

De rol van emoties en gevoelens bij klinische morele oordeelsvorming

Lara Maria Cabri

Studentnummer: 297046

Master thesis Wijsbegeerte
Erasmus School of Philosophy

Oktober 2021

(18 ECTS)

(20.626 woorden)

Begeleider: Dr. K.M.E Bauer

Adviseur: Dr. A. W. Prins

“ Reason is, and ought to be, the slave of the passions, and can never pretend to any other office than to serve and obey them.”

David Hume: (1978[1738], p415)

INHOUD

INHOUD	3
SAMENVATTING	5
INLEIDING	7
1 RATIO VS EMOTIE	9
1.1 Visies op ratio en emotie door de eeuwen heen	9
1.2 Moraliteit en moreel redeneren	11
2 ROLVERDELING EN SAMENWERKING IN DE GEZONDHEIDSZORG	13
2.1 Acute zorg en het wetenschappelijk mensbeeld	13
2.2 Welzijn	13
2.3 De besluitvaardige zieke mens	14
2.4 Artsen en verpleegkundigen; complementaire kennisdomeinen	15
2.5 Bewaken van welzijn	17
2.6 Moreel beraad als faciliterend overleg	17
3 HAIDT EN HET SOCIAL INTUITIONIST MODEL	19
3.1 Het Social Intuitionist Model	19
3.2 Kritiek op Haidt	21
3.2.1 Taboes versus first person dilemma's	22
3.2.2 Rationaliteit van sociale beïnvloeding	22
3.2.3 Kwaliteit van moreel redeneren	22
3.2.4 Frequentie van moreel redeneren	23
3.2.5 Maakbaarheid van morele intuïties	24
3.3 Morele oordelen zonder reflectie	25
4 NEUROWETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN IN EMOTIES EN GEVOELENS	26
4.1 Ons lichaam: oude en nieuwe werelden	26
4.2 Ons brein als opgeschaald primatenbrein	27
4.3 Emoties en gevoelens als overlevingsmechanismen	28

4.4	Emoties, gevoelens en sociale aanpassing	32
4.4.1	Het adaptief onderbewustzijn; cruciale automaticiteit.....	33
4.4.2	Cognitieve dissonantie	35
4.4.3	Rationele beïnvloeding van automatisch opkomende affectieve reacties.....	37
5	MOREEL BERAAD.....	41
5.1	Het belang van multidisciplinaire samenwerking.....	41
5.2	Praktische aspecten van moreel beraad	42
	CONCLUSIE.....	44
	BRONVERMELDING	47

SAMENVATTING

In het dagelijks leven heeft het vellen van morele oordelen vooral een intuïtieve basis. Doorgaans zijn deze heel adequaat en vertrouwen we er simpelweg op dat we ons gedragen op een manier die beantwoordt aan normatieve verwachtingen, met andere woorden dat ons gedrag moreel adequaat is. Intuïties zijn snelle automatisch opkomende reacties met een emotieve prikkels als basis. Het is pas achteraf (post hoc) dat we beredeneren waarom ons oordeel het juiste is. Intuïties werken lang niet altijd faciliterend. Zeker minder beheerste emotieve reacties kunnen een versturende werking hebben op sociale situaties of bij redeneren. Emoties zijn daarom door de eeuwen heen gewantwoord, en zeker bij (morele) besluitvorming. Ook in de zorg ligt de nadruk daarom op de rationele aspecten van moreel redeneren. De vraag is in hoeverre dit terecht is.

De probleemstelling van deze thesis is dat de rol van emoties bij morele oordeelsvorming wordt onderschat. Ter verbetering van de kwaliteit van zorg waarin optimaal recht wordt gedaan aan de emoties, verlangens en behoeften van patiënten en hun naasten, is het van groot belang dat zorgprofessionals zich bewust zijn van eigen emoties en de rol daarvan bij het (her)vormen van morele intuïties.

Vanaf de jaren '80 ontstond er meer aandacht voor affectieve elementen met sociaal psycholoog Haidt als bekendste voorvechter. Over intuïties stelt Haidt: *“one just sees without argument that they are and must be true”* (Haidt, 2001, p 814). Haidt trekt dan ook de conclusie dat moreel redeneren slechts zelden effectief is, de ratio nagenoeg buiten zet spel en hij wijst onbewuste sociale beïnvloeding aan als belangrijkste richtinggever voor morele intuïties. Indien Haidt's *Social Intuitionist Model* correct is, heeft een moreel beraad geen zin. Er zijn echter voldoende argumenten om te stellen dat Haidt doorslaat bij het zo ver buiten spel zetten van de ratio. Neurowetenschappelijk onderzoek van Damasio laat zien dat Haidt de beïnvloedbaarheid van emotieve prikkels overschat. Dit is terug te voeren op het feit dat Haidt emoties, gevoelens en intuïties onvoldoende van elkaar onderscheidt. Damasio laat zien dat het verwerken van initiële emotieve prikkels een gevoel creëert als een *bewuste ervaring* van een emotie. Het gevoel wordt tot een morele intuïtie doordat er opnieuw prikkels vanuit het bewustzijn worden opgeroepen door deze bewustwording. Emotieve prikkels en de verwerking van gevoelens geven daarmee vorm aan onze herinneringen, gedrag, het verwerken van informatie en het nemen van beslissingen en geven zo vorm en richting aan sociale interacties. Hierdoor worden op hun beurt nieuwe herinneringen gecreëerd. Naar aanleiding van Damasio's bevindingen en eigen inzichten tracht rationalist Sauer een brug te slaan tussen intuïtionisme en rationalisme waarbij de focus ligt op *educated moral intuitions*, waarin hij betoogt dat sociale beïnvloeding en moreel redeneren hierdoor post en ante hoc invloeden uitoefenen. Hoewel Sauer erkent dat er diepgewortelde overtuigingen zijn, overschat ook Sauer de beïnvloedbaarheid van emotieve prikkels.

Patiënten vertrouwen er op dat hun belangen optimaal behartigd worden en verwachten dat artsen en verpleegkundigen een weloverwogen oordeel en advies geven. Zij beschouwen dat oordeel als het belangrijkste in hun eigen besluitvormingsproces. Het redeneren hierover vergt echter tijd en moeite en vereist rechtvaardiging in de vorm van het aanwezig zijn en willen oplossen van cognitieve dissonantie. Het bespreken van emoties, gevoelens en intuïties omtrent

morele dilemma's, bijvoorbeeld in de vorm van een moreel beraad, leidt dan tot meer gebalanceerde morele oordelen en vermindering van cognitieve dissonantie en morele stress bij zorgprofessionals. Zelfs als al deze aspecten worden meegenomen in de beraadslagingen is het echter belangrijk te beseffen dat door de beperkte beïnvloedbaarheid van emotieve prikkels cognitieve dissonanties niet altijd kunnen worden opgelost.

Steutelwoorden: emoties, gevoelens, intuïties, ratio, klinische oordeelsvorming, morele oordeelsvorming, samenwerking, moreel beraad

INLEIDING

Gedurende de 28 jaar dat ik als IC-verpleegkundige werkzaam ben geweest heb ik vaak te maken gehad met oordeels-, en besluitvormingsprocessen rondom morele dilemma's. Deze dilemma's gingen vooral over de vraag hoe lang er nog doorbehandeld moest worden; of een behandeling nog wel in het belang was van een patiënt, of de familie inspraak had bij het starten of staken van een behandeling en in hoeverre de patiënt mocht bepalen of een behandeling nog gestart of voortgezet werd. In de beraadslagingen die onderdeel zijn van deze besluitvormingsprocessen spelen morele oordelen een cruciale rol. Opvallend in de beraadslagingen was de ondergeschikte rol die emoties hierbij mochten spelen. Emoties van patiënten mochten er wel zijn maar eigenlijk werd er niet of nauwelijks gesproken over de emoties en gevoelens van de beroepsbeoefenaren. Veelvuldig werd uitgesproken dat een besluit gebaseerd moest zijn op rationele en wetenschappelijke argumenten. Dit heeft mij altijd bevreedd aangezien emoties wat mij betreft van cruciaal belang zijn binnen *elke* vorm van oordeelsvorming en daaropvolgende besluitvorming. Dit is dan ook de aanleiding geweest voor het onderzoek in deze scriptie die gaat over de rol van emoties in morele oordeelsvorming. De probleemstelling van deze thesis is dat de rol van emoties en gevoelens bij morele oordeelsvorming van zorgmedewerkers rondom morele dilemma's wordt onderschat.

De veronderstelling dat er vooral rationeel geredeneerd moet worden om tot een weloverwogen moreel oordeel te komen, contrasteert met het *Social Intuitionist Model* (SIM-model) van moreel psycholoog en intuïtionist Haidt die stelt dat moreel redeneren geen zin heeft. Haidt stelt dat moreel redeneren er vooral is om de ander sociaal te overtuigen van de eigen initiële morele intuïtie. Er moet *juist* op een morele intuïtie worden vertrouwd aangezien wij onbewust heel goed aanvoelen wat sociaal passend is. Vragen die ik in deze thesis zal beantwoorden zijn of emoties en gevoelens juist vooral worden beïnvloed door interpersoonlijk contact of juist onder invloed van de ratio staan, en of het zin heeft om te redeneren om een moreel oordeel aan te passen. Met andere woorden, kan er een brug worden geslagen tussen emotie en ratio? En zo ja, hoe? En blijft er nog een deel over dat niet beïnvloedbaar is door de rede?

Voor het schetsen van de context van de probleemstelling wordt gestart met een overzicht van de plek die emoties en ratio door de eeuwen heen in algemene zin hebben ingenomen. Daarna wordt beschreven op welke manier emoties volgens verschillende gangbare theorieën morele oordeelsvorming beïnvloeden. Vervolgens beschrijf ik op welke manier sociale processen beïnvloed worden door emoties en de rede en hoe en waarom emoties gescheiden moeten worden van gevoelens en intuïtie. Daardoor wordt duidelijker welke rol emoties, gevoelens en intuïties spelen binnen de morele oordeelsvorming.

De manier waarop deze zoektocht is uitgevoerd kenmerkt zich vooral door een brede focus en praktische inslag. In het onderzoek komen niet alleen de filosofie maar ook psychologie en neurowetenschap aan bod. De synthese van recente onderzoeksresultaten uit deze disciplines zijn van groot belang voor een betere begripsvorming omtrent de rol die emoties spelen binnen morele oordeelsvorming. Alleen zo kan begrepen worden hoe emotie en cognitie op breinniveau samenwerken, hoe normale processen van oordeelsvorming verlopen en welke plaats emoties zouden moeten hebben binnen een morele oordeelsvorming. Tot slot wil ik aansluiten bij de dagelijkse praktijk en aanbevelingen praktisch(er) toepasbaar maken voor het werkveld.

Daarom beschrijf ik nut en noodzaak van moreel beraad. Moreel beraad is een overlegvorm waarin er ruimte is voor reflectie op (initiële) morele intuïties en oordelen en daarmee op emoties en gevoelens. Dit draagt niet alleen bij aan de kwaliteit van de oordeelsvorming, maar is daarvoor, om redenen die ook beschreven zullen worden, zelfs noodzakelijk. Daarbij hoop ik dat (aankomend) collega verpleegkundigen zich geïnspireerd en gesterkt zullen voelen om in de dagelijkse oordeels- en besluitvorming meer aandacht te besteden aan emoties.

1 RATIO VS EMOTIE

Door de geschiedenis van de moraalfilosofie heen heeft de focus vooral gelegen op de rede. Emoties, ook wel geduid als 'passies', werden vooral beschouwd als iets waar met wantrouwen naar gekeken moest worden (Haidt, 2003, p 852). Ze werden het liefst genegeerd en vooral verwezen naar het onbeduidende domein van de dieren en geduid als 'zwakheid van het vlees'. De rede werd beschouwd als belangrijke zo niet belangrijkste leidraad in het leven (Damasio, 1999, p 39).

1.1 VISIES OP RATIO EN EMOTIE DOOR DE EEUWEN HEEN

De Stoïcijnen (300 v.Chr.) beschouwden onbewogenheid als hoogste deugd. De Stoïcijner Posidonius stelde dat stoïcijns zijn, onbewogen zijn, een positief effect had op de passies. Passies, zo stelde hij, waren een irrationeel onderdeel van de ziel (Reesor, 1951, p 109). Passies werden alleen vermeld als een onderdeel van de rede in die zin dat passie een zekere mate van rationaliteit bevatte. Plato sprak over zijn model van een zogenaamd *gescheiden zelf* waarin de rede regeert over de passies (Haidt, 2003 p 852). Aristoteles had eenzelfde idee over de rede en sprak over de rede als de wijze meester en de emotie als de naïeve slaaf (Haidt, 2003, p 852). In de 17^e eeuw werd dit alles bevestigd door Descartes (1596-1650) die met zijn filosofie en uitspraak "*Cogito Ergo Sum*" ("ik denk dus ik besta") de basis van het rationalisme legde. Het rationalisme stelt dat de rede de enige bron van kennis is. Volgens rationalisten bevatte de werkelijkheid een redelijke en logische structuur en kon deze ontdekt en begrepen worden door de rede en wel zonder tussenkomst van iets anders dan die rede zelf.

Alhoewel het denken over de rol van emoties bij cognitie lang een negatieve rol heeft gespeeld binnen het westerse denken, waren er toch een paar filosofen die pionierden met het idee dat emotie een sturende en gunstige rol speelde binnen besluitvorming (Lerner et al., 2015, p 802). David Hume (1711-1776) schreef bijvoorbeeld dat het stellen van de rede boven emotie en het beschouwen van emotie als ondergeschikt, volkomen verouderd was. Zijn stelling was dan ook dat emoties niet secundair waren aan de rede, maar juist *voorafgaan* aan de rede, dat de rede de slaaf is en zou moeten zijn van emotie en dat de rede nooit iets anders kan pretenderen te doen dan het gehoorzamen en dienen van emotie:

"Reason is, and ought only to be the slave of the passions, and can never pretend to any other office than to serve and obey them"

(1978[1738], p 415) (Lerner et al., 2015, p 802).

Hume beschrijft dat observeerbaar gedrag primair het resultaat is van de passies. *Passions* zijn volgens Hume impressies die een constante invloed uitoefenen op menselijk gedrag en niet gereduceerd kunnen worden tot andere mentaal opgekomen fragmenten zoals ideeën (Grüne-Yanoff and McClennen, 2008, p 87). Met zijn idee voor de beperkende rol van de rede, kan de rede nooit een motiverende basis zijn voor gedrag. De rede is volgens Hume puur van toegevoegde waarde in die zin dat ze argumenten kan geven en argumentatie kan reguleren wat betreft gedrag (Grüne-Yanoff and McClennen, 2008, p 88). De rede kan dan ook zelf geen impressies genereren en kan dus zelf geen gedrag veroorzaken. Geheel in lijn met zijn visie is

bijvoorbeeld dat woede zorgt voor de motivatie om te reageren op onrechtvaardigheid (Lerner et al. 2015, p802). Wel kan de rede *interacties* aangaan met de passies waardoor de rede een motiverende kracht kan worden (Grüne-Yanoff and McClennen, 2008, p 88).

Waar Hume de passies ziet als de basis voor gedrag, zagen bijna al zijn tijdgenoten de rede (nog steeds) als basis voor gedrag. Hume's invloedrijke tijdgenoot Kant, een Duitse filosoof (1724-1804), was er van overtuigd dat bij gedrag, moraliteit samengevat kon worden in één principe, het *Categorisch Imperatief*: datgene waar alle taken en plichten uit voort vloeien (Rachels and Rachels, 2007, p 121). Kant stelde dat de mens een intrinsieke waarde bezit omdat deze een met rede begaafde persoon is: de mens is vrij en capabel om eigen beslissingen te nemen, doelen te stellen en zijn gedrag te laten leiden door de rede. De enige manier waarop er morele goedheid kan bestaan, aldus Kant, is wanneer met rede begaafde personen zich gedragen vanuit hun goede wil en het idee of notie van *plicht*. Dit impliceert dat wanneer er geen met rede begaafde personen zouden zijn, 's werelds morele dimensie gewoon zou verdwijnen (Rachels and Rachels, 2007, p 132).

Het dominante mensbeeld vanuit de Verlichting heeft geleid tot de nog altijd diepgewortelde maakbaarheidsgedachte waarbij de cognitief vaardige burger op elk gebied weloverwogen eigen keuzes kan maken en overall zelf verantwoordelijk voor is. Tot aan 70-er jaren van de vorige eeuw werd de rede nog steeds beschouwd als belangrijkste leidraad in het leven waarbij moraliteit werd beschreven als iets rationeels, als het hoogste attribuut van de mens en volledig onafhankelijk van emotie (Damasio, 1999, p 39). Emotie werd nog steeds gewantouwd, en zeker bij (morele) besluitvorming (Damasio, 1999, p 38). Pas vanaf de jaren 80 ontstond er *naast* de nadruk op het cognitieve meer aandacht voor affectieve elementen. Met affecten worden alle situaties en mechanismen bedoeld die zorgen voor het produceren van gevoelens, waaronder emoties (Damasio, 2019, p 100). Er kwam zo een emotionele component bij als een correctie op het moreel redeneren (Haidt, 2003, p 1). Een voorbeeld van die andere visie op morele ontwikkeling is te vinden in het boek "*In a Different Voice*" (1993) van Carol Gilligan. Volgens Gilligan zijn zorg (affectie) en verantwoordelijkheid in persoonlijke relaties net zo belangrijk bij moreel denken als abstract redeneren, autonomie en rechtvaardigheid (Dierckx et al., 1998, p 831). Gilligan stelt dat in moreel redeneren zorgen voor zichzelf en voor anderen; relaties onderhouden; verantwoordelijk zijn; zelfopoffering en geweldloosheid moeten worden meegewogen.

Langzaamaan begonnen theoretici te claimen dat emoties wel eens leidend zouden kunnen zijn in moreel redeneren en dat moreel redeneren wel eens de echte dienstbode kon zijn onderwijl zich voordoeend als de grote leider (Haidt, 2003, p 2). Sinds de jaren '80 en '90 heeft deze affectieve revolutie een vlucht genomen. Dit is te zien aan het aantal onderzoeken naar en de productie van artikelen omtrent bewuste en vooral onbewuste invloeden van emoties op menselijk gedrag en de rol van cognitie en emotie in (morele) oordeels-, en besluitvorming en emoties (Bandura, 1996; Bandura, 2002; Damasio, 1999; Hornberg et al, 2011; Kirman et al., 2010; Lerner et al., 2015; Phelps et al., 2014; Prinz, 2004; Teper et al., 2015). Inmiddels is wel duidelijker dat emoties geen last of luxe zijn, maar een onmisbaar onderdeel van oordeelsvorming in het algemeen en van morele oordeelsvorming in het bijzonder. Er bestaat een wederzijdse afhankelijkheid tussen emotie en ratio (Bandura, 1996; Bandura, 2002; Damasio, 1999; Haidt, 2003; LeDoux, 2012; Lerner et al., 2014).

Rond diezelfde periode heeft neurowetenschappelijk onderzoek naar de wederzijdse afhankelijkheid van emotie en ratio (Bandura, 1996; Bandura, 2002; Damasio, 1999; Haidt, 2003; LeDoux, 2012; Lerner et al., 2015) een grote vlucht genomen. Met behulp van sterk verbeterde neurowetenschappelijke technologie zoals CT, PET, ALE en MRI is de wisselwerking tussen de twee in beeld gebracht, met nieuwe inzichten tot gevolg die we later zullen behandelen.

