumenteer dat die beginsel van goedgesingheid beïnvloed word deur die bepaalde perspektief op 'n situasie.

(1) Om te bepaal watter aksie die goeie voorrang sal gee, is dit belangrik om na verskillende perspektiewe van die onderskeie individue te kyk. In die argument wil ek die verskeie interaktiewe faktore uitwys wat die individuele verstaan en sodoende ook die perspektief op die situasie kan beïnvloed.

In dokter X se benadering op die geval van me L is daar verskeie teenstrydige faktore wat 'n rol speel in haar uitkyk van wat die beste sal wees vir me L. Eerstens dokter X is 'n opgeleide mediese praktisyn. Vanuit haar perspektief staan die mediese feite en moontlike gevare van die verloop van die siekte uit, indien die nodige hulp en behandeling nie geraadpleeg word nie.

Die kliniese wetenskaplike en tegnologiese moontlikheid op verbetering of herstel beïnvloed haar verstaan en perspektief op die situasie. Haar plig as algemene praktisyn is om skade te voorkom en die nodige hulp te bied wat die goeie sal bevorder. Sy wil behandeling en raad bied om me L te help. Dokter X staan gewikkeld tussen die beginsel van respek vir die outonome wil van haar vriendin en om die goeie te bevorder ten opsigte van mej L se fisiese en kliniese gesondheid. 'n Positiewe stap wat tot voordeel sal strek vir me L se gesondheid sal hospitaalopname, spesialissorg en behandeling wees volgens dokter X se professionele opinie.

Sy neem egter nie net die posisie in as mediese praktisyn nie, maar ook vriendin en buurvrou. Dokter X is bewus van haar subjektiewe posisie as vriendin en buurvrou en dring aan dat Me L ander mediese sorg moet raadpleeg. Dit bly egter duidelik vanuit dokter X se perspektief watter stappe gevolg moet word om die goeie voorrang te bied en verdere skade te voorkom.

Me L se verstaan van haar situasie en perspektief word gevorm deur verskeie ander interne en eksterne faktore. Sommige van die faktore is moeilik om met sekerheid te bevestig. Haar vorige traumatiese hospitaal ondervinding en opinie oor die westerse model van geneeskunde, wat sy as koud, klinies en tegnologies ervaar het tydens haar vorige hospitaalopname, speel 'n groot rol in haar besluit teen hospitaalsorg. Die aftakeling van haar liggaam en dehidrasie stel haar minder in staat om die vrese in die gesig te staar en 'n outonome rasonale besluit te neem oor haar gesondheid.

Die moontlikheid van depressie mag ook 'n groot rol gespeel het. Haar huidige disfunksionele verhouding met haar ouers en ander familieleden kon haar met 'n gevoel van verwerping en verlies van ondersteuning gelaat het, wat kon bydrae tot haar vrees vir verdere behandeling in 'n hospitaal. Die interpretasie van haar perspektief word egter gebaseer op spekulasie, onbeantwoorde vrae en onsekerhede.

Ek wil argumenteer dat mevrou L se perspektief deels gegrond kan word op haar verstaan van haar siekte, siekwees, vorige ondervindinge van siekwees en die betekenis daarvan in haar lewe. Dit is onseker of mevrou L wel 'n aktiewe besluit geneem het om die goeie te bevorder ten opsigte van haar gesondheid en of die besluit nie eerder gebaseer was op vrees, ten koste van haarself nie. Tuisversorging kon moontlik pyn en lyding verleng het teenoor 'n vroeër hospitaalopname.

Die perspektief van vriendin K word beïnvloed deur haar goeie intensie om haar vriendin te help, respekteer en te ondersteun. Haar oortuiging dat sy die gawe van genesing besit kon 'n bydraende faktor gewees het tot mevrou L se besluit.

(4) Ek wil argumenteer dat die voorhandliggende goeie in die gevallestudie, hospitaalopname sou wees. Mevrou L het nie aan 'n fisiese terminale siekte gely nie. Sy kon dus volkome herstel het, met die nodige sorg en behandeling vanuit 'n kliniese mediese oogpunt. 'n Vroeë opname, tydens die aanvang van haar siekte sou 'n heelmoontlike kort ongekompliseerde hospitaalbesoek gewees het. Die onsekerheid van haar motivering vir haar besluit en gemoedstoestand kompliseer die antwoord op die vraag. 'n Verdere onsekere vraag wat die bogenoemde argument kan kompliseer is: Sou hospitaalsorg haar kon gesond gemaak het teen haar wil?