De theorieën over de manier waarop we automatische en cognitief bewuste morele beslissingen nemen worden binnen de filosofie en morele psychologie verdeeld in rationalistische modellen en intuïtieve modellen. De rationalistische modellen stellen dat morele oordelen gebaseerd zijn op bewuste reflectie en weging van argumenten. De intuïtionistische modellen benadrukken daarentegen dat morele overtuigingen over het algemeen zo snel worden gevormd dat er helemaal geen tijd is voor rationele overwegingen om te komen tot een voorzichtig en weloverwogen oordeel en dat de rationele beoordeling pas daarna plaats vindt. Daarbij wordt binnen het intuïtionisme benadrukt dat sociale en culturele invloeden een belangrijke invloed hebben op het redeneren bij moreel gedrag en het vormen van morele oordelen (Haidt, 2001, p 814). Sociaal psycholoog Haidt stelt hierover het volgende: *“one just sees without argument that they are and must be true”* (Haidt, 2001, p 814). Met andere woorden: mensen voelen intuïtief aan wat moreel goed of fout is en baseren hun morele oordeel daarop. In dit model staat het emotionele systeem dus op de voorgrond. Besluitvorming wordt hierbij onderverdeeld in twee processen ofwel twee systemen; het proces van de snelle emotionele en onbewuste intuïties die leiden tot morele oordelen (systeem 1) en de langzamere rationele, bewuste en daarmee rationele overwegingen die leiden tot weloverwogen morele oordelen (systeem 2) (Kahneman, 2011; Sauer, 2012).

Om zinvol te kunnen starten met een discours over moreel redeneren moet eerst duidelijk zijn wat er in deze thesis wordt bedoeld met het begrip moraliteit. Vervolgens is het zaak om de aanleiding voor moreel redeneren onder de loep te nemen. Wanneer doen we dit en waarom?

1.2 MORALITEIT EN MOREEL REDENEREN

Het verkrijgen van een compleet begrip over wat moraliteit vanuit filosofisch perspectief inhoudt, gaat voor een thesis als deze te ver. De definitie van Socrates over moraliteit is voor onze toepassing richtinggevend, namelijk dat moraliteit gaat over *“hoe we moeten leven”*, en waarom (Rachels & Rachels, 2007, p 1). Vanwege de vele theorieën en opvattingen over wat het dan betekent om ‘goed’ te leven en ons te gedragen volgens juiste morele maatstaven, lijkt alles wat verder gaat dan deze definitie controversieel. Maar voor toepassing van het begrip moraliteit in de zorg is deze definitie toch te beperkt. Een minimum uitbreiding is dat er door degene die oordeelt evenveel gewicht wordt gegeven aan belangen van de persoon die worden getroffen door het morele oordeel of gedrag dan aan het eigen belang (Anckaert, 2006, p 2). Tenslotte bieden de 4 principes als *niet schaden* en *weldoen* en het bewaken van waarden als *autonomie* en *rechtvaardigheid* een houvast (Hindriks, 2015, p 238-239). Deze 4 principes vormen al ruim 40 jaar een moreel raamwerk voor het nadenken over ethische dilemma’s bij verschillende disciplines waaronder geneeskunde (Shea, 2020, p 387) en verpleegkunde.

In deze thesis sluit ik verder aan bij de gangbare definitie dat moreel redeneren een vorm van praktisch redeneren is die gericht is op een gebeurtenis waarbij het gaat om het nemen van een beslissing omtrent gedrag over de vraag wat het goede is om wel of niet te doen (Richardson, 2018, p 2). Zoals eerder gesteld dient daarbij dus rekening te worden gehouden met de belangen van personen (patiënten) die worden getroffen door het morele gedrag, om tot een conclusie te komen over wat *geoorloofd of verboden* is of wat je zelfs *verplicht* bent om te doen. Dit evalueren van mogelijk moreel gedrag verloopt via de menselijke capaciteit tot reflectie waarbij aanstootgevend gedrag terzijde wordt geschoven omdat dit zou leiden tot morele reacties als verontwaardiging en schuld (Sie, 2009, p 518).

Er is sprake van een *moreel dilemma* indien zich een situatie voordoet waarin er morele argumenten zijn voor twee (of meer) mogelijke keuzes waarbij beide (of alle) opties uitvoeren niet mogelijk is omdat (enkele van) de keuzes elkaar in meer of mindere mate uitsluiten. Om daadwerkelijk van een dilemma te kunnen spreken mag bovendien het ene argument niet significant zwaarder wegen dan het andere en mag het voortschrijden van de beschikbare tijd de tegenstelling niet opheffen (McConnell, 2018, p 2). Een voorbeeld van een moreel dilemma is de vraag of je een bewusteloze en dus wilsonbekwame patiënt in het ziekenhuis opneemt omdat de familie dit graag wil, terwijl de patiënt je eerder heeft verteld (toen hij nog bij bewustzijn was) dat hij niet meer naar het ziekenhuis wil. Of, hoogst actueel, de vraag of je een COVID-19 vaccinatie gaat laten zetten om kwetsbare patiënten te beschermen terwijl je zelf die vaccinatie eigenlijk niet wil.

Zoals de voorbeelden illustreren, ontstaan morele dilemma's niet vanuit een vacuüm en worden ook niet vanuit het niets opgelost. Aan de oorzaak en het oplossen van morele dilemma's liggen diverse persoonlijke morele overtuigingen alsook beroepsmatige en sociale waarden ten grondslag. Deze worden gevormd door een combinatie van normatieve regels vanuit de cultuur en samenleving waarin we leven, aangevuld met individuele ervaringen en zelfreflectie. Voor het oplossen van dit soort morele dilemma's zal er geredeneerd moeten worden.

2 ROLVERDELING EN SAMENWERKING IN DE GEZONDHEIDSZORG

Bij morele dilemma's in de zorg gaat het vaak om situaties waarin professionele en persoonlijk normen en waarden van de beroepsbeoefenaar met elkaar botsen. Daarbij worden de gebruikte normen gevormd door concrete richtlijnen om bepaalde waarden te kunnen bereiken (bijvoorbeeld de Beroepscode voor verpleegkundigen V&VN, 2017).

Wanneer het gaat om morele dilemma's die zich bevinden op het snijvlak tussen geneeskunde en verpleegkunde, is de inbreng van beide beroepsgroepen noodzakelijk. Beide beroepsgroepen hebben namelijk, naast individuele verschillen, door hun opleiding en werkervaring verschillende visies op gezondheid en ziekte en verschillende informatie over patiënten en behandelingen. Dit soort dilemma's komen zeer frequent voor. Het oplossen ervan vereist zowel informatie over geneeskundige factoren (over gezondheid, en behandelmogelijkheden) en welzijnsaspecten (persoonlijke factoren zoals behoeften, verlangens en sociale omstandigheden).

2.1 ACUTE ZORG EN HET WETENSCHAPPELIJK MENSBEELD

Artsen worden van oudsher getraind in het snel identificeren van het acute probleem, het uitsluiten van andere bedreigende problemen en het direct inzetten van de beste behandeling die gericht is op overleven. Voor snel diagnosticeren en behandelen is vooral wetenschappelijke kennis nodig; kennis van ziektebeelden en bewezen (optimale) uitkomsten van behandelingen. Het wetenschappelijke mensbeeld staat hierbij voorop en heeft als kerntaak diagnostisering, bepalen of genezing of repareren mogelijk is en hoe dat het best kan worden aangepakt. De periode na deze acute fase is er één die gericht is op het voorkomen of beperken van complicaties. Er wordt geprobeerd om de patiënt in zo goed mogelijke conditie weer naar huis te krijgen om verder te herstellen. De opleiding van artsen past daarmee bij het dominante deel van het soort werk dat artsen in de dagelijkse praktijk doen: de focus ligt op het stellen van diagnoses, het bepalen van de in te zetten behandelingen en het overleggen met patiënten over de te volgen behandeling (Ankaert, 2006, p 5).

Binnen dit acute ziekteproces is de rol van de patiënt, cognitief gezien, er altijd één geweest van passiviteit (Wagner et al., 2001, p 65) waarbij de arts diagnosticeert, bepaalt wat de best mogelijke behandeling is en dit meedeelt aan de patiënt. De tijd dat 'de dokter bepaalt' ligt echter steeds verder achter ons. En met goede redenen. We blijven onder invloed van verbeterde hygiëne en nieuwe medische behandelingen en technologieën steeds langer gezond. Hierdoor zijn de levenskansen voor mensen niet alleen toegenomen maar ook het aantal chronisch zieken (Wagner et al., 2001, p 64). Veel ziekten zijn immers niet langer fataal (denk bijvoorbeeld aan hartinfarcten en veel soorten kanker) en effectief veranderd in chronische aandoeningen. De zorg voor chronisch zieken vereist echter een andere benadering dan de zorg voor acuut zieken.

2.2 WELZIJN

Zorg voor chronisch zieken vraagt vooral om aandacht voor welzijn, emotionele aspecten van ziek zijn en omgaan met verlies en beperkingen. De vraag is in toenemende mate niet meer 'overleven?', maar 'overleven tegen welke prijs?'. Het begrip 'welzijn' verdient nadere duiding. In deze thesis wordt het begrip welzijn begrepen als de combinatie van zes dimensies zoals deze zijn uitgewerkt in de sociale wetenschappen vanuit *Subjective well-being* (SWB) enerzijds en *psychological well-being* (PWB) anderzijds (Ryan & Deci, 2001; Keyes et al., 2002).

Subjective well-being wordt opgebouwd uit het hebben van positieve affecten, de afwezigheid van negatieve affecten en het hebben van levensvreugde. Dit wordt aangeduid als ‘gelukkig zijn’. Een evaluatie van het gelukkig zijn is niet van buitenaf opgelegd maar komt vanuit het individu zelf; individuen kennen eigen waarden toe aan situaties in het leven. *Psychological well-being* kijkt naar de manier waarop het individu zichzelf kan realiseren en naar het volwaardig functioneren van het gehele individu (Keyes et al. 2002, p1015-1017).

De combinatie van SWB en PWB vormt een praktisch model waarin natuurwetenschappelijke en holistische mensbeelden op gebalanceerde wijze vertegenwoordigd zijn, wat essentieel is voor een betere zorgverlening. Daarbij worden zes welzijnsaspecten onderscheiden, te weten (Keyes et al., 2002; Ryff, 2018):

- *zelfacceptatie*: het aanvaarden van zichzelf inclusief eventuele beperkingen zoals bijvoorbeeld het hebben van chronische ziekten;
- *positieve relaties met anderen*: het hebben van vertrouwensrelaties met anderen;
- *besturen van de eigen leefomgeving*: het inrichten van de eigen leefomgeving zodat de eigen wensen, behoeften en verlangens bevredigd worden;
- *autonomie*: het individu bepaalt de eigen doelen en heeft een eigen autoriteit;
- *het hebben van levensdoelen*: zingeving vinden in de eigen uitdagingen en inspanningen; en ten slotte
- *persoonlijke groei*: het benutten van de eigen capaciteiten en talenten

2.3 DE BESLUITVAARDIGE ZIEKE MENS

Gedreven door de beschreven veranderende aard van ziektebeelden, maar ook door de doorwerking van algemeen maatschappelijke tendensen, wordt in de huidige Nederlandse maatschappij in toenemende mate uitgegaan van de cognitief vaardige mens. Dit heeft verregaande gevolgen in de zorg. Er wordt van de burger – ook in de rol van patiënt – verwacht dat deze op elk gebied weloverwogen eigen keuzes kan maken. Bijvoorbeeld om gezond te blijven of te worden door gezond te eten, therapietrouw te zijn, te bewegen, niet te roken, te drinken enz.. Wat opvalt in het discours is dat de nadruk daarbij vooral ligt op het maken van allerlei *verstandige* keuzes. ‘Cognitief vaardig’ wordt in de praktijk primair uitgelegd als ‘rationeel vaardig’.

Deze nadruk op het rationele is ook terug te vinden in gespreksvoering, oordeelsvorming en besluitvorming in de gezondheidszorg. Gelukkig is er steeds meer oog voor de positieve effecten van participatie van patiënten en patiëntgerichte zorg. Het positieve effect daarvan op gezondheidswinst en kwaliteit van leven wordt ondersteund door terrein winnende studies over “patiënt gerichte zorg” (Rathert et al., 2012, p 351-352) en wettelijke bepalingen als “*informed consent*”. *Informed consent* betekent dat op basis van goed behandelarschap een patiënt geïnformeerd dient te worden over behandelmogelijkheden en op basis van de gegeven informatie aan de arts toestemming moet geven voor het uitvoeren van een bepaalde behandeling. Het betreft hier dus validaties c.q. legitimaties van een *reeds genomen* beslissing. Dit betekent echter niet dat er na het vaststellen van de meest geschikte behandeling en alternatieven geen overleg en afstemming plaatsvindt met de patiënt. In aanvulling op *informed*

consent wordt namelijk steeds meer de nadruk gelegd op *shared decision making (SDM)*. Dit is een proces waarin de patiënt een centrale rol speelt in het nemen van beslissingen binnen het zorg- en behandelproces (Barratt, 2008, p 408). Het is, anders dan *informed consent*, een proces dat geen wettelijke grondslag heeft en veel verder gaat. Bij *shared decision making* worden gezamenlijk medische behandelingen met verschillende risico's of mogelijke resultaten afgewogen. Of resultaten die wat betreft overleving hetzelfde zijn maar waarbij de effecten op de kwaliteit van leven kunnen variëren (King and Moulton, 2006, p 449). Belangrijk is dat de arts de patiënt hierbij betrekt in *het nemen* van een beslissing (Whitney et al., 2004, p 55). Onderzoek omtrent *shared decision making* toont aan dat participatie van patiënten in klinische besluitvorming leidt tot een verhoging van de patiënttevredenheid en van de kwaliteit van zorg (Florin et al., 2008, p 2936).

Shared decision making lijkt een ideaal proces aangezien het naast de lichamelijke aspecten van de (chronische) ziekte, ook meer ruimte biedt om rekening te houden met emotionele en sociale processen. Er zijn echter ook valkuilen. De patiënt wordt bij dit proces immers, zelfs nog meer dan bij *informed consent*, als cognitief vaardig verondersteld. De vraag is of dit terecht is. Weliswaar wordt de patiënt vaak wel gevraagd naar zijn of haar emoties, maar tegelijkertijd wordt ook gevraagd of gesuggereerd om deze emotionele zaken op een rationele manier te beredeneren. Daarmee leggen én de gespreksvoering én zelfmanagement de nadruk (nog steeds) op de ratio. Er kunnen bovendien vraagtekens worden gezet bij de mate waarin een ziekmens, met emoties als angst en verdriet, überhaupt rationeel vaardig is. Patiënten die baat lijken te hebben bij *shared decision making* zijn dan ook vooral cognitief vaardige mensen; goed opgeleide mensen met goede coping vaardigheden, die goed weten wat ze wel en niet willen en dit bovendien goed kunnen verwoorden – inclusief het in rationele termen kunnen overbrengen van hun emoties. En daarbinnen vooral patiënten uit groepen die relatief gezond zijn, waar geen direct levensgevaar dreigt of die wel een chronische ziekte hebben en heel goed weten wat bij hun idee van welzijn of kwaliteit van leven past. De groep die in dit opzicht – al dan niet tijdelijk – minder rationeel vaardig is, heeft baat bij ondersteuning in dit proces.

2.4 ARTSEN EN VERPLEEGKUNDIGEN; COMPLEMENTAIRE KENNISDOMEINEN

Binnen het primaire zorgproces vertegenwoordigen artsen en verpleegkundigen de kerndisciplines. In zowel de *cure* als de *care* wordt er gekeken naar datgene wat er aan de hand is met patiënten en wordt er gehandeld wanneer dit nodig is (Van Loon et al., 2014, p 156). Samen werken zij aan een zo goed mogelijk herstel van hun patiënten, waarbij ieder traditioneel een eigen kennisdomein en verantwoordelijkheid heeft.

De verschillen in opleidingsfocus en dagindelingen van beide beroepsgroepen leiden in de dagelijkse praktijk tot het gebruik van andere kennis- en ervaringsdomeinen. Waar artsen zich vooral op de natuurwetenschappelijke kant van ziek-zijn richten, houden verpleegkundigen zich voornamelijk bezig met het in stand houden dan wel verhogen van het welzijn van hun patiënten (Van Loon et al. 2014, p156). Zij gebruiken daarbij voornamelijk kennis die aansluit bij een hoofdzakelijk holistisch kennisdomein (Liaschenko & Fischer, 1999; Liaschenko & Stein-Parbury, 2011).

Liaschenko & Fisher onderzochten welke kennis artsen en verpleegkundigen gebruiken en onderkennen daarin drie soorten kennis (Liaschenko & Fischer, 1999, p29-30):

- zakelijke kennis;
- patiënten kennis;
- persoonlijke kennis

Zakelijke kennis is overwegend het domein van artsen. Het omvat zoals eerder beschreven natuurwetenschappelijke kennis van anatomie, fysiologie, pathologie en van behandelingsmogelijkheden en -onmogelijkheden. Die kennis wordt verkregen vanuit wetenschappelijk onderzoek, is in algemene zin geldig voor patiëntenpopulaties, staat los van individuele patiënten en wordt daarmee verondersteld objectiviteit te waarborgen. De culminatie daarvan vond plaats in de jaren '90, met het opkomen van *Evidence Based Medicine* (EBM). De kern van EBM ligt in het informeren van artsen over en het bijdragen aan de begripsvorming rond gepubliceerde literatuur om op die manier de klinische zorg te optimaliseren en uniformiseren (Benjamin & Guyatt, 2017, p 415). Het heeft geleid tot een veelheid aan op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde richtlijnen en protocollen over behandelingen die richting en uniformiteit geven aan de manier waarop zorgprofessionals moeten handelen. In hun streven naar de best mogelijke behandeling voor hun patiënten nemen ze hun beslissingen zoveel mogelijk op basis van EBM.

Een deel van het werk van verpleegkundigen is het observeren en anticiperen en zo de reacties van de verschillende patiënten in kaart brengen en rapporteren in termen van zakelijke kennis. Patiëntenkennis, kennis die verkregen wordt door het observeren van patiënten en uitvragen naar ervaringen en alle emoties en gevoelens die daarbij horen, behoort al meer tot het domein van de verpleegkundige. Artsen brengen in de regel eenvoudigweg te weinig tijd door om deze informatie te verkrijgen. Immers, verpleegkundigen, ook de verder gespecialiseerde verpleegkundigen, verdelen hun aandacht over een veel beperktere groep patiënten dan artsen en hebben daardoor meer tijd per patiënt. Hierdoor kunnen zij meer aandacht besteden aan de lichamelijke en psychosociale omstandigheden en problemen van hun patiënten (Florin et al., 2008, p 2936). Dit betekent niet dat de informatie niet bij de arts terecht komt maar wel dat de verpleegkundige de eerste is die deze informatie verkrijgt en verwerkt omdat zij in de regel wel voldoende tijd bij de patiënt doorbrengen en in staat zijn om vergelijkingen te maken door de tijd heen. Door de 24/7 aanwezigheid zijn verpleegkundigen in staat individuele patiënten te volgen, reacties te interpreteren en deze af te zetten tegen reacties van andere patiënten en zo uitzonderingssituaties te identificeren.