Die toepassing van die beginsel van goedgesingheid is dus meer kompleks en onseker in die morele probleem as om bloot op 'n vasgestelde rasonale wyse voordele, risiko en uitkomstes opteweg om die goeie te bevorder. Hoe staan 'n mediese praktisyn teenoor die outonome wil van 'n persoon?



## **MORELE PROBLEEM**

Tot watter mate behoort die outonome besluit van 'n persoon gerespekteer te word vanuit die perspektief van dokter X?

Die sentrale probleem fokus op die kontroversiële beginsel in mediese etiek rondom die respek van die outonome besluit van 'n pasiënt en hoe die beginsel te staan kom teenoor die beginsel van goedgesingheid.

In die morele probleem is daar talle etiese kwessies opgesluit naamlik:

- Tot watter grens behoort 'n mediese praktisyn 'n outonome wil van 'n pasiënt te respekteer?
- Dokter X is 'n mediese praktisyn, maar ook 'n vriendin en buurvrou van mejuffrou L. Wat is die rol van 'n vriendin of buurvrou wat 'n mediese praktisyn is in die geval?

Die kontroversiële beginsel van outonomie in die mediese etiek bevat talle komplekse fasette in die benadering tot morele probleme. Dit is dus nie so eenvoudig as 'n een dimensionele beginsel wat toegepas kan word nie. Dit is belangrik om na die geheelpersektief te kyk wat onsekerhede insluit. In die opweeg van die argument wil ek alternatiewe wyses voorstel om die uitgebreide probleem te benader.

'n Verdere etiese kwessie wat spesifiek in die gevallestudie navore kom, is die rol van mediese praktisyn in sy/haar se private kapasiteit. Neem sy die rol as 'n dokter in of as 'n vriend/vriendin. Waar word die grens getrek? In die volgende gedeelte spreek ek die kwessie aan.

## **RESPEK VAN OUTONOMITEIT VS GOEDGESINGHEID ('BENEFICENCE')**

In die opweeg van die relevante argumente hou ek graag die teenstrydighede tussen die beginsels van outonomie en goedgesingheid voor, wat betrekking het tot die sentrale morele probleem.

Teenstrydigheid, onsekerheid, onvoorspelbaarheid, subjektiwiteit, interaktiewe faktore beïnvloed die besluitnemingsproses in morele probleme. Ek wil argumenteer vir die noodigheid vir alternatiewe wyses tot die verruiming van die beginsels om voorsiening te maak vir die kompleksiteit van so 'n gevallestudie.

In die opweeg van die oënskynlike teenstrydigheid tussen die beginsel van goedgesingheid en respek vir outonomie wil ek dit graag bespreek aan die hand van 'n paar scenarios uit die gevallestudie.

Gestel die situasie is deur middel van suiwer paternalisme benader. Dokter X neem die besluit wat die beste sal wees vir mej L se gesondheid teen mej L se wil. Sy ontbied 'n ambulans of kontak 'n spesialis met die aanvang van haar siekte. Volgens dokter X wil sy mej L se lewe red en die goeie bevorder. Volgens haar besit sy die meerdere kennis oor die menslike liggaam. Die ekstreme vorm van Paternalisme laat vele tekortkominge. Die benadering beskou mej L as die mindere en laat haar in 'n magtelose posisie. Dit kan weerstandigheid en 'n magstryd ontketen tussen Dokter X en mej L, wat die situasie mag benadeel. Die benadering van paternalisme kan wel die goeie bevorder in terme van mej L se gesondheid, maar ignoreer die outonome wil van Mej L. Ek argumenteer teen die ekstreme toepassing van paternalisme en goedgesingheid, wat duidelik die teenstryd tussen die respek van die outonome wil van mej L en goedgesingheid beklemtoon.

Gestel die bogenoemde scenario bevoordeel die beginsel van respek van outonomie bo paternalisme of goedgesingheid dan sou mej L se ingeligte besluit om nie spesialis of hospitaalsorg te gaan raadpleeg nie, bevoordeel word ten koste van haar gesondheid. Dit is nie duidelik of mej L se besluit gebaseer is op 'n volkome outonome besluit nie.

Daar mag dalk vele interne en eksterne faktore wees wat haar besluit kon beïnvloed het. Die besluit teen hospitaalopname was wel konstant van die aanvang van haar siekte, maar kon ten spyte van haar eie gesondheid gewees het, met meer pyn, lyding en die dood as vooruitsig. Die outonome besluit van mej L kon in die scenario teenstrydig staan teenoor 'beneficence'. Het haar besluit in die scenario die goeie bevorder? Ek wil argumenteer dat haar besluit in die scenario in teenstryd was met die beginsel van goedgesingheid en tot nadeel was vir haarself.