De derde soort kennis, de persoonlijke kennis van de patiënt, is bij uitstek het kennisdomein van de verpleegkundige. Persoonlijke kennis omvat kennis van de patiënt *als individu* en met zijn of haar persoonlijke historie. Dat omvat niet alleen kennis over wat een behandeling op dat moment voor iemand betekent in praktische zin, maar ook over de emotionele impact van een ziekteproces, wat voor directe en indirecte gevolgen het heeft in iemands leven en over draaglast en draagkracht van de patiënt en zijn naasten. In praktische zin: hoe de patiënt zijn eigen welzijn beleeft. Hoe meer daarom wordt opgeschoven naar persoonlijke kennis, des te minder meetbaar de observaties worden. Hierdoor zit er wel een grote hoeveelheid subjectiviteit in klinische oordeelsvorming door verpleegkundigen (Florin et al., 2008, p 2936).

Het hebben van persoonlijke kennis is niet in alle gevallen even noodzakelijk. In situaties waarin patiënten niet erg ziek zijn en (relatief) gezond weer het ziekenhuis verlaten, speelt het slechts een beperkte rol. Persoonlijke kennis is echter onontbeerlijk in situaties waarbij het ziekteproces iemands leven sterk negatief beïnvloed of wanneer besluitvorming gaat over het beëindigen of niet inzetten van intensieve behandelingen (Stein-Parbury & Liaschenko, 2007, p 473). De persoonlijke kennis omvat kennis over emoties, gevoelens en daaruit volgende wensen, behoeften en verlangens vanuit waarden van het maar ook om zaken vanuit het PWB, meer rationele of praktische zaken zoals volwaardig functioneren en zelfrealisatie. etc. Kortom, alle informatie die het welzijn vormt van de patiënt.

2.5 BEWAKEN VAN WELZIJN

Doordat artsen veel minder tijd doorbrengen bij hun patiënten dan verpleegkundigen, zijn zij onvoldoende op de hoogte van de voorkeuren van hun patiënten. Wanneer de beslissingen complexer worden en invloed hebben op de kwaliteit van leven van patiënten, blijkt het inschattingsvermogen van artsen wat betreft het risico dat patiënten lopen achteruit te gaan (King and Moulton, 2006, p 459). Dat is bijzonder onfortuinlijk. Niet alleen omdat onvoldoende op de hoogte zijn de voorkeuren van patiënten leidt tot langer doorbehandelen dan wenselijk is, maar zeker ook omdat patiënten verwachten dat de arts zijn mening en advies geeft en deze beschouwen als het belangrijkste in hun eigen besluitvormingsproces (Mazur et al., 2005, p 102).

Bij het vellen van morele oordelen waaruit besluiten voortkomen, spelen zowel bij patiënten als bij hulpverleners emoties en gevoelens een rol. Het is zeer onwaarschijnlijk dat een zorgverlener een behandelproces doorloopt met een patiënt zonder daar emoties, gevoelens en intuïties bij te hebben. Zoals later wordt beschreven kunnen emoties en gevoelens wel worden onderdrukt, maar ook dat deze pas in het bewustzijn komen wanneer ze al zijn gevormd en daarmee het (morele) oordeel al hebben gekleurd. Voor klinische morele oordeelsvorming is het daarom van belang dat emoties en gevoelens van *zowel* patiënt *als* hulpverlener niet terzijde worden geschoven en maar er voldoende ruimte is voor overleg en reflectie met verschillende disciplines. Iedere discipline heeft namelijk een eigen visie op de mens en op ziekte en gezondheid. Alleen door intensief overleg waarin er wordt gereflecteerd op eigen emoties en gevoelens en morele intuïties worden besproken kunnen de verschillende intuïties worden bijgesteld. Op die manier en kan er een ècht weloverwogen beslissing worden genomen waarbij rekening wordt gehouden met de emoties, gevoelens en daardoor met de wensen en behoeften van de patiënt.

2.6 MOREEL BERAAD ALS FACILITEREND OVERLEG

Een overlegvorm die bij uitstek voor geschikt is voor het redeneren over en reflecteren op intuïties en morele oordelen, is het zogenoemd moreel beraad. In een moreel beraad wordt volgens een bepaalde methodiek een gesprek gevoerd over een morele vraag vanuit de zorgpraktijk. In een moreel beraad wordt de nadruk gelegd op het uitwisselen van en reflecteren op visies van het probleem en reflecteren op de eigen en elkaars visie (Van Dartel, 2017, p 39). Zo worden de verschillende perspectieven op het dilemma expliciet gemaakt en meegenomen in de uiteindelijke besluitvorming, wat leidt tot een evenwichtiger zorgbeleid. Een voorbeeld van een te bespreken moreel dilemma is het wel of niet doorbehandelen van een patiënt, die zeer weinig tot geen kansen heeft, omdat de familie dit eist. Of de vraag of een wilsonbekwame patiënt toch opgenomen moet worden in het ziekenhuis omdat de familie dit wil, terwijl de patiënt eerder heeft aangegeven dit niet meer te willen. Of de vraag of de oudere met dementie een voedingssonde moet krijgen omdat ze niet wil eten. Wanneer het gaat om dit soort

ingewikkelde dilemma's is moreel redeneren en reflecteren onmisbaar. Immers, wanneer het eigen oordeel *niet* wordt uitgesteld door eerst te reflecteren op eigen emoties en gevoelens omtrent het dilemma of de situatie, ontstaat het risico dat er niet wordt geredeneerd vanuit het perspectief van de patiënt en familie. Er kan dan een oordeel worden geveld dat geen recht doet aan de situatie van de patiënt.

Deelnemers van een moreel beraad komen bij voorkeur uit verschillende disciplines. Alleen dan kan er vanuit verschillende beroepsperspectieven en daarmee verschillende invalshoeken op een dilemma gereflecteerd worden. Welke inbreng daarbij van artsen, verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten afkomstig is, is niet van belang. Het uiteindelijke doel is een verhoging van de kwaliteit van zorg; een gebalanceerd moreel oordeel dat recht doet aan de situatie van de patiënt.

De vraag is echter of het een realistische verwachting is dat moreel beraad succesvol verloopt. De invloedrijke Amerikaanse sociaal psycholoog Haidt voorspelt namelijk van niet. De kern van zijn model van moreel redeneren, het *Social Intuitionist Model* (SIM) is namelijk dat directe rationele beïnvloeding van morele oordelen niet of slechts zeer beperkt mogelijk is. Als dit waar zou zijn, dan is het voeren van een moreel beraad de facto een zinloze exercitie, die de gewekte verwachtingen nooit waar zal kunnen maken.

In het volgende hoofdstuk zullen we kijken naar Haidt's positie omtrent de positionering van moreel redeneren. Daarnaast is er aandacht voor de rol die emoties, gevoelens en morele intuïtie volgens Haidt spelen binnen morele oordeelsvorming en sociale beïnvloeding van morele oordelen.

3 HAIDT EN HET SOCIAL INTUITIONIST MODEL

In zijn model van moreel redeneren, het “*Social Intuitionist Model*” (SIM) beschrijft sociaal psycholoog Jonathan Haidt moraliteit als een met elkaar verbonden zijnde set van waarden, praktische situaties en geëvolueerde psychologische mechanismen die samenwerken om zelfzucht (egoïsme) te reguleren en sociaal leven mogelijk te maken (Haidt, 2008; Haidt, 2013). Zijn beschrijving gaat uit van een menselijke moraliteit die het resultaat is van een co-evolutie tussen genen en culturele veranderingen.

3.1 HET SOCIAL INTUITIONIST MODEL

Haidt stelt dat moreel redeneren ons morele oordeel *kan* beïnvloeden. Om te beschrijven hoe dit in zijn werk gaat, beschrijft Haidt zes processen die een rol spelen bij de totstandkoming van morele oordelen, en de plaats die moreel redeneren hierbij inneemt (Haidt, 2001, p 817-819). Vier processen zijn volgens Haidt het meest belangrijk.

1. *Vorming van het intuïtieve oordeel* Morele oordelen komen automatisch en moeiteloos tot stand en zijn daarmee het resultaat van morele intuïties

Haidt beschrijft een morele intuïtie als de plotselinge bewustwording van een gevoel (waarderen-afkeuren, goed-slecht) over de kenmerken van een handelingen. Het zijn de automatisch opkomende affectieve reacties; ingevingen van emotieve prikkels en de daaruit voortvloeiende gevoelens (Haidt, 2001; Hindriks, 2014). De bewustwording wordt *niet* vooraf gegaan door een bewust proces van wegen van de voor- en tegenargumenten en het trekken van een conclusie vanuit het bewijs dat voorhanden is (Haidt, 2008, p 69). Dit impliceert dat morele oordelen die we in het dagelijks leven vellen een louter intuïtieve basis hebben en dat morele oordelen wat Haidt betreft dan ook *niet* gebaseerd zijn op moreel redeneren (Haidt, 2001, p 814). Het SIM model sluit daarmee uit dat automatische processen gebaseerd kunnen zijn op rationele processen (Sauer, 2012, p 259).

2. *Moreel redeneren als post hoc onderneming*: Moreel redeneren is een bewust proces dat pas plaats vindt *nadat* het morele oordeel is gevormd en is gericht op het *herbevestigen* van het initiële eigen oordeel;
3. *Beredeneerd overtuigen*: moreel redeneren om affectief geladen intuïties bij de ander/luisteraar op te wekken om die te overtuigen van de eigen morele intuïtie

Haidt ziet morele intuïties als het hebben van een definitief moreel oordeel. Moreel redeneren is er volgens Haidt primair op gericht om het initiële intuïtieve oordeel te bevestigen dan wel om anderen van onze intuïties te overtuigen (Haidt, 2001, p 815). Sterker nog, Haidt stelt dat *de meeste* mensen alleen moreel redeneren om een ander van ons (initiële) morele oordeel, te overtuigen. Hierbij ervaren we ons eigen redeneren zelf als onpartijdig en *niet* als het bevestigen van de eigen intuïties (Haidt, 2001, p 817). Haidt merkt op dat wij daarbij snel *dumbfounded* zijn. Daarmee bedoelt hij dat we bij het uitgedaagd worden door anderen om onze morele oordelen rationeel te verdedigen, we daar maar tot op zekere hoogte toe in staat zijn. Hij stelt dat we

geneigd zijn om post-hoc redenen aan te voeren en zelfs te verzinnen (confabuleren) om ons aanvankelijke morele oordeel overeind te houden. Daarbij trekken we deze oordelen, zelfs wanneer we geen redenen meer kunnen aanvoeren ter verdediging van onze morele intuïties, vervolgens niet in twijfel (Hindriks, 2015, p 242). Haidt concludeert zelf daarom dat de ratio in de praktijk te veel wordt benadrukt (Haidt, 2001, p 815).

4. *Sociale overtuiging* de morele oordelen van vrienden, partners en bekenden hebben een directe invloed op anderen, nog voordat er (post hoc) redematies zijn gebruikt om de anderen te overtuigen.

Haidt beschouwt de menselijke emotie en moraliteit als een complex geheel dat primair verbonden is met sociale interacties tussen mensen en cultuur. Als alternatief voor rationele beïnvloeding stelt Haidt dan ook dat onze oordelen vooral gevormd worden door morele oordelen van anderen om ons heen via intuïtieve sociale processen. Zelfs zonder dat deze naar ons worden uitgesproken oefenen deze hun invloed uit en zijn veel mensen geneigd hun oordeel te schikken naar groepsnormen. Volgens Haidt worden emoties getriggerd door het zien van (on)rechtvaardigheden die vervolgens emoties als woede of sympathie oproepen (Haidt, 2003, p 854). Haidt borduurt hier door op de Big Six van Ekman. Hij beschouwt daarbij zelfs emotiefamilies echter als 'te beperkt' en breidt deze uit naar nog grotere families van emoties. Hij groepeerd bijvoorbeeld niet alleen minachting, woede en walging in dezelfde familie maar ook verontwaardiging en afkeer. In een andere familie combineert hij zo niet alleen schaamte en schuld, maar ook verlegenheid (Haidt, 2003, p 855). Het uitbreiden van basisemoties naar families en zelfs uitgebreide families van emoties maakt het voor Haidt mogelijk om te stellen dat er emoties zijn die tegelijkertijd tot stand zijn gekomen door evolutionaire processen *en* beïnvloed worden door culturele normen en waarden met sociale interacties (Haidt, 2003, p 855).

Op de vorming van het intuïtieve oordeel na, wat een intra persoonlijk proces is, beschrijven de andere processen die tot nu toe zijn behandeld interpersoonlijke dimensies. Haidt erkent hiernaast echter ook een vijfde en zesde proces waarmee primair intra persoonlijke redematies morele oordelen kunnen aanpassen:

5. *Logisch redeneren*: soms gebruiken individuen logische redematies om hun initiële oordeel te overrulen;
6. *Privé-reflectie*: in het proces van het redeneren over een situatie kan een individu spontaan een nieuwe intuïtie activeren die een tegenhanger is van de initiële intuïtie (Haidt, 2001, p 820).

Hoewel Haidt erkent dat het mogelijk is dat personen op deze laatste manieren tot een andere intuïtie komen, stelt hij dat deze processen in het dagelijks leven een uiterst *kleine* rol spelen (Pizarro & Bloom, 2003, p 194). Het beperkt zich tot die situaties waarin de initiële intuïtie zwak is en de capaciteit van iemands redeneerproces hoog is. Dit is volgens hem echter slechts voor weinigen weggelegd (Haidt, 2001, p 820) waarmee hij suggereert dat deze processen weinig relevantie hebben voor de dagelijkse praktijk. Met deze vaststelling vermijdt Haidt de traditionele focus op intra persoonlijk redeneren (Haidt, 2001, p 820) en legt hij opnieuw de nadruk op de interpersoonlijke interacties voor de vorming van morele oordelen.

Haidt heeft wel een punt wanneer hij stelt dat we primair reactieve wezens zijn, aanvoelen wat sociaal passend is en vooral post-hoc redeneringen aanvoeren. Wanneer we worden geconfronteerd met morele vraagstukken reageren we soms met impulsief of instinctief gedrag in plaats van beredeneerd gedrag over wat we *eigenlijk* zouden moeten doen. Veel van onze morele oordelen komen zodoende op een automatische manier tot stand (Sie, 2009, p 516).

Maar Haidt onderschat in zijn SIM model de frequentie en impact van bewust moreel redeneren. Hij beschrijft moreel redeneren voornamelijk als een intra persoonlijk proces, als gericht op het herbevestigen van het eigen automatisch gevormde oordeel en als beredeneerd overtuigen van de ander van het eigen oordeel. Morele oordelen zijn wat Haidt betreft dan ook niet gebaseerd zijn op moreel redeneren (Haidt, 2001, p 814). Met het uitsluiten van de invloed van rationale processen op automatische processen (Sauer, 2012, p 259), suggereert Haidt dat morele oordeelsvorming een sociaal volledig kneedbaar systeem is.

Dat Haidt dit stelt, is echter wel van essentieel belang. De puur op interpersoonlijk contact gerichte aanpak zou slecht nieuws zijn voor morele oordeelsvorming en overleg, inclusief klinische morele oordeelsvorming. Van intra persoonlijke reflectie op eigen emoties en gevoelens en daarmee het uitstellen en bijstellen van het eigen oordeel zou dan geen sprake zijn. Iedere vorm van moreel overleg zou zinloos zijn. Morele oordelen in termen van weloverwogen, evidence based en beste behandelopties zouden weinig waard zijn. De filosofisch theoretische consequentie is dat het SIM model niet houdbaar is in deze vorm. In het volgende hoofdstuk wordt dit verder toegelicht.

3.2 KRITIEK OP HAIDT

Haidt baseert zijn conclusie dat wij niet moreel redeneren om ons oordeel bij (te kunnen laten) stellen vooral op de uitkomsten van zijn *moral dumbfounding experiments*. Hierbij werden extreme situaties voorgelegd aan respondenten om snelle en automatische affectieve reacties te triggeren waarbij vervolgens alle rationele argumenten voor afkeuring van de situatie werden weggehaald. Een voorbeeld van zo'n situatie is het gedachte-experiment waarbij broer en zus besluiten seks met elkaar te hebben. Bij het voorleggen van dit scenario aan deelnemers aan het experiment met de vraag of dit gedrag moreel aanvaardbaar is, zeiden de meeste deelnemers "nee, dit is moreel onaanvaardbaar gedrag". Wanneer vervolgens alle rationele argumenten van de deelnemers werden weerlegd (ze genieten ervan; spreken af dat het bij één keer blijft en dat niemand anders het te weten komt; ze gebruiken anticonceptie in de vorm van de pil én condooms ter voorkoming van een zwangerschap met genetisch negatieve gevolgen en ervaren beide achteraf psychologisch geen negatieve gevolgen, etc.) bleven de meeste mensen bij hun oorspronkelijke oordeel en geraakten hierbij volgens Haidt in een staat van *moral dumbfounding* (Haidt, 2001; Sauer, 2012): ze konden geen rationele argumenten meer aanvoeren, stelden dat ze niet wisten waarom maar dat het gedrag gewoon walgelijk is (Hindriks, 2014, p 201). De conclusie die Haidt trekt uit deze experimenten is dat rationele argumenten alleen post hoc én ter bevestiging van initiële morele intuïties zijn en derhalve geen cruciale rol spelen in de vorming van morele oordelen (Hindriks, 2015, p 240). Dit zou betekenen dat het alle morele oordelen vooringenomen, partijdig en subjectief zijn. De pessimistische visie van Haidt op moreel redeneren dat moreel redeneren niet meer is dan het ad-hoc bevestigen van een intuïtie, kan echter geen stand houden.

3.2.1 Taboes versus first person dilemma's

De dumbfounding experiments geven een eenzijdige visie op morele oordelen en moreel redeneren door de opzet van de experimenten. Zowel voor het eerder genoemde broer-zus voorbeeld als andere voorbeelden (van het masturberen met een kip voordat je hem opeet; de nationale vlag gebruiken om het toilet schoon te maken tot het opeten van je hond wanneer hij doodgereden is) geldt dat het allemaal scenario's zijn die gaan over het schaden van rechten. Deze zijn sociaal beladen. Ze gaan primair over het ter discussie stellen van sociale taboes en zijn gericht op het oordelen over choquerende overtredingen van anderen. Met andere woorden, de vraagstukken gaan niet over morele *dilemma's* en ook niet over de manier waarop mensen redeneren over interne dilemma's; zogenoemde *first-person* dilemma's. Deze experimenten gaan alleen over redeneren dat is gericht op gedrag van *anderen*. Oordeelsvorming over gedrag dat over jezelf gaat kan wel eens heel anders werken. Bij reflecteren en redeneren over eigen gedrag kan er bijvoorbeeld een grotere rol zijn weggelegd voor de interactie tussen ratio en (eigen) emotie. Door de opzet van deze experimenten, met hun beperkte scope, missen ze de algemene bewijskracht die Haidt eraan toekent. Dit betekent nog niet dat Haidt's achterliggende theorie per definitie niet klopt. Er zijn echter ook theoretisch-inhoudelijke kanttekeningen te plaatsen bij zijn model.

3.2.2 Rationaliteit van sociale beïnvloeding

Het kan wel degelijk rationeel zijn om je mening niet te herzien ook al kun je daar geen rationeel argument voor verzinnen. Het niet aanpassen van een mening kan immers ook een sociale achtergrond hebben. Het beroep op een sociale norm is misschien juist wat we in de praktijk nastreven wanneer we uiteindelijk oordelen over dit soort morele vraagstukken (Hindriks, 2015, p 241). Dit wordt duidelijk bij de voorbeelden van de seks tussen broer en zus. De vooronderstelling van Haidt is dat seks tussen broer en zus toegestaan is mits het niemand kwaad doet. En dat als iemand geen rationele argumenten meer kan aanvoeren waarom hij of zij er tegen is, het redeneren niets voorstelt. Dit wringt met de kerngedachte in Haidt's model, dat sociale beïnvloeding het primaire proces is waarmee intuïties worden beïnvloedt – Haidt's proces nummer vier. Maar als de aanvankelijke intuïtie juist (ook) gevormd door sociale waarden en normen, dan is vastgehouden aan sociale normen en het doen van uitspraken als “omdat je dat niet hoort te doen”, eigenlijk een heel legitieme reactie (Hindriks, 2015, p 241).

3.2.3 Kwaliteit van moreel redeneren

Zoals eerder besproken legt het sociaal intuïtionistische model van Haidt de focus voor moreel redeneren op de stappen *moreel redeneren als post hoc onderneming* en *beredeneerd overtuigen*. Rationele modellen daarentegen leggen de focus voor het vormen van een moreel oordeel juist op de stappen vijf en zes; *logisch redeneren* en *privé-reflectie*. Dit brengt ons bij volgend punt van kritiek: het niet herzien van een initiële oordeel naar aanleiding van tegenargumenten en de (vermeende) beperkte effectiviteit van deze stappen kan ook betekenen dat er vraagtekens gesteld kunnen worden bij de kwaliteit van het moreel redeneren (Hindriks, 2015, p 242).

Gebrek aan kwaliteit van moreel redeneren kan fundamenteel berusten op twee verschillende oorzaken: intentie en uitvoering. Net als intuïtionist Haidt ziet filosoof en rationalist Sauer moreel redeneren als een sociale onderneming, maar dan niet met het doel anderen te overtuigen, als het zoeken naar samenwerking met elkaar (Sauer, 2017, p 54). Sauer observeert dat anti-rationalisten moreel redeneren zien als een post hoc onderneming die er voornamelijk op gericht is om

onzelf en anderen te overtuigen, en moreel redeneren niet beschouwen als een individuele poging *om de waarheid te vinden* (Sauer, 2017, p 86). Onderzoeken wijzen inderdaad uit dat manipulatie, achteraf rationaliseren en confabuleren (het verzinnen van redenen) een grote rol kunnen spelen. We reageren doorgaans automatisch zonder te beseffen wat de achterliggende redenen zijn en of onze reacties het juiste effect zullen hebben (Sie, 2009, p 526).

We vertrouwen er simpelweg op dat we ons gedragen op een manier die beantwoordt aan normatieve verwachtingen, met andere woorden dat ons gedrag moreel adequaat is. In situaties waarbij we handelden zonder er cognitief bewust over na te denken en iemand wil een rechtvaardiging voor ons gedrag, reflecteren we pas op dat gedrag. We kijken dan terug op de situatie en zoeken naar redenen voor ons eigen gedrag *zoals we zouden zoeken naar redenen voor andermans gedrag in eenzelfde situatie* (Sie, 2009, p 528). Dit in contrast met de manier waarop Haidt moreel redeneren uitlegt, waar het morele oordeel op voorhand al vaststaat en het redeneerproces slechts gebaseerd is op vooroordelen en verzonnen argumenten om de eigen intuïtie te rechtvaardigen (Hindriks, 2014, p 198). Dit zou betekenen dat *alle* morele oordelen er uitsluitend zijn ter sociale aanpassing van het individu en dat moreel redeneren overbodig is in het (her)vormen van morele oordelen (Sauer, 2017, p 54).

Indien moreel redeneren geen rol zou spelen bij morele oordeelsvorming, behalve als een post hoc rationalisatie om anderen te overtuigen en bij confabuleren, zou dit betekenen dat mensen bijna nooit hun initiële oordeel zouden aanpassen op basis van intra persoonlijke reflectie. Opmerkelijk is echter dat bij de moral dumbfounding experimenten een aantal mensen wel degelijk hun oorspronkelijke mening herzag. In plaats van te blijven stellen dat het gedrag walgelijk was stelden ze later dat het gezien de omstandigheden niet problematisch was. Dit brengt ons bij de uitvoering. Voor dit herzien van het oorspronkelijk oordeel waren meerdere verklaringen. Zo betrof het voor een belangrijk deel mensen met een hogere sociaaleconomische status. Blijkbaar wordt moral dumbfounding beïnvloed door individuele verschillen wat betreft opleidingsniveau en inkomen. Een andere oorzaak was de factor tijd. De hoeveelheid mensen die hun mening herzagen nam toe wanneer ze tijd kregen om te reflecteren op hun oorspronkelijke mening (Hindriks, 2014, p 203). Dit maakt het waarschijnlijk dat het verschil in reacties van mensen meer te maken heeft met de kwaliteit van hun moreel redeneren dan met vooringenomenheid en inefficiëntie van moreel redeneren op zich (Hindriks, 2015, p 241).

3.2.4 Frequentie van moreel redeneren

Hindriks stelt, in tegenstelling tot Haidt, dat moreel redeneren wel degelijk binnen bereik van heel veel mensen ligt. Moreel redeneren hoeft helemaal geen uitzondering te zijn (Hindriks, 2015, p 238). Argumenten daarvoor haalt Hindriks uit het onderzoek van Bandura.

Moreel redeneren en zelf-reflectieve beïnvloeding worden volgens Bandura wel degelijk frequent geactiveerd en zijn bovendien effectief wat betreft beïnvloeding van keuzes voorafgaand aan gedrag. Bandura (2002) beschrijft in zijn *Social Cognitive Theory* dat mensen het eigen gedrag monitoren, controleren en wegen of de positieve en negatieve gevolgen in dienst staan van het geweten en het gevoel van eigenwaarde. Moreel redeneren kan daarmee worden beschreven als een zelfregulerend en wederkerig systeem dat werkt via externe en interne normen, wilskracht en zelfcensuur (Bandura, 2002; Johnson and Connely, 2016). Dit zelf-reflectieve systeem is geen statisch geheel maar altijd in beweging (Bandura, 2002, p 102). Moreel redeneren is in Bandura's visie, anders dan Haidt suggereert, daarmee niet slechts een *post hoc* aangelegenheid, maar

tevens een proces dat plaatsvindt voorafgaand aan acties (Hindriks, 2015, p 238). Sterker nog, stelt Bandura, er vinden *juist* rationalisaties plaats voordat een handeling wordt uitgevoerd (Bandura, 1996, p 372), en dan met name als morele normen dreigen te botsen. Hoewel dat wellicht niet dagelijks gebeurt, is het redelijk te veronderstellen dat ieder mens hier betrekkelijk frequent mee te maken krijgt, hetgeen Haidt's stelling dat *logisch redeneren* en *privé-reflectie* slechts zelden aan de orde is, op zijn minst twijfelachtig maakt. In de setting van de klinische oordeels- en besluitvorming is het zelfs onvermijdbaar om op vrijwel dagelijkse basis met dergelijke situaties te maken te krijgen.

3.2.5 Maakbaarheid van morele intuïties

Tenslotte stelt Haidt dat de morele intuïtie, en daarmee het morele oordeel, onbewust beïnvloed wordt door de sociale omgeving. Sterker, als gevolg van zijn ontkenning van de effectiviteit van post-hoc redeneren en zijn stelling dat intra persoonlijk redeneren slechts op zeer beperkte schaal plaatsvindt, zouden morele intuïties en morele oordelen niet alleen sociaal maakbaar (moeten) zijn; sociale beïnvloeding is zelfs de primaire driver. Dit zou ertoe moeten leiden dat er niet of nauwelijks individuen zouden zijn die morele oordelen vellen die tegen de sociale orde in gaan.

Dit blijkt niet zo te zijn. Onze visies mogen dan gevormd en beïnvloed worden door de cultuur waar we in leven; er zijn genoeg voorbeelden van situaties waarin mensen andere keuzes maken dan in hun omgeving gebruikelijk is. Bijvoorbeeld wanneer iemand er voor kiest om vegetarisch te worden in een gezin met niet-vegetariërs of de zoon die een ander beroep kiest dan zijn vader en opa en dus niet in het familiebedrijf wil werken, of een vrouw die niet conform de maatschappelijke tendens en zoals haar moeder en vriendinnen carrière wil maken maar er voor kiest om fulltime moeder te zijn.

Of neem het eerdere voorbeeld van het ten uitvoer brengen van een euthanasieverzoek. Hetgeen eerder maatschappelijk onaanvaardbaar was, is dat voor de overgrote meerderheid van de bevolking nu wel. Redenerend vanuit Haidt zou dit onder inwerking van de sociale beïnvloeding na verloop van tijd gemakkelijker moeten worden voor artsen. Redenerend vanuit de rationalist Sauer geldt eveneens dat dit na verloop van tijd als gemakkelijker ervaren zou moeten worden. Immers, aan alle rationele vereisten wordt voldaan: het is zowel rationeel het goede om te doen (patiënt lijdt uitzichtloos) als wettelijk gezien verdedigbaar (het is onder voorwaarden toegestaan) dat het verzoek tot euthanasie wordt uitgevoerd (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, 2018, p 8).

Toch trekt tenuitvoerlegging van euthanasie een wissel op beroepsbeoefenaars in de zorg. Ook wanneer de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, er geen zinvolle behandeling mogelijk is, de patiënt er zelf om verzoekt en het humaner is om euthanasie toe te passen dan niet, blijkt uit enquêtes van het Koninklijk Nederlands Medisch Genootschap (KNMG) dat het uitvoeren van euthanasie desondanks zwaar blijft voor artsen. De voorzitter van het KNMG, R. Héman, schrijft erover in zijn column van januari 2018: *“Een goede collega van mij heeft in haar lange loopbaan als huisarts zeven keer euthanasie uitgevoerd. Van iedere euthanasie herinnert ze zich elk detail nog. Van de ziekte van de patiënt natuurlijk, maar ook van het interieur en de hond die steeds zo blafte. Euthanasie laat je als dokter niet makkelijk los. En het wordt niet makkelijker als je het*

vaker doet. Integendeel zelfs. Soms wordt het na een paar keer kort achter elkaar te veel en kun je een volgend verzoek niet aan. 'Nu even niet'. Ik begrijp dat heel goed. Er is geen eenvoudige euthanasie".

Kennelijk zijn niet alle morele intuïties volledig sociaal of rationeel maakbaar. Dit gegeven roept de fundamentele vraag op: waarom niet? En, in het verlengde daarvan: in hoeverre heeft de oorzaak consequenties voor morele oordeelsvorming en daarmee voor moreel beraad?

3.3 MORELE OORDELEN ZONDER REFLECTIE

De in dit hoofdstuk beschreven kritiekpunten op Haidt's *Social Intuitionist Model* zijn dusdanig fundamenteel van aard, dat het gerechtvaardigd is om de conclusie te trekken dat bij Haidt morele oordelen maakbare sociale oordelen zijn. Volgens Haidt stemmen wij ons automatisch af op sociale situaties waarbij morele oordelen tot stand komen zonder dat daarop gereflecteerd wordt. Haidt stelt dat we wel *kunnen* reflecteren op morele oordelen maar dat we dit alleen doen om anderen van onze eigen intuïties te overtuigen. Reflecteren op het eigen oordeel komt volgens hem niet of nauwelijks voor. Hierdoor verworden sociale oordelen in vrijwel alle gevallen automatisch tot morele oordelen die niet onder invloed staan van rationale processen. Dit wordt onder andere mogelijk gemaakt doordat Haidt ten onterechte emoties en gevoelens niet onderscheidt. Daarnaast kan Haidt dit volhouden omdat hij uitsluit dat automatische processen gebaseerd zijn op rationele processen (Sauer, 2012, p 259).

In het volgende hoofdstuk zullen we dieper ingaan op de verschillen tussen emoties en gevoelens en zien dat gevoelens wel beïnvloedbaar zijn door persoonlijke ervaringen en sociale invloeden, maar emoties niet. Deze laatsten zijn te diep verankerd in het brein om zomaar aangepast te worden door persoonlijke ervaringen.

4 NEUROWETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN IN EMOTIES EN GEVOELENS

In ons taalgebruik worden de begrippen emoties en gevoelens frequent door elkaar gebruikt. Dit wordt bijvoorbeeld veroorzaakt doordat de gevoelde emoties dezelfde naam hebben als de emoties zelf. Dat laatste heeft ertoe bijgedragen dat emoties in de alledaagse spreektaal vaak niet goed van elkaar gescheiden worden en vaak onterecht als hetzelfde worden beschouwd (Damasio, 2019, p 99). Er zijn allerlei uitdrukkingen waar emoties en gevoelens in terugkomen zoals 'een emotionele achtbaan', 'emotioneel reageren' of een 'emotioneel weerzien' of 'ik heb het gevoel dat', 'mijn gevoelens laten het niet toe' of 'houd alsjeblieft rekening met mijn gevoelens'.

Om een uitspraak te kunnen doen over de plaats die emoties en gevoelens innemen bij het vormen van een moreel oordeel is het van belang om het verschil te beschrijven. Moderne inzichten vanuit de neurowetenschappen laten namelijk zien dat emoties en gevoelens wezenlijk van elkaar verschillen en zelfs niet als een familie of uitgebreide familie kunnen worden gezien. Met het beschrijven van de verschillen zal ook duidelijk worden dat gevoelens *wel* beïnvloed kunnen worden door sociale én rationele processen, en dat het onwaarschijnlijk is dat kortdurende culturele processen of persoonlijke ervaringen emoties kunnen veranderen (Prinz, 2004, p 3).

Voor het onderscheid tussen emoties en gevoelens sluit ik aan bij de uitleg van neurowetenschapper Damasio in zijn boek "*De vreemde orde der dingen*" (2019). Damasio beschrijft daarin op gestructureerde wijze zijn visie op het onderscheid tussen emoties en gevoelens gebaseerd op neurowetenschappelijke bevindingen. De reden om een neurowetenschappelijke insteek te gebruiken is omdat hieruit blijkt dat fysiologisch gezien niet alles zomaar is te beïnvloeden door middel van rationele vermogens of sociale beïnvloedingsmechanismen.

4.1 ONS LICHAAM: OUDE EN NIEUWE WERELDEN

Damasio beschrijft het deel van de interne organisatie dat voor (fysieke en psychologische) homeostase zorgt van ons lichaam als twee werelden. De oude interne wereld en de niet zo oude interne wereld. De oude interne wereld bestaat uit onze stofwisseling met de bijbehorende chemische processen zoals die verlopen in het hart, de longen, glad spierweefsel en de huid. Wanneer we uiting geven aan onze ervaringen van deze processen, beschrijven we die met gevoelens van pijn, genot, vermoeidheid of malaise (Damasio, 2019, p 81).

De nieuwere wereld bestaat uit het dwarsgestreept spierweefsel dat we kunnen gebruiken om te spreken, schrijven en bewegen (Damasio, 2019, p 81). Deze nieuwere interne wereld krijgt via onze zintuigen een duidelijk beeld van de toestand van ons organisme (lichaam). Met andere woorden, door het gebruik van onze zintuigen, de reacties hierop en samenwerking tussen de nieuwe en oude interne wereld kunnen we ons bewust worden van gevoelens omtrent het lichaam en het effect dat de buitenwereld op ons heeft (Damasio, 2019, p 83). De prikkels vanuit onze zintuigen roepen voortdurend mentale beelden op die beschrijvingen voortbrengen in termen van taal (Damasio, 2019, p 89). Deze prikkels worden verwerkt en als alles goed gaat opgeslagen in ons geheugen (Damasio, 2019, p 90). De betrouwbaarheid van mentale beelden en de verwerking ervan is afhankelijk van de aandacht die we aan een gebeurtenis hebben besteed

en de mate waarin emoties en gevoelens een rol hebben gespeeld bij de gebeurtenis (Damasio, 2019, p 93). Het geheugen kan daarbij gezien worden als een zoekmachine om het geleerde op te zoeken en een voorspelling te kunnen doen van de nabije toekomst, om een verbale vertaling te maken van objecten en gebeurtenissen en te kunnen redeneren (Damasio, 2019, p 97).

De wereld om ons heen presenteert zich aan ons dus door een combinatie van zintuiglijke prikkels die gecombineerd worden door beelden en verhalen die opgeroepen worden uit ons geheugen (Damasio, 2019, p 99).

4.2 ONS BREIN ALS OPGESCHAALD PRIMATENBREIN

Gezien vanuit een evolutionair perspectief is er weinig opmerkelijks aan het menselijk brein (Herculano-Houzel, 2012, p 10661). Het is in een bepaald opzicht wel anders dan het brein van andere primaten (aapachtigen) maar er zijn meer overeenkomsten dan verschillen. Kijkend naar de evolutionaire tijdlijn van de ontwikkeling van primaten en mensachtigen, zijn de twee groepen een tijd lang gelijk opgegaan. Tegen de tijd dat de twee groepen zich op een andere manier gingen ontwikkelen was het grootste deel van het brein reeds gevormd. Dit betreft de onderdelen die we delen met andere zoogdieren en met reptielen, te weten de hersenstam, kleine hersenen en het limbische systeem.

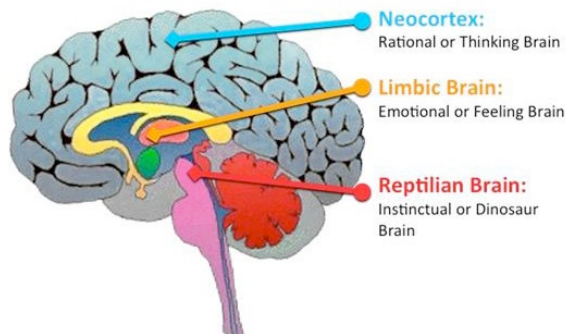
Eén van de oudste systemen van het brein en verantwoordelijk voor motorische en sensorische taken is de hersenstam. Deze speelt een belangrijke rol in de regulatie van de basisfuncties van het lichaam zoals functies als hartfrequentie, ademhaling en het centrale zenuwstelsel en het bewaken van het bewustzijn. Een tweede onderdeel van het oude systeem zijn de kleine hersenen. Het cerebellum speelt een belangrijke rol in coördinatie van bewegingen, modulatie van emoties en in het aanleren en onthouden van activiteiten die verband houden met motoriek zoals voor musiceren en sporten (Damasio, 2012; Damasio, 2019). De amygdala (amandelkern) tenslotte, is een subcorticale breinstructuur, gelokaliseerd in de temporale kwab; een onderdeel van het limbische systeem dat wordt geassocieerd met het vormen van emoties.

Neurowetenschappelijk bewijs laat zien dat er een sterke wisselwerking is tussen de amygdala en de neocortex (hersenschors) waarbij er meer sensorische prikkels vanuit de amygdala naar de neocortex toegaan dan andersom (Öhman, 2007, p 182). Eén en ander betekent dat activatie van deze gebieden het resultaat is van automatisch opgewekte prikkels vanuit de thalamus en amygdala en voor bewustwording en aanpassing aangewezen is op de insula en de neocortex.

Het prefrontale deel van de neocortex is het deel van het brein waarmee we delibereren. Bovendien is het verantwoordelijk voor het remmen van emotionele prikkels en het verwerken van prikkels van angst en risico. De prefrontale cortex, het ventromediale deel, wordt ook geassocieerd met het vellen van morele oordelen. De amygdala is hierbij de trigger. In de amygdala vindt nog geen bewustwording plaats. De emotie wordt pas bij aankomst in de prefrontale cortex (het ventromediale deel) sociaal passend gemaakt voor de situatie (Blair, 2006; Glen et al., 2009; Gaspic et al., 2011; Greene, 2001; Greene & Haidt, 2002; Greene & Shenhav, 2014; Hamann & Mao, 2001; Liddell et al., 2005; Öhman, 2005; Öhman, 2009).