Die bogenoemde scenarios vanuit die gevallestudie dui aan dat daar dikwels teenstryde plaasvind tussen die twee beginsels in die mediese etiek, indien die beginsels op ekstreme en beginselvaste wyses toegepas word. Paternalisme in sy ekstreme vorm, waar kennis gebruik word om die goeie te bevorder en tot 'n magstryd kan lei, bevorder die teenstrydigheid tussen die beginsel. Die teenoorgestelde spektrum van suiwer paternalisme beklemtoon die outonome wil van die pasient. Die ekstreme bevordering van die respek van die outonomie van die pasient, kan ontaard in 'n verbruikersmodel van geneeskunde, waar die geneesheer in diens staan tot die verbruiker. Die ekstreme vorm kan in dieselfde spektrum as ekstreme paternalisme tot etiese dilemmas lei.

Ek wil argumenteer vir 'n verruiming van die bogenoemde beginsels, om die soms onvermydelike teenstrydigheid te oorskry of te verminder. Die gevallestudie beklemtoon die kompleksiteit van ingewikkelde, verweefde, soms onoplosbare etiese kwessies waarmee 'n dokter in alledaagse praktyk en as persoon te staan kom. Die respek van outonomie in die gevallestudie kom nie tot 'n duidelike konklusie nie as gevolg van vele onbeantwoorde vrae, oor die moontlik innerlike en eksterne invloede.

Om die goeie te bevorder en skade te verminder is ek van mening dat hospitaalopname haar gesondheid en kanse op oorlewing sou verbeter het. Ek wil nie argumenteer vir die een of die ander beginsel wat voorrang moet geskied nie, maar wel 'n kombinasie of alternatiewe wyses wat op 'n konteks sensitiewe en kreatiewe wyse aangewend moet word.

Mej L se siekte het 'n eksistensiële krisis in haar lewe veroorsaak. Hoe ervaar sy haarself in haar siekbed? Haar fisiese siekte beteken veel meer vir haar as 'n diagnose en 'n logiese besluit oor die beste behandelingsopsies. Sy word heelwaarskynlik gekonfronteer met traumatiese herinneringe uit die verlede, die bekommernisse oor die hede en sin en betekenis in die toekoms.

Die aftakeling van haar siekte veroorsaak dat sy geen inkomste kan genereer nie. Sy is afhanklik van haar ouers se finansiële ondersteuning. Dit veroorsaak 'n verdere verlies aan beheer oor haar lewe. Haar toekomsvisie, sin en betekenis word beïnvloed. Wat is die betekenis van haar siekte in haar lewe? Haar siekbed beïnvloed haar dus nie net op 'n eenduidige fisiese vlak wat reggestel kan word met die gee van medikasie nie, maar elke aspek van haar menswees word ten diepste geraak.

Is dit dan so maklik om op 'n beginselvaste, logiese wyse 'n outonome besluit te neem oor watter aksie die goeie sal bevorder?

Om die probleem te benader, verg meer as bloot die opweeg van beginsels en 'n rasonele, verwyderde benadering en besluitneming oor die kliniese feite van siekte en genesing. 'n Fenomenologiese benadering mag van hulp wees om die ervaringswêreld van die pasiënt te verstaan. Hoe ervaar sy haarself in die wêreld en haar siekwees? (Widdershoven, 2002: 43)

Die inligting kan slegs bekom word deur kommunikasie tussen pasiënt en dokter. 'n Hermeneutiese benadering deur middel van dialoog word vereis om die pasiënt se interpretasie van siekwees, siekte en vrese te verstaan. (Widdershoven, 2002: 45)

Sodoende kan nodige inligting deurgegee word aan die pasiënt, sonder 'n magstryd van suiwer paternalisme. Die kundigheid en kennis van die geneesheer word nie gesien as 'n bedreiging of magshebbende instrument nie. 'n *Insider/Outsider* model kan van hulp wees, waar die dokter bewus is van sy *outsider* perpektief en nederig inligting wil inwin van die pasiënt se '*insider*' perspektief en ervaringswêreld om insig te kry in haar situasie. Sodoende kan daar met meer samewerking tussen die pasient en dokter aan 'n moontlike oplossing gewerk word.

Die bogenoemde benadering skeld nie noodwendig die teenstryd tussen goedgesingheid en outonomie vry nie, maar bied 'n alternatiewe, meer sensitiewe wyse aan tot die benadering van so 'n komplekse gevallestudie.

In die gevallestudie kon die bogenoemde benadering van hulp wees om die ervaringswêreld van mej L, insluitend haar vrese, vorige trauma, betekenis van haar siekte in haar lewe asook die interaksies van nabye relasies te eksploreer en te verstaan.