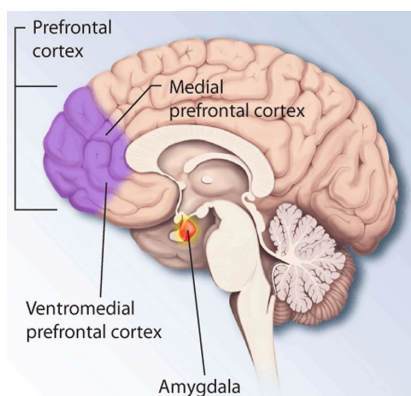
Het menselijk brein heeft *wel* een opvallend grotere neocortex (Herculano-Houzel, 2012, p 10661). Theorieën over de ontwikkeling van deze grote menselijke neocortex lopen uiteen van het ontwikkelen van gebruiksvoorwerpen voor de jacht, het leven in complexere sociale gemeenschappen dan andere primaten (Dunbar, 2003, pp 163-164) tot het koken van voedsel.

De mens is namelijk de enige primatensoort die zijn voedsel kookt. De veronderstelling is dat er daardoor er meer tijd en rust overbleef voor de ontwikkeling van intellectuele zaken (Herculano-Houzel, 2012, p 10667).



Afbeelding 1: Schematische weergave van de menselijke hersenstructuur. (Bron: heartfulness.be)

Zowel de oudere als de nieuwere systemen zijn nodig voor de directe *overleving* van een organisme en als indirecte overleving als aanpassing binnen een kleine sociale groep. De menselijke cerebrale cortex en het extreem grote aantal aan neuronen verklaart waarom het voor mensen mogelijk is om moeilijke morele dilemma's te herkennen en beredeneren die zich voordoen binnen complexe sociale gemeenschappen.



Afbeelding 2: Schematische weergave van de voorzijde van het menselijk brein. (Bron: [neuroscience news.com](http://neuroscience.news.com))

4.3 EMOTIES EN GEVOELENS ALS OVERLEVINGSMECHANISMEN

Onderdeel van Damasio's oude wereld zijn de zogenaamde actieprogramma's, door hem *drives* genoemd. Het zijn lichamelijke actiesequenties die getriggerd worden door veranderingen in het interne milieu of veranderingen in de omgeving van het lichaam. Deze programma's hebben als doel het herstellen of behouden van homeostase; de balans van het lichaam. Deze homeostase is van belang voor het overleven van het organisme (Damasio, 2019, p 49). Drives zijn dan ook programma's die erop gericht zijn om instinctieve fysiologische behoeften te bevredigen zoals

honger en dorst, libido, de zorg voor nakomelingen en hechting aan naasten (Damasio & Carvalho, 2013, p 145). Een voorbeeld is de verhoging van het hartritme of de hormonale secretie en het aanspannen van spieren bij lichamelijke inspanning of het vormen van gezichtsuitdrukkingen (Damasio & Carvalho, 2013, p 145).

Emoties vallen onder ook onder dit soort actieprogramma's en worden vooral getriggerd door eigenschappen van externe stimuli (bijvoorbeeld kleuren, texturen of akoestische kenmerken). Voorbeelden van emoties zijn blijdschap; verdriet; angst; woede; afgunst; jaloezie; empathie en bewondering; verrassing; schaamte; trots; compassie en minachting (Damasio, 2019, p 99). De veranderingen die deze prikkels veroorzaken in het interne milieu worden via receptoren in het lichaam doorgegeven, waardoor deze uiteindelijk kunnen worden waargenomen (Damasio, 2018, p 107). Dergelijke emotieve responsen op prikkels ontstaan in specifieke hersensystemen en soms in bepaalde hersengebieden. Emotieve responsen hoeven niet uit één hersengebied te ontstaan. Er kunnen meerdere hersengebieden actief zijn. Een emotie die opgewekt wordt door een prikkel van buitenaf kan het geheugen activeren (Damasio, 2019, p 110). De voornaamste structuren die emotieve prikkels genereren zijn de hersenstam, hypothalamus en de basale voorhersenen waar de amygdala deel van uitmaakt (Damasio, 2019, p 108).

Emoties worden op deze wijze automatisch en onvrijwillig gevormd. Onderzoek met behulp van fMRI laat zien dat bewust en onbewust gedetecteerde signalen van bijvoorbeeld angst en gevaar een snelle en automatische reactie in gang zetten. Het alarmsysteem volgt een netwerk dat een directe sensorische baan gebruikt die begint in de hersenstam, daarna via de thalamus de amygdala bereikt en via andere subcorticale structuren waaronder de cortex cingularis anterior uiteindelijk de neocortex (hersenschors) bereikt (Lidell et al., 2005, p 236). Onderzoek laat zien dat er bij deze wisselwerking tussen de amygdala en de neocortex (hersenschors) er meer sensorische prikkels *vanuit* de amygdala naar de neocortex toegaan dan andersom (Öhman, 2007, p 182). Onderzoek laat tevens zien dat het autonome zenuwstelsel reeds geactiveerd is en een lichamelijke reactie al is opgestart vóór dat de angstreactie de cortex heeft bereikt. Evolutionair gezien, op het meest elementaire niveau, maken emoties en gevoelens dan ook deel uit van de basisregulatie van ons lichaam en zorgen ze ervoor dat de integriteit van het lichaam niet wordt aangetast omdat een aantasting van deze integriteit een voorbode kan zijn van de dood of de dood zelf (Damasio, 1999, p 57). Dit evolutionaire alarmsysteem is een overlevingsmechanisme voor direct levensgevaar door bijvoorbeeld de aanwezigheid van roofdieren of slangen en andere voor de mens levensbedreigende situaties. Zowel mensen als dieren hebben deze geëvolueerde, directe route tussen de hersenstam en de amygdala. Zo gaan al signalen naar de amygdala bij het zien van de gezichten met een blijde uitdrukking (LeDoux, 2012; Öhman 2007) of door prikkels van angst en gevaar. En dit alles zonder activatie van de neocortex: deze directe route gaat voorbij aan de primaire sensorische kernen en heeft *geen bewuste* visuele stimulans nodig om gevormd te worden (Lidell et al., 2005, p 235-238).

Dit tot stand komen van emoties verloopt automatisch en onbewust. Emoties zijn daarmee echter geen onveranderlijke reeksen van reacties (Damasio, 2019, p 109). Zoals de intensiteit van een emotieve reactie kan variëren, zo staat ook het emotief reageren van een persoon niet vast. Allerlei omgevingsfactoren in iemands leven kunnen de mate van emotief reageren beïnvloeden. Van invloed zijn de cultuur, opvoeding, opleiding en individuele ervaringen (Damasio, 2019, p 110-111).

Bij individuele ervaringen wordt sociale aanpassing onder andere mogelijk gemaakt door spiegelneuronen waarmee wij automatisch, onbewust en heel gemakkelijk afstemmen op onze medemens wat betreft lichamelijke én emotionele toestanden. Deze neuronnen stellen ons ook in staat om lichamelijke en emotionele toestanden van anderen te vertalen naar die van onszelf. Dit betekent bijvoorbeeld dat het zien van de gezichtsuitdrukking van walging, verdriet of blijdschap bij anderen resulteert in een automatische neurale representatie in onszelf. Vrijwillig geïnitieerde gezichtsuitdrukkingen worden door anderen gemakkelijk geduid als nep (Damasio, 1999, p 49). Ook kunnen we bewegingen die anderen maken begrijpen en er adequaat op reageren door het aansturen van verdedigende bewegingen zoals het opvangen van een voorwerp dat naar je toe wordt gegooid (Calder et al., 2000; Calder et al., 2007; Wicker et al., 2003). Deze spiegelneuronen zijn gesitueerd in de insula, de premotore gebieden en het limbische systeem (Van der Gaag et al., 2007, Oaten et al., 2018). Beschadiging van de insula (het anterior deel) leidt tot selectieve deficiëntie in het *ervaren* van emoties en het *herkennen* van dezelfde emoties bij anderen (Wicker et al., 2003, p 659-660). Dit wordt ondersteund door bewijs uit verschillende neuropsychologische studies. (Adolphs et al., 2003, Calder et al., 2000, Calder et al., 2007, Jabbi et al., 2008, Stark et al., 2007, Wicker et al., 2003).

Dankzij de langdurige en sterke leermechanismen van de evolutie is de mens in staat geweest emoties te koppelen aan gebeurtenissen in de omgeving als overlevingsstrategie én wat betreft sociale waarden en gedrag. Emotieve reacties die niet of moeilijker zichtbaar zijn doen zich voor in het lichaam zoals veranderingen in de aderen, huid en het hart onder invloed van hormonen als cortisol en neurotransmitters als dopamine, noradrenaline en serotonine. Zolang de emotie duurt scheiden zenuwcellen in gebieden als de hypothalamus, basale voorhersenen en hersenstam dit soort stoffen af.

De emotie angst benoemde ik hier omdat angst voor de dood en de wil om te overleven een belangrijke rol speelt bij ziekte en dood. Net als we tegenwoordig genoeg manieren hebben om onszelf te verdedigen tegen roofdieren, kunnen we ook veel ziektes behandelen. Desondanks is de automatisch gegenereerde lichamelijke reactie op angst dezelfde als in de tijd dat deze gevormd is en bereidt ze ons lichaam nog altijd voor op een *fight or flight* reactie. Waar *subcorticale* structuren zoals de amygdala en de insula zijn verantwoordelijk voor het automatisch genereren van emotionele prikkels zijn *corticale* structuren dat voor de verwerking en sociale aanpassing (Adolphs et al., 2003; Calder et al., 2000; Carmelo et al., 2016; Damasio, 1994; Klucken et al., 2012; LeDoux, 2012; Oaten et al., 2018; Stark et al., 2007; Wicker et al., 2003).

Een typisch gevolg van het aankomen van de prikkels in de cortex, is de gewaarwording of de bewustwording dat mentale processen versnellen of vertragen én de prettige of onprettige sensatie die met de emotie samengaat (Damasio, 1999, p 60). In de cortex wordt het mogelijk om emoties passend te maken voor de (sociale) situatie (Lidell et al., 2005, p 241). We voelen bijvoorbeeld ons hart sneller kloppen en onze spieren aanspannen, we bereiden ons voor om te vechten of vluchten; de *fight or flight* reactie (Hornberg et al., 2011; LeDoux, 2012; Prinz, 2004).

Het verwerken van een emotie veroorzaakt een gevoel (Damasio, 2019, p 109). Een gevoel is de *bewuste ervaring* van een emotie (Damasio & Carvalho, 2013, p 145). Gevoelens zijn mentale ervaringen en zijn per definitie bewust (Damasio, 2019, p 101), in de zin dat gevoelens een rapportage geven van de fysiologische toestand van het lichaam en worden omgezet in

gedachten, ideeën en woorden die een toestand kunnen omschrijven (Damasio, 2019, p 102-103). Gevoelens duidt Damasio als de mentale uitdrukking van (gebrek aan) homeostase van het lichaam en als instrument van de aansturing van leven (Damasio, 2019, p 134). Gevoelens kunnen worden ervaren door de fusie tussen zenuwstelsel en de rest van ons lichaam.

De directe oorzaak van gevoelens die we ervaren, wordt veroorzaakt door de continue stroom aan prikkels omtrent homeostatische processen (zoals ervaren van hartritme of ademhaling), of emoties zoals geactiveerd bij complexe situaties. Alle prikkels vanuit de zintuigen worden doorgegeven door neurale netwerken op verschillende niveaus, van perifeer naar centraal (cerebrale cortex) en andersom (Damasio, 2019, p 134). Het gaat hierbij zowel om prikkels die worden waargenomen als om prikkels die opgeroepen worden uit het geheugen (Damasio, 2019; Damasio & Carvalho, 2013). We worden ons er bijvoorbeeld bewust van dat we bang zijn en voelen de verhoogde snelheid van onze hartslag of merken dat we glimlachen bij iets dat ons een blij gevoel geeft. Gevoelens zorgen er ook voor dat er aandacht wordt besteed aan processen die (potentieel) schadelijk zijn zoals de aandacht voor wonden of gevaarlijke situaties. In die zin kunnen gevoelens levensverlengend zijn (Damasio, 2019, p 118). De pijnprikkels van een wond bijvoorbeeld, hebben een emotieve reactie tot gevolg zodat die pijn wordt *gevoeld*. Zodra deze pijnprikkels via de hersenstam en thalamus in de cerebrale cortex zijn aangekomen waar we ons bewust worden van de situatie (Damasio, 2019, p 132) kunnen we gericht actie ondernemen zoals het stelpen van de bloeding of verbinden van de wond. Een deel van emotieve reacties is niet zichtbaar maar de *uiting van het gevoel* die een emotie teweeg brengt geeft *wel*. De emotie van walging bijvoorbeeld, veroorzaakt een onwillekeurige gezichtsuitdrukking en wekt een gevoel op dat leidt tot gedrag (Damasio, 2018, p 107).

Gevoelens kunnen er toe leiden dat onze aandacht op de veroorzaker/oorzaak van de prikkel wordt gericht, of we nu willen of niet (Damasio, 2019, p 118). Gevoelens kunnen zo een versturende werking hebben op aandacht, leren en herinnering. Het maakt daarbij niet uit of het alledaagse gevoelens zijn of het gevolg van uitzonderlijke situaties. Vooral bij negatieve emoties kan het heel moeilijk zijn om de gevoelens te negeren (Damasio, 2019, p 115). Gevoelens kunnen dus in min of meerder mate op de voorgrond staan in ons bewustzijn. Natuurlijk speelt ook de ratio een rol bij de verwerking van feiten. Een deel van de morele oordeelsvorming komt echter tot stand onder invloed van gevoelens (Damasio, 2019, p 24). In gesprekken ervaart iedereen dat ze er zijn maar er is vaak niemand die ze onder woorden brengt (Damasio, 2019, p 23). Al met al zijn gevoelens er ter regulatie van al onze mentale en lichamelijke processen. Ze geven ons informatie over risico's, terugkomende gevaren maar ook over kansen en dingen die ons welzijn en geluk bevorderen. Ze reguleren niet alleen homeostatische processen maar ook sociale interacties en zijn betrokken bij al onze besluiten (Damasio, 2019, p 134).

4.4 EMOTIES, GEVOELEN EN SOCIALE AANPASSING

Na de beschrijving van de herkomst van emoties en het onderscheid tussen emoties en gevoelens wil ik in dit hoofdstuk bespreken wat het belang is emoties en gevoelens in het dagelijks leven en de invloeden op en van sociale interactie. Dit is een belangrijke stap in het duiden van de rol van emotie en gevoelens bij morele oordeelsvorming.

Emoties worden, zoals eerder besproken, gevormd door eeuwenoude breinstructuren daterend vanuit de tijd van leven als jager-verzamelaar in kleine gemeenschappen, en zelfs daarvoor. Individuen binnen de kleine gemeenschappen hadden elkaar niet alleen nodig voor gezelschap maar ook praktisch gezien wat betreft de overleving. De verdeling tussen jagen en zorgen was er één van noodzaak. Niemand kan immers jagen en zorgen voor onderdak, kinderen en bescherming tegen roofdieren tegelijk. Sociale uitsluiting, alleen leven, betekende daardoor vaak de dood. Het aanpassen van gedrag zodat het past binnen een sociale omgeving is daarmee altijd van groot belang geweest (Damasio, 1999; LeDoux, 2012). Het is dankzij deze langdurige en sterke (evolutionaire) conditionering dat de mens in staat is geweest emoties te koppelen aan gebeurtenissen in de omgeving en aan sociale waarden en gedrag. Emoties zijn daarmee onlosmakelijk verbonden met sociale regels wat betreft pijn, genot en het idee van goed en kwaad (Damasio, 1999, p 58). Emoties zijn in die zin cruciaal voor het tot stand brengen van redelijk gedrag dat de mens helpt bij directe overleving alsook sociale (indirecte) overleving (Churchland, 2011; Damasio, 1999).

Het zorgen voor onszelf en elkaar was en is, ook nu nog, noodzakelijk voor (sociale) overleving (Churchland, 2011, p 13). Sociale uitsluiting wordt, ondanks dat het niet meer leidt tot fysieke dood, nog steeds als erg ervaren. In onze huidige maatschappij willen daarom verreweg de meesten nog steeds niet, zoals het gezegde luidt '*buiten de groep vallen*'. Dit illustreert dat bij een groep willen horen en betrokken zijn bij elkaar diep in de evolutie verankerd zit. Dit komt doordat culturele verandering veel sneller plaats vindt dan biologische evolutie (Churchland, 2011, p 20). Culturele processen en sociale processen binnen culturen zijn te vluchtig om invloed te hebben op emoties (Churchland, 2011; Prinz, 2004).

De interacties tussen hersenstructuren die verantwoordelijk zijn voor de vorming en eerste verwerking van emotieve prikkels zijn, zoals in het vorige hoofdstuk toegelicht, niet afhankelijk van bewustzijn. Een spontane glimlach die opkomt door echt plezier of het spontaan in tranen uitbarsten dat opkomt bij verdriet wordt geïnitieerd door breinstructuren die zich diep in de hersenstam bevinden en daarna gecontroleerd worden door de cerebrale cortex. Emoties in de vorm van prominente en snel optredende intuïties, lijken dan ook een belangrijke rol te spelen bij de vorming van complexe morele oordelen (Greene & Haidt, 2002; Haidt, 2001; Hornberg et al., 2011). Het *ervaren* en *herkennen* gaat *wel* over bewuste processen *nadat* de prikkel reeds is gegenereerd. Pas op het moment dat deze in het bewustzijn geraken, wanneer we voelen, kunnen we gevoelens managen. Gevoelens zijn daarmee *wel* (sociaal) beïnvloedbaar. Voorkomen van emoties en het ontstaan van een gevoel is dus niet mogelijk, maar aanpassen – zowel in de vorm van onderdrukken als versterken – van gevoelens wel. Op deze manier kunnen we gevoelens die ons dreigen te overweldigen of die niet passen bij de te bereiken doelen in goede banen leiden (Salovey, 2004, p 4).

De emotieve prikkels en de verwerking van gevoelens geven vorm aan onze herinneringen, gedrag, het verwerken van informatie, het nemen van beslissingen en geven zo vorm en richting aan sociale interacties (Hornberg et al., 2011, p 240). In het brein worden emoties daarbij onbewust gekoppeld aan bepaalde cognitieve patronen. Eerdere ervaringen kleuren op deze manier ook toekomstige gelijksoortige gebeurtenissen en morele oordelen. Dit kan een versturende werking hebben bij morele oordeelsvorming. Op soortgelijke wijze kunnen ook aan emoties gekoppelde sociaal-culturele bepalingen effect uitoefenen op morele oordelen van mensen. Denk bijvoorbeeld aan walging, woede en angst (Hornberg et al., 2011, pp 238-239).

Zoal eerder besproken is *walging* evolutionair gekoppeld aan bedorven voedsel. Maar sociaal-cultureel gezien is deze emotie ook vaak gekoppeld aan zuiverheid van lichaam en/of geest. Gevoelens van walging kunnen getriggerd worden door gedrag dat geduid wordt als 'moreel geweld doen aan sociale interpretaties van zuiverheid' zoals bij ongewone seksuele praktijken, en voorspellen een moreel hard oordeel (Hornberg et al., 2011, p 238-239). De emotie *woede* kan evolutionair geduid worden als reactie op het wegnemen van bezit. Inschattingen van onjuiste of oneerlijke acties wekken woede op en studies naar deze fenomenen laten zien dat woede het hevigst is bij acties die betrekking hebben op oneerlijk en partijdig gedrag, bijvoorbeeld bij het oneerlijk gebruik maken van gedeelde goederen (Hornberg et al., 2011, p 238). Tenslotte kan de emotie *angst* niet alleen getriggerd worden bij acuut gevaar maar ook bij latere gebeurtenissen die onzeker zijn en waar iemand geen invloed op heeft. Dit kunnen situaties zijn van een eigen ziekte, angst voor eventueel overlijden of eerdere ervaringen van angst en onzekerheid bij overlijden van dierbaren. Door deze koppeling kan de persoon een volgende keer bij een onzekere of ongecontroleerde situatie weer angst voelen waarbij er geen directe relatie is met de gebeurtenis waarin die angst oorspronkelijk werd gevoeld (Hornberg et al., 2011, p 238). In het verlengde hiervan kunnen ervaringen van goed of slecht aflopende behandelingen en ziekteprocessen onbewust angst, woede of een gevoel van onrechtvaardigheid opwekken waardoor er oordelen kunnen worden gevormd die niet alleen te maken hebben met de huidige situatie maar ook met eerdere slechte ervaringen. Door de onbewuste processen wat betreft verwerking en koppeling van emotie aan eerdere ervaringen is het geen totaal kneedbaar systeem. Onderzoek toont aan dat hoe intensiever de emotie is, des te harder er geoordeeld en veroordeeld wordt (Hornberg et al., 2011, p 239). Dit kan ook klinische oordeelsvorming negatief beïnvloeden.

Voor het proces van klinische oordeelsvorming betekent dit dat het voor hulpverleners niet zinvol is om te doen alsof emoties en gevoelens er niet zijn. Ook *zij* worden beïnvloed door emoties van zichzelf en van anderen, en stemmen bewust, maar vooral ook onbewust, af op de ander, en het komt de kwaliteit van de oordeelsvorming ten goede als zij zich daar bewust van zijn.

4.4.1 Het adaptief onderbewustzijn; cruciale automaticiteit

In het dagelijks leven zien wij onszelf graag als bewuste wezens die zich moreel kunnen gedragen en controle hebben over redenen en gedrag. Deze overtuiging van de mens als bewust moreel individu veronderstelt dat we bewuste controle hebben over ons gedrag. Uit werk vanuit de empirische ethiek blijkt echter dat we helemaal niet zo goed moreel redeneren als we wel denken (Sie, 2009; Richardson, 2018). Het blijkt dat veel dagelijkse gedragingen en reacties aangeleerd zijn en tevens automatisch verlopen (Sie, 2009, p 516, p 521). Denk aan zaken zoals

aankleden, traplopen, auto rijden. Het is pas wanneer de rits niet omhoog wil, de traprede net even hoger is dan je verwacht of de auto niet wil starten, dat er bij anders automatische handelingen bewust geredeneerd wordt.

Dit geldt niet alleen voor neutraal gedrag zoals het eerder genoemde aankleden, traplopen en autorijden, maar ook in sociale situaties. In de meeste sociale situaties hoeven we ook niet bewust na te denken over ons gedrag. We weten wat we moeten zeggen en hoe we ons moeten gedragen tegenover iemand die net een dierbare verloren heeft of tegenover iemand die net geslaagd is voor een examen. Bij de een reageren we ingetogen en bij de ander blij. Wanneer een vriendin bijvoorbeeld verdrietig is reageren we met medelevende woorden of een troostend gebaar zoals een arm om haar heen. Wanneer een kind valt schieten we te hulp, pakken het kind op en troosten het. Dit doen we doorgaans zonder eerst na te denken over een strategie, eerst wordt er gehandeld en later pas denken we na. We reageren spontaan en doorgaans doen we dat heel adequaat (Sie, 2009, p 521). In die zin zijn we allemaal integer, hebben we op een abstract niveau allemaal goede morele waarden. Zonder die waarden zouden we niet kunnen functioneren in een sociaal complexe maatschappij (Bandura, 2002; Sie, 2009).

Morele handelingen komen vooral voor bij interpersoonlijk contact; en de manier van werken en de energiehuishouding van ons brein blijkt bij interpersoonlijk contact *niet* te veranderen (Sie, 2009, p 518). Wanneer we worden geconfronteerd met morele vraagstukken reageren we dan ook soms met impulsief of instinctief gedrag in plaats van beredeneerd gedrag over wat we *eigenlijk* zouden moeten doen (Richardson, 2018). Veel van onze morele oordelen komen zodoende op een automatische manier tot stand (Sie, 2009, p 516). Deze automatische processen in het komen tot een oordeel wordt het *Adaptive unconscious paradigm*, ofwel het *adaptieve/zich aanpassende onderbewustzijn paradigma* genoemd. Onderzoek naar het aangepast onderbewustzijn paradigma ondermijnt de aanname dat in ons alledaags gedrag bewust besef en controle een belangrijke rol spelen (Sie, 2009, p 517). Het toont vooral aan dat de invloeden op ons gedrag onbewust en niet inzichtelijk zijn. We missen wat Sie *agential transparency* noemt, ofwel *persoonlijke transparantie* (Sie, 2009, p 519). De literatuur over het adaptief onderbewustzijn laat zien dat ons brein de wereld aan ons presenteert in een bepaald perspectief en op een actieve en selectieve manier ons zelfbeeld beïnvloedt (Sie, 2009, p 520). Dit betekent dat iemand bijvoorbeeld boos kan zijn op iemand anders en als reden geven dat diegene hem of haar irriteert door gedrag, terwijl de bron van de irritatie zit in een eerder gesprek met iemand waarbij de geïrriteerde onrechtvaardig behandeld is of zelf niet juist heeft gereageerd. Ander onderzoek laat zien dat mensen die aan een vieze tafel zitten veel harder moreel oordelen over bepaald moreel verkeerd gedrag dan mensen die aan een schone tafel een moreel oordeel moeten vellen over hetzelfde foute gedrag (Sie, 2009, p 517). Tenslotte tonen experimenten ook aan dat personen door hypnose walging kunnen gaan voelen bij het horen van een bepaald woord dat in alledaagse zin een neutraal woord is zoals het woord *vaak*. Dit laatste illustreert dat we bij morele oordeelsvorming - naast door eerdere ervaringen - ook worden beïnvloed door momentane zaken waar we ons niet van bewust zijn (Sie, 2009, p 519).

Onderzoeken wijzen uit dat we ons in alledaagse situaties gerechtvaardigd voelen in het gebruik maken van dit automatische systeem zonder te checken of we gemanipuleerd worden in het nemen van een morele beslissing. We vertrouwen simpelweg op onze intuïtie en gevoeligheid voor normatieve grenzen. Al die automatische oordelen en handelingen zijn van groot belang voor de energiehuishouding van het brein. Het zorgt ervoor dat we energie over houden voor situaties waarbij cognitief moreel redeneren wel aan de orde is, voor situaties waarbij niet

zomaar duidelijk is wat het goede is om te doen (Sie, 2009, p 522). Cognitief bewustzijn en controle vergen veel energie. Het is zelfs zo dat we juist cognitief moeten redeneren om *niet* op een automatische manier te reageren. Wanneer we bijvoorbeeld cognitief moeten beredeneren dat de ander vervelend reageert omdat diegene bijvoorbeeld zelf verdriet heeft of boos is of heel jong is en onvoldoende beseft welke impact zijn of haar uitspraken teweeg brengen (Sie, 2009, p 522). Wanneer alle handelingen en overwegingen van de dag bewust zouden moeten zijn en alle handelingen op voorhand cognitief gecontroleerd moesten worden, zouden we de dag niet doorkomen. Dit zou teveel energie kosten (Sie, 2009, p 520). Ons brein heeft deze onbewuste automatische handelingen *nodig*. Onze vorming door cultuur, opvoeding en omgeving bepaalt de voorwaarden waaronder we cognitief na moeten denken over reacties, en welke reacties we over (kunnen) laten aan ons automatische onderbewuste systeem (Sie, 2009, p 522).

Oordeelsvorming wordt in het voorgaande eigenlijk onderverdeeld in twee processen of systemen; het proces van de snelle emotionele en onbewuste intuïtie die leiden tot morele oordelen (systeem 1) en de langzamere rationele, bewuste en daarmee cognitieve overwegingen die leiden tot weloverwogen morele oordelen (systeem 2) (Kahneman, 2003; Sauer, 2012). Nu gaat het er in deze scriptie en dit hoofdstuk *niet* om de werking van het brein en het menselijk gedrag te vereenvoudigen tot twee systemen. De werkelijkheid is complexer dan dat. Waar het hier *wel* om gaat is om aan te geven dat het *grootste deel* van ons gedrag volgens automatische processen verloopt en veelal veroorzaakt wordt door onbewuste invloeden.

4.4.2 Cognitieve dissonantie

Zoals eerder besproken, fungeren intuïties in situaties waarin snelle affectieve reacties moeten zorgen voor input ten behoeve van een snelle actie veelal als een vervanging voor redeneren (Hindriks, 2014, p 213). Daarmee zijn ze soms als een definitief oordeel, maar lang niet altijd. Hindriks beschrijft in zijn '*Sentimental Rationalism*' model hoe intuïties de onmiddellijke aanleiding vormen voor snel geformeerde morele oordelen en hoe deze vervolgens verder aangescherpt of sociaal aangepast kunnen worden door onze ratio (Hindriks, 2014, p 214). Wanneer intuïties leiden tot een oordeel zijn er op dat moment nog niet direct redeneringen die dat kunnen rechtvaardigen. De rechtvaardiging is hooguit indirect, in de zin dat de intuïtie fungeert als een wegwijzer. Of de intuïtie vervolgens een kwalitatief goed moreel oordeel oplevert, hangt af van de kwaliteit van de wegwijzer (Hindriks, 2014, p 195).

Een individu die een morele intuïtie heeft zal echter *moeite* moeten doen om hierover te redeneren (Hindriks, 2014, p 205). Daarom is er een oorzaak nodig; een trigger die de moeite van moreel redeneren rechtvaardigt. Naast de extern gerichte oorzaak, bijvoorbeeld de behoefte om anderen te overtuigen, kan er ook een intern gerichte behoefte tot zelfreflectie ontstaan (Hindriks, 2014, p 214). Beiden kunnen het gevolg zijn van het optreden van zogenoemde cognitieve dissonantie. Cognitieve dissonantie wordt beschreven als een psychologisch ongemakkelijk gevoel door een discrepantie tussen twee cognities. Deze zijn dissonant aan elkaar wanneer één van de cognities als een negatie van de ander wordt ervaren (Hindriks, 2015, p 242). Als voorbeeld beschrijft Hindriks het effect van het krijgen van een hoog salaris voor oninteressant en saai werk. De theorie van cognitieve dissonantie voorspelt dat een bepaalde hoeveelheid geld er *niet* voor zorgt dat iemand er intrinsiek van overtuigd raakt dat de taak niet saai is, maar er *wel* een rechtvaardiging in vindt voor het uitvoeren van dat saaie werk. Door het aanpassen van één of meer van zijn redenen kan de werknemer zichzelf er oppervlakkig van overtuigen dat het werk

best interessant is en daarmee de cognitieve dissonantie 'oplossen'. Dit type redeneren dat wordt opgewekt door cognitieve dissonantie dat niet dient ter bevestiging van eerdere overtuigingen of intuïties wordt gemotiveerd redeneren genoemd (Hindriks, 2015, p 243).

Cognitieve dissonantie treedt ook op als morele normen met elkaar botsen (of dreigen te botsen): deze botsing wordt ervaren als een psychologisch ongemakkelijk gevoel (Hindriks, 2014, p 197), wat wordt ervaren als negatief (Hindriks, 2015, p 242). Wat een individu wil vermijden is gedrag dat geweld doet aan eigen morele standaarden omdat zulk soort gedrag leidt tot zelfcensuur (Bandura, 1996, p 364). Cognitieve dissonantie bevat daarmee zowel gevoel als ratio (Hindriks, 2015, p 238). Zonder een ongemakkelijk gevoel omtrent tegenstrijdige cognities hoeft er niet moreel geredeneerd te worden over een oordeel. De intuïties worden vervolgens gekalibreerd door ons bewuste systeem, door redematies vanuit eerdere gelijksoortige situaties. De kwaliteit van dat proces, ofwel de mate van morele competentie, hangt samen met de mogelijkheid en kwaliteit van reflectieve regulatie van een morele intuïtie wanneer deze ter discussie wordt gesteld (Sauer, 2017, p 202).

Het individu zal onbewust proberen dit psychische ongemak te laten verdwijnen door één of meer van zijn eigen morele standaarden aan te passen; door (een deel van) de gegeven informatie anders te interpreteren dan die bedoeld is; door (een deel van) de gegeven informatie te verwerpen (Hindriks, 2015, p 238-242); of, wanneer de zelf-reflectieve beïnvloeding niet geactiveerd wordt, door over te gaan tot wat *moral disengagement* (morele ontkoppeling) wordt genoemd (Bandura, 2002, p 102). Onethisch gedrag en morele zelfcensuur worden op die manier respectievelijk selectief geactiveerd of afgekapt (Bandura, 1996; Johnson and Connelly, 2016). Morele ontkoppeling maakt op die manier mogelijk dat mensen gedrag (kunnen) vertonen dat in conflict is met de eigen morele standaarden (Bandura, 1996; Hindriks, 2014).

Bandura beschrijft een aantal belangrijke mechanismen die kunnen leiden tot of bijdragen aan ontkoppeling tussen morele verantwoordelijkheid en schadelijk gedrag. Een van die manieren is het verplaatsen van verantwoordelijkheid; het buiten jezelf leggen van verantwoordelijkheid voor schadelijk gedrag. Een voorbeeld is de specialist die een behandeling uitvoert in overleg met een collega maar zelf eigenlijk denkt dat de patiënt hiermee te lang doorbehandeld wordt. Of het als verpleegkundige uitvoeren van een medisch beleid waar je het eigenlijk niet mee eens bent. In het overtuigen van jezelf, kun je het ongemakkelijke gevoel weerleggen door te redeneren dat je er van overtuigd bent dat het niet de juiste behandeling is voor je patiënt, maar die toch uitvoert omdat de arts dit nu eenmaal heeft besloten en het medisch beleid zijn verantwoordelijkheid is. Hierdoor wordt de relatie tussen het eigen schadelijk gedrag en de effecten van dat gedrag verstoord en vervormd (Bandura, 1996, p 365). Een andere manier effectieve manier om zelfcensuur te vermijden is eufemistisch of verzachtend taalgebruik. Een voorbeeld van verzachtend taalgebruik is het 'intensief' noemen van een behandeling terwijl je weet dat de patiënt last zal krijgen van behoorlijk sterke bijwerkingen. Of, een extremer voorbeeld, het begrip 'euthanasie', wat letterlijk vertaald uit het Grieks "een goede dood" betekent. Bij euthanasie wordt er op verzoek van de patiënt een eind gemaakt aan diens leven. Het beëindigen van een leven stemt niet overeen met de reden van beroepskeuze van artsen en verpleegkundige. Sterker nog, er kan rustig worden gesteld dat het niet doden een ander mens tot de algemeen geldende morele standaard behoort in onze samenleving. Voor het kunnen doden van andere mensen blijkt dan ook een behoorlijke mate van morele ontkoppeling nodig te

zijn, zelfs al is er geen uitgesproken tegenstelling met de eigen morele standaarden (Bandura, 1996; Hindriks, 2015).

4.4.3 Rationele beïnvloeding van automatisch opkomende affectieve reacties

De plaatsbepaling van emoties en gevoelens binnen morele oordeelsvorming lijkt tot nu toe op drie belangrijke sporen te berusten. Ten eerste de automatisch opkomende emoties die maken dat er een emotionele duiding plaatsvindt in het contact met anderen. Ten tweede de onbewuste spiegeling aan anderen waardoor we onvrijwillig beïnvloed worden door de ander. Ten derde de gevoelens die we kunnen managen. Rationalisten erkennen echter nog een vierde mechanisme: de rationale beïnvloeding van affectieve reacties, waaronder nadrukkelijk begrepen ook de morele intuïties.

Volgens rationalist Sauer schetsen anti-rationalisten zoals Haidt weliswaar een plausibel beeld van het automatisch tot stand komen van morele oordelen, maar zijn zij niet in staat te bewijzen dat er een probleem is wat betreft deze automatisatie vanuit een rationeel perspectief (Sauer, 2017, p 52). Volgens Sauer interpreteert Haidt de relatie tussen automatische intuïties en moreel redeneren dan ook verkeerd. Als intuïties gelijk 'waar' zijn en moreel redeneren alleen is om de ander te overtuigen, dan leren we volgens Haidt uitsluitend door sociale situaties maar reflecteren daar rationeel niet op. Rationalistische theorieën daarentegen erkennen dat mensen automatische intuïties hebben, maar stellen dat deze intuïties fungeren als een *uitgangspunt* voor moreel redeneren en dat redeneren een belangrijke rol speelt in het (her)vormen van oordelen en intuïties.

In zijn boek *Moral Judgments as Educated Intuitions* (2017) betoogt Sauer dat intuïtionisme en rationalisme niet twee gescheiden en exclusieve alternatieven voor morele oordeelsvorming zouden moeten zijn. In zijn boek wil Sauer een brug slaan tussen intuïtionisme en rationalisme, waarbij emoties en redeneren samen essentieel zijn voor het vormen van morele oordelen (Whiston, 2019, p 1). Wat Sauer voor ogen heeft is een samenwerkingsverband tussen emotie en ratio dat Damasio's onderzoek zou complementeren.

Sauer beargumenteert dat het SIM-model van Haidt gebaseerd is op een *incompatibility thesis*. Dit houdt in dat er wordt aangenomen dat een automatisch mentaal proces een onbewust proces is en daarmee niet onderhevig is (kan zijn) aan rationaliteit (Sauer, 2017, p 53). Sauer stelt echter dat automatische mentale processen wel degelijk beïnvloed kunnen worden door de ratio (Sauer, 2017; Whiston 2019). Soms, stelt hij, lijken mensen zich weliswaar irrationeel vast te houden aan hun overtuigingen en soms maken zij zich schuldig aan confabuleren, maar vaak zijn de argumenten die mensen gebruiken ook gewoon legitieme rationalisaties. Post hoc rationalisaties hoeven daarmee niet per definitie dubieus te zijn (Sauer, 2012; Sauer, 2017; Sie, 2009). Sauer ziet het post hoc formuleren van rationele argumenten en confabuleren dan ook als twee verschillende dingen. De initiële rechtvaardiging van de argumentatie kan juist liggen in evolutionair oude sociale processen of recente ervaringen in combinatie met die oude sociale normen. Dit is een plausibele verklaring voor de vraag waarom we doorgaans kunnen vertrouwen op onze morele intuïties, totdat deze uitgedaagd worden door morele oordelaars (Sauer, 2017, p 88). Moreel redeneren vindt plaats in situaties waar we niet zomaar een antwoord hebben met behulp van onze morele intuïties, waarin onze morele intuïties

uitgedaagd worden door anderen (Sauer, 2017, pp 86-87) of wanneer er sprake is van cognitieve dissonantie. Morele intuïties kunnen daarbij worden aangepast door de ratio (Sauer, 2017, p 86).