Die wyse kan van hulp vir mej L wees om sin en betekenis te vind in haar situasie om 'n meer outonome besluit te kan neem oor haar eie welstand. Goeie gespreksvoering en bewuswording van die kompleksiteit van mej L se siekte, geskiedenis, relasies en vele ander interaktiewe faktore kan die kans verbeter om die goeie te bevorder en moontlik die dood te kon vermy.

In die opweeg tussen die twee beginsels dui ek aan dat daar 'n nodigheid is om met 'n geheelerspektief 'n situasie te benader. Die kompleksiteit van etiese kwessies in daaglikse praktyk maak dit onmoontlik om slegs vasgestelde beginsels te bevorder bo ander, maar op 'n kreatiewe wyse die beginsels aan te wend deur middel van die gebruik van ander alternatiewe benaderings om tot 'n moontlike oplossing te kom. In die proses bly dit belangrik om na die situasie te kyk met nederigheid en 'n diepe bewuswording van onsekerhede, onvoorspelbaarheid, manipulerende kommunikasie van eksterne invloede en tekortkominge van eie vermoëns.

## **DIE AKSIE WAT VOORDEEL STREK**

In die opweeg van die argumente word die nodigheid besef vir alternatiewe konteks sensitiewe en kreatiewe wyses in die benadering tot so 'n komplekse gevallestudie. Die gevallestudie konfronteer die magteloosheid wat die pasient en dokter dikwels mag beleef in die stryd tussen die outonome wil en goedgesingheid. Dit is onmoontlik om die gevallestudie te benader slegs vanuit

‘n beginselvaste en logiese rasionele wyse. Daar moet ruimte gebied word vir die onvoorspelbaarheid en onsekerheid van die menselike wese.

Ek argumenteer vir ‘n kombinasie van ‘n fenomenologiese en hermeneutiese benadering om die teenstrydigheid tussen die beginsel van die respek van outonomie en bevordering van die aksie wat die goeie sal bevorder te oorskry of verminder.

Tot watter mate behoort die outonome besluit van ‘n persoon gerespekteer te word vanuit die perspektief van dokter X? Dokter X het mej L se outonome wil gerespekteer tot daar ‘n moontlike geleentheid gekom het, om ekstra hulp te kon bekom.

Die onsekerheid oor die kapasiteit van me L om ‘n outonome besluit te kon neem, die invloed van vriendin K se oortuiging dat sy die gawe van genesing besit was kompliserende faktore om die bepaalde aksie vroeër te laat geskied. ‘n Verdere kompliserende faktor is die feit dat dokter X ‘n vriendin en buurvrou was en nie ‘n objektiewe geneesheer in die situasie nie. Wat is die rol van mediese praktisyn in sy/haar private kapasiteit? Neem sy die rol as ‘n dokter in of as ‘n vriendin? Waar word die grens getrek?

Ek wil argumenteer dat ‘n mediese praktisyn in sy/haar private kapasiteit teenoor vriende of familie nie as hoofgeneesheer kan optree nie. ‘n Mediese praktisyn kan m.i. slegs ‘n rol inneem as vriend/vriendin of familielid met mediese kennis wat verdere meer objektiewe mediese hulp kan aanbeveel of fasiliteer. Die verlies van die nodige objektiwiteit as gevolg van onvermydelike emosionele betrokkenheid teenoor familie of vriende verminder moontlike optimale versorging en professionaliteit.

Die komplekse gevallestudie toon die onduidelikheid van vasgestelde eendimensionele grense en riglyne in die mediese etiek aan. Rasionele en vasgestelde beginsels staan gedistansieerd teenoor ‘n komplekse morele probleem met ingewefde en verwickelde etiese kwessies. Hoe kan die rasionele gedistansieerde beginsels meer aanpasbaar aangewend word ten opsigte van komplekse morele probleme? ‘n Kreatiewe en konteksgebaseerde benadering kan van hulp wees om ruimte te bied vir die gebruik van alternatiewe wyses soos die fenomenologiese en hermeneutiese benadering. Deur dialoog tussen dokter en pasient kan daar ‘n diepe bewuswording en verkenning plaasvind van die pasient se ryke ervaringwêreld en sy of haar se interpretasie en betekenis van siekwees. Die verstaan en bewuswording kan die samewerking tussen pasient, geneesheer en ander nabye relasies aanmoedig, om saam tot ‘n oplossing van soms onvermydelike, verwickelde en

teenstrydige probleme te kom. Ek argumenteer dus vir vir 'n meer konteksgeoriënteerde verruimde benadering wat ruimte bied vir die kreatiewe toepassing van meer buigsame beginsels en alternatiewe benaderings tot komplekse morele probleme.