Met zijn bewering dat mensen post hoc redematies alleen gebruiken om anderen te overtuigen, stelt Haidt dat we bij morele dilemma's uitsluitend redeneren als een advocaat en niet als een onpartijdige rechter zoals volgens hem bij moreel redeneren het geval zou (moeten) zijn. Bij het redeneren als advocaat gaat het er vooral om dat het initiële oordeel bevestigd wordt en niet dat er geredeneerd of gereflecteerd wordt op dat oordeel. Natuurlijk doen we dit allemaal wel eens. Neem bijvoorbeeld het rijden door een rood stoplicht terwijl je weet dat dit niet past bij de verkeersregels. Bij het redeneren om wel of niet door het rode licht te rijden passeren veel argumenten de revue. Argumenten die je kunt aanvoeren zijn bijvoorbeeld dat het nacht is en er niemand anders op straat is die je in gevaar kunt brengen door niet te stoppen, of dat er toch geen ander verkeer aan komt. Of dat je eigenlijk geen haast hebt en dus best kunt stoppen; dat er altijd een fietser of bromfietser van een onvoorzien kant kan komen; dat het zich houden aan de verkeersregels nu eenmaal zorgt voor veiligheid in het verkeer. Degene die stopt voor het rode licht redeneert daarmee als een onpartijdige rechter en degene die doorrijdt redeneert als een advocaat (Hindriks, 2015, p 239). Al met al komt het neer op een worsteling over welke argumenten de overhand krijgen waarbij het gewicht die de verschillende argumenten voor iemand hebben uiteindelijk bepalen welke conclusie de persoon trekt (Hindriks, 2015, p 239). Het komen tot een conclusie kan daarmee leiden tot bevestiging van het intuïtief gevormde oordeel maar ook tot het aanpassen van het eerdere morele oordeel. Moreel redeneren is derhalve niet voornamelijk bedoeld voor het overtuigen van een ander van de eigen intuïtie, maar (ook) om het reflecteren met jezelf om te komen tot een nieuw moreel oordeel of het overtuigen van jezelf (Hindriks, 2015, p 238). Dit verklaart ook waarom we kunnen oordelen als een onpartijdig rechter en niet alleen als vooringenomen advocaat en waarom er mensen zijn die oordelen hebben die anders zijn dan de oordelen van mensen uit hun directe sociale omgeving.

Waar bij het denken over beïnvloeding van automatische processen door de rede voor moet worden opgepast, is dat de indruk wordt gewekt dat emoties en intuïties moreel oordelen slechts achteraf beïnvloeden, zoals in het zojuist beschreven voorbeeld. Het vormen van een moreel oordeel hangt volgens Sauer niet alleen samen met post hoc maar ook met ante hoc argumenten. Dit kan volgens hem doordat intuïties ondersteund worden door zowel bewust redeneren als door morele reflectie en doordat moreel redeneren actief is in het verkrijgen, formeren en onderhouden van reflectieve kritiek op intuïties (Whiston, 2019, p 2). Wanneer morele oordelen direct vooraf worden gedaan door episodes van bewust redeneren zijn morele intuïties tegelijkertijd gebaseerd op de rede alsook op intuïties (Sauer, 2017, p 47). Deze ante hoc argumenten komen tot stand door iteratief gebruik van rationele feedback bij interpersoonlijk contact en intra persoonlijke reflectie. Dit is een doorlopend proces van redeneren dat geïntegreerd wordt in onze automatische intuïties. Emoties en intuïties zijn net zo goed toestanden die actief deelnemen in een redeneerproces (Whiston, 2019, p 4).

Volgens Sauer en Hindriks zit er dus wel degelijk rationaliteit achter emotionele en intuïtieve reacties. Dat we doorgaans op intuïties kunnen vertrouwen komt volgens Sauer doordat onze automatische intuïties omtrent morele kwesties worden gevormd en onderhouden door rationele

reflecties op deze intuïties. Redeneren en reflectie zijn daarmee onlosmakelijk verbonden met moreel oordelen (Sauer, 2017, p 264). Sauer ziet dit proces als het vormen en bijstellen van gewoontes. Het is een systeem dat door middel van feedback tegenstrijdigheden oplost en zo ons intuïtieve systeem van nieuwe informatie voorziet en reflexmatig de houdbaarheid van onze intuïties bewaakt (Sauer, 2017, p 12): door moreel redeneren wordt bepaald of de intuïtie verlaten wordt of dat er uiteindelijk genoeg redenen zijn om een intuïtie opnieuw te bevestigen.

Zowel sociale als zelf-reflectieve correctie beïnvloeden op deze wijze onze intuïties (Sauer 2017, p 52, p 167) en dit proces van continu bijstellen zorgt ervoor dat intuïties in veel gevallen een beredeneerd oordeel kunnen vervangen (Sauer, 2017, p 88). Voor de lange termijn betekent dit dat rationele cycli onze morele intuïtie beïnvloedt (Sauer, 2017, p 12). Morele oordelen, zo stelt Sauer, zijn in die zin het gevolg van automatisering, door hem *educated moral intuitions* ofwel zich ontwikkelende morele intuïties genoemd (Sauer, 2017, p 88). Deze lerende intuïties lijken onontbeerlijk voor het ontwikkelen van een moreel kompas dat we nodig hebben om ons staande te houden in complexe sociale situaties omtrent normen, waarden en goed gedrag. Informatie over situaties, de redenties over en reflecties op gebeurtenissen worden daarbij opgeslagen in het geheugen en weer opgeroepen bij latere gelijksoortige situaties. Op deze manier heeft de post-hoc ratio toch ante-hoc invloed op morele intuïties. Dit lijkt qua werking niet zover af te staan van de werking van sociale beïnvloeding in het SIM-model van Haidt (Whiston, 2019, p 7). Sauer's manier van denken over intuïtie in de vorm van zich ontwikkelende intuïties levert in die zin een belangrijke bijdrage aan het begrip van morele oordeelsvorming (Whiston, 2019, p 8).

Het concept van de zich ontwikkelende intuïties kan de kloof tussen sentimentalisme en rationalisme zeker voor een deel overbruggen. Er blijft echter nog iets over dat niet met de theorie van Sauer op te lossen valt. Wat Sauer namelijk beweert, is dat intuïties en daarmee ook emoties volledig beïnvloed zouden kunnen worden door de ratio. Dit lijkt op het volledig maakbaar zijn van intuïties door sociale beïnvloeding van Haidt. Maar dan zouden *alle* situaties die emotioneel belastend zijn, rationeel opgelost moeten kunnen worden. Dit lijkt toch niet het geval. Er blijven toch situaties die niet geheel verklaart kunnen worden met de zich ontwikkelende intuïties van Sauer.

Kijk bijvoorbeeld naar emotioneel belastende situaties als euthanasie. Wanneer intuïties volledig te beïnvloeden zouden zijn door de rede zouden artsen die een euthanasieverzoek uitvoeren volgens de regels en wensen van patiënten en familie daar geen moeite mee moeten hebben. Maar dit laatste is toch niet het geval. Blijkens een artikel in het medisch vakblad *Medisch Contact* blijkt dat 70 procent van de artsen euthanasie emotioneel belastend vindt. Eén van de respondenten vertelt: *"Het raakt je diep als arts", "Ik lig er altijd wakker van" en "Liever niet nog een keer, maar als het moet dan doe ik het"*. Journalist en redacteur voor het vakblad voor medici *Medisch Contact*, Joost Visser, interviewt Jenne Wielenga (61), arts van de Levenseindekliniek en internist-hematoloog over patiënten met psychiatrische problemen, stapeling van ouderdomsklachten en beginnende dementie. Hij zegt: *"Het is nooit: u vraagt, wij spuiten"*. Wielenga herinnert zich een patiënt met psychiatrische problemen en zegt: *"Ik werd bewogen door het leed van deze vrouw, maar vond het emotioneel zwaar. Want zonder euthanasie had zij nog dertig jaar kunnen leven"*. Visser (2015) schrijft verder dat Wielenga zich goed kan vinden in de formulering van de Nederlandse euthanasiewetgeving maar dat het ook hem moeite en energie kost om de regels toe te passen op individuele patiënten: *"Soms is het moeilijk*

om goed af te wegen of er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Of om vast te stellen dat er geen andere oplossing is” (Visser, 2015). Het dilemma ligt hier niet in de wettelijke toestemming maar meer op het gebied van de emotionele belasting. Rationeel zijn er bij het in acht nemen van de zorgvuldigheidseisen geen problemen maar emotioneel blijft het blijkbaar toch zwaar. De helft van de ondervraagde artsen voerde de afgelopen tien jaar euthanasie uit. Volgens het artikel ziet tien procent van de respondenten om principiële redenen van het uitvoeren van euthanasie af. Daarentegen vindt meer dan de helft van de artsen dat het uitvoeren van euthanasie bij het vak hoort en dat ze voldoende kennis en deskundigheid hebben om euthanasie uit te voeren. Het dilemma ligt hier dan ook niet in de wettelijke toestemming maar meer op het gebied van de emotionele belasting. Verreweg de meeste artsen die euthanasie toepassen hebben hier uiteindelijk toch zoveel moeite mee dat ze het werk maar voor een bepaalde periode willen doen (Van Dijk & Van Wijlick, 2015, p 16). Een ander voorbeeld is de moeder die haar kind ter adoptie afstaat. Ze beredeneert dat het kind beter af is bij een ander gezin waar het meer dan gewenst is en waar er genoeg financiële middelen zijn om goed voor het kind te zorgen. Ook al zijn er persoonlijk en sociaal gezien genoeg redenen zijn waarom de adoptie acceptabel is, blijven velen hun hele leven verdriet houden en zich schuldig voelen.

Deze voorbeelden illustreren dat mensen die hun initiële oordeel bijstellen niet altijd ook hun initiële intuïtie veranderen, laat staan blijvend. Soms passen ze hun morele oordelen aan wanneer ze geconfronteerd worden met nieuw bewijs of door sociale overredingskracht, terwijl hun intuïties en emoties onveranderd blijven. Ze stellen in dat geval niet hun intuïtie bij maar kunnen bij één bepaalde gebeurtenis wel vrede hebben met een genomen besluit dat eigenlijk niet bij de eigen intuïtie past. Bij een andere gelegenheid kan de zoektocht naar wat op dat moment beschouwd wordt als moreel waar, een meer direct effect hebben op morele intuïties en zelfs breken met sociale normen (Whiston, 2019, p 4). Er blijft echter kennelijk een deel dat niet te beïnvloeden lijkt door redeneringen. Sauer erkent dit als hij vaststelt dat we inderdaad diepgewortelde overtuigingen hebben en woede of schuld ervaren bij overtredingen van onze morele normen (Sauer, 2017, p 166). Een verklaring waarom situaties als bovenstaande zich, ondanks zich ontwikkelende intuïties voor kunnen doen, is dat Sauer wel schrijft over het onderscheid tussen emoties en intuïties maar, net als Haidt, deze onvoldoende van elkaar onderscheidt en, wederom net als Haidt, het verschil tussen emoties en gevoelens niet duidt. Damasio doet dit laatste wel en beschrijft emoties als prikkels die worden gevormd vanuit eeuwenoude breinstructuren, onbewust getriggerd door interne of externe prikkels en als alarmsysteem ter sociaal en fysiek overleven van de mens. Als emotieve prikkels een onderdeel zijn van de totstandkoming van een intuïtie is het zeer onwaarschijnlijk dat een intuïtie, zoals Sauer impliceert, volledig beïnvloedbaar kan zijn door de rede. Dit betekent dat Sauer toch niet volledig aansluit bij het onderzoek van Damasio.

Samenvattend hebben zowel het intuïtionistische SIM model van Haidt als het rationalistische model van de zich ontwikkelende intuïties van Sauer beide hun eigen problemen wat betreft de rol van emoties in intuïties. Bij Haidt zouden alle morele oordelen maakbaar zijn door de sociale omgeving en bij Sauer worden alle morele oordelen maakbaar door de rede.

5 MOREEL BERAAD

Zoals eerder gememoreerd zien mensen zichzelf graag als morele wezens die *bewuste* controle hebben over eigen redeneren en gedrag en zich moreel kunnen gedragen (Sie, 2009, p 516). Zorgprofessionals zijn hier niet anders in. Klinische morele oordelen die leiden tot behandelkeuzes die grote effecten hebben op mensenlevens worden daarom graag gebaseerd op rationele argumenten. Een reden waarom de rationele insteek als de juiste aanpak wordt gezien is omdat het oordeel dan als objectief wordt ervaren. Het streven naar objectiviteit is heel plausibel. Echter, voor zowel zorgprofessionals als voor niet-zorgprofessionals geldt dat moreel redeneren een post én ante hoc onderneming is. Ook hun intuïtie is gekleurd door emoties en eerdere ervaringen. Onder invloed van emotionele reacties wordt zo vaak iets toegevoegd of weggelaten uit beslissingen waarvan we denken of verwachten dat ze zuiver rationeel zijn (Damasio, 2019, p 111). Daardoor is een oordeel dat gebaseerd lijkt op louter rationele argumenten veelal ook gebaseerd op allerlei emotionele prikkels en eerdere positieve of negatieve ervaringen. Voor gebalanceerde klinische morele oordeelsvorming is het echter van belang dat er een bewustwording plaatsvindt omtrent de plaats die emoties innemen binnen het proces. Alleen bij het uitstellen van het eigen morele oordeel en reflectie op de eigen emoties en gevoelens kunnen zowel affect als cognitie samen leiden tot het formeren van adequate en sociaal passende morele oordelen (Hindriks, 2014, p 207).

5.1 HET BELANG VAN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Patiënten en hun naasten vertrouwen er op dat het gedrag van behandelaars moreel adequaat is in de breedste zin des woords. Patiënten vertrouwen er niet alleen op dat morele beslissingen worden genomen die beantwoorden aan professionele en algemene normatieve verwachtingen; ze verwachten dat hun belangen optimaal behartigd worden (Mazur et al., 2005, pp 101-102). Onderzoek wijst echter uit dat er regelmatig conflicten zijn op de werkvloer die ontstaan door verschillende visies omtrent te behalen zorgdoelen en omtrent doorbehandelen in de vorm van levens ondersteunende dan wel levensrekkende interventies (Hartog & Benbenishty, 2015; Hamric et al., 2007). Moreel beraad is bij uitstek een setting waarbij deze verschillen besproken en, indien succesvol afgerond, overbrugd kunnen worden.

Zowel artsen als verpleegkundigen geven aan dat er te lang wordt doorbehandeld (KNMG, 2015; KNMG, 2020; Pauw, 2012; Visser, 2012). Uit een artikel in het medische vakblad *Medisch Contact* uit 2012 blijkt dat 60% van de artsen dit vindt (Visser, 2012). Uit een artikel uit het vakblad *Nursing* uit 2016 blijkt dat verpleegkundigen over het algemeen nog meer dan artsen vinden dat er in een laatste levensfase te lang doorbehandeld wordt (Berends, 2016). Enkele van de oorzaken voor het in 'behandelmodus' staan van artsen is het hoge verwachtingspatroon van patiënten en naasten, of het moeite hebben met 'nee' moeten verkopen aan een zieke mens die voor je zit (Kreulen, 2014; Pauw, 2012). Dit kunnen redenen zijn waarom er ondanks beschikbaarheid van wetenschappelijke informatie omtrent behandelopties toch te lang wordt doorbehandeld (Kreulen, 2014; Pauw, 2012; Sahadat, 2016). Een andere mogelijke oorzaak is de brede toepassing van EBM. In de afgelopen jaren is er veelvuldig kritiek geuit dat EBM reductionisme teweeg zou brengen door de focus op de wetenschappelijke methode. Er zouden geen harde bewijzen zijn dat het gebruik van EBM altijd leidt tot een significante verhoging van de kwaliteit van zorg, en het zou bovendien leiden tot een soort 'kookboek' geneeskunde. Hierdoor bestaat het gevaar dat de focus komt te liggen op het natuurwetenschappelijke kennisdomein in plaats van op individuele patiënten (Djulgovic & Guyatt, 2017, p 420). Hoewel in de ontwikkeling van EBM wel wordt aangegeven dat het wetenschappelijk bewijs

gecombineerd moet worden met ervaringen en wensen van individuele patiënten (Djulbegovic & Guyatt, 2017, p 415), tonen deze waarschuwingen aan dat dit de praktijk onder druk staat.

Tijdens een moreel beraad wordt de nadruk gelegd op het uitwisselen van visies op het probleem en reflecteren op de eigen en elkaars visie (Van Dartel, 2017, p39). Inbreng van meerdere perspectieven is daarbij van groot belang omdat het eigen hulpverleners-perspectief heel dominant is (Van Dartel, 2016, p 34). Volledig alleen reflecteren of alleen binnen de eigen discipline reflecteren leidt al snel tot oordelen die primair gebaseerd zijn op het eigen kennisdomein. Door het intensieve contact en confrontatie met emoties en gevoelens van hun patiënten, vinden verpleegkundigen het in klinische oordeelsvorming gemakkelijker om zich te verplaatsen in de situatie van individuele patiënten dan artsen (Fields et al., 2004, p 90). In een multidisciplinaire setting van artsen en verpleegkundigen kan dan ook optimaal geprofiteerd worden van de complementariteit van beider kennis- en ervaringsdomeinen. Tezamen bevatten ze alle informatie om een evenwichtig zorgbeleid te formuleren zonder nadruk op emotie of rationele aspecten.

Regelmatig communiceren over morele dilemma's blijkt de onderlinge samenwerking in een behandelteam te verbeteren omdat professionals elkaars werk, professionele waarden en normen en morele dilemma's beter begrijpen (Haan et al., 2018, p 10). Het bespreken van emoties en frustraties omtrent morele dilemma's tijdens een moreel beraad leidt daardoor, mits goed uitgevoerd, tot een vermindering van morele stress bij zorgprofessionals (Haan et al 2018; McAndrew and Leske, 2014). Een oorzaak is dat individuen die vaker reflecteren op morele oordelen gemakkelijker toegang hebben tot het eigen morele kompas en het optreden van cognitieve dissonantie zien als voldoende reden om een handeling niet uit te voeren (Hindriks, 2015, p 248). Iemand die weinig toegang heeft tot zijn eigen morele standaarden doordat die weinig reflecteert en communiceert, zal eerder verleid worden tot morele ontkoppeling. Dit betekent niet per se dat de persoon in kwestie moreel ontkoppeld gedrag zal gaan vertonen, maar in ieder geval meer cognitieve dissonantie zal ervaren (Hindriks, 2015, p 247). Reductie van conflicten tussen verpleegkundigen en artsen leidt tot een kleinere kans op het krijgen van een burn-out onder verpleegkundigen (Hartog & Benbenishty, 2015, p 331). Tenslotte is er een positieve relatie aangetoond tussen effectieve samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, het ethisch klimaat op de afdeling en plezier hebben in het werk (Hartog & Benbenishty, 2015, p 331). Dit leidt tot een betere interprofessionele relatie waarbij professionals zich gesteund voelen en tot meer informele besprekingen rond het bed van de patiënt (Haan et al., 2018, p 9).

5.2 PRAKTISCHE ASPECTEN VAN MOREEL BERAAD

Het is niet altijd gemakkelijk om te reflecteren op emoties en gevoelens. Ook niet in een moreel beraad. De rationele benadering van artsen kan gemakkelijk botsen met emotionaliteit én de holistische visie die wordt ingebracht door verpleegkundigen. In contacten met artsen wordt veelal verwacht dat niet alleen de observaties maar ook alle emotionele boodschappen omgezet worden in rationele boodschappen. Meetbare zaken zijn immers het beste af te zetten tegen andere meetbare zaken en eenvoudiger om te zetten naar behandelbare problemen. Om die vaardigheden te ontwikkelen trainen beide beroepsgroepen zich regelmatig in de vooral analytische, technische en praktische taal die gebruikt wordt in de zorg (Van Dartel, 2017, p 39). Zowel het lichaam alsook het morele dilemma worden hiermee op afstand gezet. Op die manier

is nadenken over lichamelijke problematiek gemakkelijker, maar reflecteren over gevoelens juist niet. Aan de eigen emoties wordt dan ook weinig of geen aandacht besteed. Zowel artsen als verpleegkundigen lijken te denken dat ze hun eigen emoties kunnen (en misschien wel moeten) onderdrukken om zo te komen tot weloverwogen oordelen. Deze veronderstelling vindt zijn oorsprong in culturele processen die gebaseerd zijn op de eerder beschreven wijze waarop emoties door de eeuwen heen zijn geduid. De nadruk op de ratio bij gespreksvoering binnen het moreel beraad is hier een weerspiegeling van.

Moreel beraad is daarmee lastiger te implementeren dan andere overlegvormen, zoals gesprekken over diagnoses. Het is een ander soort gespreksvoering binnen een dominante rationele gesprekscultuur (Van Dartel, 2017, p 40). Van artsen wordt namelijk verwacht dat zij objectieve besluiten nemen die gebaseerd zijn op natuurwetenschappelijk onderzoek, rekening houdend met de voorkeuren van hun patiënten. Van verpleegkundigen vereist dit niet alleen dat zij de vaardigheden hebben om nabijheid te creëren én een professionele afstand te kunnen aannemen, maar óók dat zij communicatief vaardig genoeg zijn om emotionele en morele problemen te kunnen bespreken in medisch-natuurwetenschappelijke overlegsituaties.

CONCLUSIE

Bij het vellen van morele oordelen in de kliniek is het wenselijk dat dit oordeel zoveel mogelijk is afgestemd op de situatie, wensen en welzijn van de patiënt. Van belang is hierbij dat er geen behandeling wordt ingezet die niet of te weinig (meer) ten goede komt aan het welzijn van de patiënt. Een rationele benadering voor het vellen van een moreel oordeel is daarbij de meest verkozen strategie omdat het oordeel dan als objectief wordt ervaren. Dit is een echter misvatting. Juist het tegenover gestelde is waar. Het vormen van een moreel oordeel, wanneer dat moet worden gevormd zonder affect, komt niet neer op het afwegen van mogelijkheden op een hyper-rationele manier, maar juist op een desastreus onvermogen om het aantal keuzemogelijkheden te reduceren en vervolgens te kiezen (Haidt, 2013, p 284).

Daarbij is belangrijk om zich te realiseren dat welzijn geen rationeel begrip is. Derhalve kan welzijn ook niet optimaal worden gediend door louter rationele argumenten. Het duiden van welzijn en het overzien van de potentiële invloed van behandelingsopties daarop, vereist persoonlijke kennis. Deze kennis kan alleen worden verkregen door relatief langdurige nabijheid, zoals die wordt ingebracht door de verpleegkundige beroepsgroep.

Zowel artsen als verpleegkundigen constateren dat er nog vaak te lang wordt doorbehandeld. Naast de gebrekkige inclusie van welzijnsaspecten kan een reden zijn dat professionals die morele oordelen vellen geneigd zijn om hun eigen emoties buiten beschouwing te laten en er derhalve niet – of in ieder geval niet voldoende – op te reflecteren. Complexe problematiek bespreken zonder voldoende reflectie op de eigen emoties, of zonder inachtnaam van voldoende verschillende kennis- en ervaringsdomeinen leidt echter niet tot gebalanceerde morele oordelen.

Van cruciaal belang wat betreft de rol van emoties in oordeelsvorming is het besef dat bewustzijn en emotie niet gescheiden kunnen worden (Damasio, 1999, p 16). Er *kan* zelfs op neurologisch niveau en op sociaal niveau geen oordeelsvorming plaatsvinden zonder dat emoties hierin een rol in spelen. Emoties zijn onlosmakelijk onderdeel van ons organisme. We kunnen ze niet uitschakelen, hooguit onderdrukken. Emotie en ratio kunnen alleen al daarom niet los van elkaar worden gezien. Onder invloed van emotieve reacties blijken we bovendien vaak iets toe te voegen of juist weg te laten bij het nemen van beslissingen waarvan we denken of verwachten dat ze louter rationeel zijn (Damasio, 2019, p 111). Het verwerken van een emotie veroorzaakt vervolgens een gevoel (Damasio, 2019, p 109). Dit gevoel is de *bewuste ervaring* van een emotie (Damasio & Carvalho, 2013, p 145). Het gevoel wordt tot een morele intuïtie doordat er opnieuw prikkels vanuit het bewustzijn worden opgeroepen door de bewustwording van dat gevoel. Dit werkt als volgt: emotieve prikkels en de verwerking van gevoelens geven vorm aan onze herinneringen, gedrag, het verwerken van informatie, het nemen van beslissingen en geven zo vorm en richting aan sociale interacties (Hornberg et al., 2011, p 240). In het brein worden emoties daarbij onbewust gekoppeld aan bepaalde cognitieve patronen. Bij gelijksoortige gebeurtenissen kleuren prikkels vanuit het geheugen vanuit eerdere ervaringen op deze manier ook toekomstige gevoelens, intuïties en morele oordelen. Emotieve prikkels en herinneringen kunnen zo het initiële oordeel al van een bepaalde duiding voorzien.

Daarnaast worden initiële oordelen beïnvloed door sociale interactie. Twee mechanismen spelen hierbij een rol. Allereerst doordat de spiegelneuronen ons in staat stellen tot directe

automatische, en dus onbewuste, afstemming op onze medemens wat betreft lichamelijke én emotionele toestanden. Deze neuronen stellen ons ook in staat om lichamelijke en emotionele toestanden van anderen te vertalen naar die van onszelf. Daarnaast speelt er een meer indirecte vorm van sociale beïnvloeding. Die aanpassing vindt plaats doordat gevoelens en intuïties onder invloed staan van sociale processen. Zelfs zonder dat deze naar ons worden uitgesproken oefenen deze hun invloed uit en zijn mensen geneigd hun oordeel te schikken naar groepsnormen. Met name deze laatste vorm van beïnvloeding lijkt op het eerste gezicht aan te sluiten bij de denkbeelden van Haidt. Hij beschouwt de menselijke emotie en moraliteit als een complex geheel dat primair verbonden is met sociale interacties tussen mensen en cultuur. In zijn SIM model beschrijft Haidt dat onze oordelen vooral gevormd worden door morele oordelen van anderen om ons heen via intuïtieve sociale processen. Haidt presenteert dit echter niet als aanvulling op, maar vooral als *alternatief* voor rationele beïnvloeding, waarvan hij claimt dat daar in de praktijk nauwelijks sprake van is. Moreel redeneren heeft in Haidt's visie als enig doel de ander te overtuigen en niet om op eigen intuïties te reflecteren, laat staan bij te stellen. Mocht dit waar zijn, dan vervalt – een aantal uitzonderingsgevallen daargelaten - de reden om rationeel te reflecteren en redeneren.

Er zijn echter voldoende argumenten om te staven dat Haidt te ver doorslaat bij het nagenoeg buiten spel zetten van de ratio. Haidt overschat de maakbaarheid van morele intuïties door sociale invloeden doordat hij de herkomst van emotieve prikkels en het onderscheid tussen emoties en gevoelens niet uitwerkt. Daarom kan (moet) Haidt beweren dat intuïties dusdanig beïnvloed worden door sociale processen dat initiële intuïties als waar worden beschouwd. Haidt duidt hier echter de invloed van rationaliteit op intuïties alsook de beïnvloedbaarheid van emotieve prikkels verkeerd.

Haidt's eerste fundamentele tekortschietsing is dat hij niet erkent dat er rationaliteit zit in automatisch opkomende affectieve reacties. Als de aanvankelijke intuïtie juist (ook) gevormd door sociale waarden en normen, dan is vasthouden aan sociale normen en het doen van uitspraken als “omdat je dat niet hoort te doen” een heel legitieme reactie (Hindriks, 2015, p 241). Ook filosoof en rationalist Sauer stelt dat er juist wél rationaliteit zit in automatische affectieve reacties. Er kan *vooral* vertrouwd worden op morele intuïties omdat deze onder invloed staan van de ratio; door hem *lerende intuïties* genoemd. Daarbij is moreel redeneren en reflecteren volgens Sauer een zoektocht naar samenwerking en niet naar de bevestiging van het eigen gelijk. Sauer ziet dit als een proces van continu vormen en bijstellen van gewoontes. Door middel van feedback worden tegenstrijdigheden oplost waardoor ons intuïtieve systeem van nieuwe informatie wordt voorzien en reflexmatig de houdbaarheid van onze intuïties wordt bewaakt (Sauer, 2017, p 12). Door moreel redeneren wordt bepaald of een intuïtie verlaten wordt of dat er uiteindelijk genoeg redenen zijn om een intuïtie opnieuw te bevestigen. Door dit proces van continue bijstelling heeft post-hoc ratio toch ante-hoc invloed op morele intuïties en kunnen we in veel gevallen automatisch een beredeneerd intuïtief oordeel vellen (Sauer, 2017, p 88). Haidt's tweede fundamentele tekortschietsing is dat hij voorbij gaat aan het feit dat sociale beïnvloeding wordt begrensd door de invloed van emotieve reacties. Emoties worden niet alleen onbewust gegenereerd, maar ook nog eens gegenereerd door emotieve prikkels vanuit evolutionair eeuwen oude breinstructuren (Damasio, 2019, p 109). Dit van belang omdat het impliceert dat individuele ervaringen en culturele processen te vluchtig zijn om invloed te hebben op de vorming van deze emotieve prikkels.

Er moet geredeneerd worden om een morele intuïtie niet gelijk als een moreel oordeel te presenteren (Hindriks, 2014, p 205). Centraal in morele oordeelsvorming staat dat de voorwaarde voor goed en weloverwogen cognitief redeneren is dat zowel affect als cognitie samen leiden tot het formeren van adequate en sociaal passende morele oordelen en dat er een adequate toegang tot de eigen morele standaarden (Hindriks, 2014, p 207). Het vinden van dit evenwicht tussen gevoelens en intuïtie enerzijds en ratio anderzijds is niet vanzelfsprekend. Het is van groot belang dat er niet intuïtief wordt gehandeld en tevens dat de neiging wordt weerstaan om het eigen gevoel te onderdrukken ten gunste van allerlei rationele argumenten. Die controle hebben we alleen wanneer we daadwerkelijk *reflecteren* op eigen inzichten en gedrag (Sie, 2009, p 528). Dit kost echter *moeite*. Daarom is het pas wanneer cognitieve dissonantie ervaren wordt, dat we actief reflecteren om de discrepantie tussen twee cognitieve overtuigingen op te lossen. Moreel beraad is een overlegvorm die hiervoor bij uitstek geschikt is. Een die bovendien gerangschikt zou kunnen worden onder de door Haidt genoemde uitzonderingssituaties waarin logisch redeneren en privé-reflectie wél succesvol kunnen zijn en individuen logische redeneringen gebruiken om hun initiële oordeel te overrulen en een nieuwe intuïtie activeren die een tegenhanger is van de initiële.

Als gevolg van hun rol in het zorgen voor de patiënt en eventuele naasten hebben zowel de arts als de verpleegkundige zich al een beeld gevormd van de situatie voordat ze met elkaar in gesprek gaan. Bovendien nemen zij ieder hun eigen emoties en intuïties mee vanuit eerdere soortgelijke gevallen. De initiële morele intuïtie (nog niet per sé het uiteindelijke oordeel) is daardoor gekleurd door het eigen kennisdomein, ervaring en emoties. Om een discrepantie tussen twee cognitieve overtuigingen op te lossen zullen artsen en verpleegkundigen dus moeten reflecteren op de eigen morele intuïties. Open staan voor uitwisseling van morele intuïties en herkenning en erkenning van elkaars kennis- en expertisedomeinen is datgene wat de kern vormt van een goed overleg. Bij voldoende tijd om te reflecteren op de oorspronkelijke mening, kan deze vervolgens worden herzien (Hindriks, 2014, p 203), waardoor de cognitieve dissonantie verdwijnt. Onderzoek wijst uit dat bewustwording en discussiëren over morele aangelegenheden leidt tot minder morele ontkoppeling. Dit hoeft echter niet altijd. Soms blijven de meningen verdeeld. Morele ontkoppeling maakt het in die gevallen mogelijk dat de morele intuïtie niet wordt aangepast, maar dat iemand zich wel kan conformeren aan het oordeel van de groep.

BRONVERMELDING

- Adolphs, R., Tranel, D., & Damasio, A.R. (2003). Dissocial neural systems for recognizing emotions. *Brain and Cognition*, 52 (1), 61-69. [https://doi.org/10.1016/S0278-2626\(03\)00009-5](https://doi.org/10.1016/S0278-2626(03)00009-5)
- Anckaert, L. (2006). *De persoon is de maat van de ethiek*. Zorg op maat van de mens. Ethisch overleg en advies in het ziekenhuis. Leuven, België: LannooCampus.15-35.
- Bandura, A. (2002). Selective Moral Disengagement in the Exercise of Moral Agency. *Journal of Moral Education*, 31(2), 101–119. <https://doi.org/10.1080/0305724022014322>
- Barratt, A. (2008). Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: The challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Education and Counseling*, 73(3), 407–412. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.054>
- Berends, N. (2016, 28 juni). Artsen behandelen nog steeds te lang door. Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.nursing.nl/artsen-behandelen-nog-steeds-te-lang-door/>
- Calder, A.J., Keane, J., Manes, F., Antoun, N., & Young, A.W. (2000). Impaired recognition and experience of disgust following brain injury. *Nature Neuroscience*, 3(11), 1077–1078. <https://doi.org/10.1038/80586>
- Calder, A.J., Beaver, J.D., Davis, M.H., Van Ditzhuijzen, J., Keane, J., & Lawrence, A.D. (2007). Disgust sensitivity predicts the insula and pallidal response to pictures of disgusting foods. *European Journal of Neuroscience*, 25(11), 3422–3428. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2007.05604.x>
- Carmelo M. Vicario Robert D. Rafal Sara Borgomaneri Riccardo ParacampoAda Kritikos Alessio Avenanti. (2016). *Pictures of disgusting foods and disgusted facial expressions suppress the tongue motor cortex*. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(2), 352-362, <https://doi.org/10.1093/scan/nsw129>
- Churchland, P. S. (2012). *Braintrust*. Amsterdam, Nederland: Amsterdam University Press.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' Error*. Vintages Books London.
- Damasio, A.R. (1999). *The Feeling of what Happens*. A Harvest Book Harcourt, Inc.
- Dartel van, H. (2016). Moreel beraad als verlengstuk van dagelijks overleg. *TGE tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek*, 26(1), 33–34.
- Dartel van, H. (2017). Lichamelijkheid een plaats geven in moreel beraad: geen eenvoudige opgave. *TGE tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek*, 27(2), 39–40.

- Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., & Roelens, A. (1998). An adjusted version of Kohlberg's moral theory: discussion of its validity for research in nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 829–835. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00597.x>
- Dijk, G. van, & Van Wijlick, E. (2015, 6 januari). Dokters hikken soms tegen euthanasie aan. *Medisch Contact*, 2015(01/02). Geraadpleegd op 20 februari 2020 van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/dokters-hikken-soms-tegen-euthanasie-aan.htm>
- Dunbar, R.I.M. (2003). The Social Brain: Mind, Language, and Society in Evolutionary Perspective. *Annual Review of Anthropology*, 32(1), 163–181. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.32.061002.093158>
- Djulgovic, B., & Guyatt, G.H. (2017). Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *The Lancet*, 390(10092), 415–423. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31592-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31592-6)
- Ekman, P. (1992). Are There Basic Emotions?. *Psychological Review*, 99(3), 550-553.
- Feras Ali, M. (2017). On evidence-based medicine. *The Lancet*, 390(10109), 2244–2245. Geraadpleegd op 20 februari 2020 van <https://www.sciencedirect.com/search/advanced?page=2245&docId=01406736&volume=390>
- Fields, S.K., Hojat, M., Gonnella, J.S., Mangione, S., Kane, G., & Magee, M. (2004). Comparisons of Nurses and Physicians on an Operational Measure of Empathy. *Evaluation & the Health Professions*, 27(1), 80–94. <https://doi.org/10.1177/0163278703261206>
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2008). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2935–2944. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02328.x>
- Fonseca-Azevedo, K., & Herculano-Houzel, S. (2012). Metabolic constraint imposes tradeoff between body size and number of brain neurons in human evolution. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(45), 18571–18576. <https://doi.org/10.1073/pnas.1206390109>
- Gaag, C. van der, Mindera, R.B., & Keyzers, C. (2007). Facial expressions: What the mirror neuron system can and cannot tell us. *Social Neuroscience*, 2(3–4), 179–222. <https://doi.org/10.1080/17470910701376878>

- Gilligan, C. (1993). *In a Different Voice*. Amsterdam, Nederland: Harvard University Press.
- Glenn, A. L., Raine, A., & Schug, R. A. (2009). The neural correlates of moral decision-making in psychopathy. *Molecular Psychiatry*, 14(1), 5–6. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.104>
- Gospic, K., Mohlin, E., Fransson, P., Petrovic, P., Johannesson, M., & Ingvar, M. (2011). Limbic Justice Amygdala Involvement in Immediate Rejection in the Ultimatum Game. *PLoS Biology*, 9(5), e1001054. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1001054>
- Greene, J.D. (2001). An fMRI Investigation of Emotional Engagement in Moral Judgment. *Science*, 293(5537), 2105–2108. <https://doi.org/10.1126/science.1062872>
- Greene, J.D. (2015). Beyond Point-and-Shoot Morality: Why Cognitive (Neuro) Science Matters for Ethics. *The Law & Ethics of Human Rights*, 9(2), 141–172. <https://doi.org/10.1515/lehr-2015-0011>
- Greene, J.D., & Haidt, J. (2002). How (and where) does moral judgment work? *Trends in Cognitive Sciences*, 6(12), 517–523. [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(02\)02011-9](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(02)02011-9)
- Greene, J.D., Sommerville, R.B., Nystrom, L.E., Darley, J.M., & Cohen, J.D. (2001). An fMRI Investigation of Emotional Engagement in Moral Judgment. *Science*, 293(5537), 2105–2108. <https://doi.org/10.1126/science.1062872>
- Grüne-Yanoff, T. & McClennen, E.F. (2008). Hume’s Framework for a Natural History of the Passions”. *David Hume’s Political Economy*, H5, 86-104. Routledge, Abingdon.
- Geschwind, M., Pourtois, G., Schwartz, S., Van De Ville, D., & Vuilleumier, P. (2012). White-Matter Connectivity between Face-Responsive Regions in the Human Brain. *Cerebral Cortex*, 22(7), 1564–1576. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhr226>
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*, 108(4), 814–834. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.108.4.814>
- Haidt, J. (2003). “*The Moral Emotions*”. In: Handbook of affective sciences. R. J. Davidson, K. R. Scherer and H. H. Goldsmith (EDS): 852-870. Oxford University Press.
- Haidt, J. (2007). The New Synthesis in Moral Psychology. *Science*, 316(5827), 998–1002. <https://doi.org/10.1126/science.1137651>
- Haidt, J. (2013). Moral psychology for the twenty-first century. *Journal of Moral Education*, 42(3), 281–297. <https://doi.org/10.1080/03057240.2013.817327>

- Hartog, C.S., & Benbenishty, J. (2015). Understanding nurse–physician conflicts in the ICU. *Intensive Care Medicine*, *41*(2), 331–333. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3517-z>
- Hamric, A.B., Blackhall, L.J., & Faan, L. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, *35*(2), 422–429. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000254722.50608.2d>
- Richardson, H. (2018, 27 Augustus). *Moral Reasoning (Stanford Encyclopedia of Philosophy)*. Geraadpleegd op 19 februari 2020, van <https://plato.stanford.edu/entries/reasoning-moral/>
- Héman, R. (2018, 24 januari). ‘Eenvoudige’ euthanasie. Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/columns/column/eenvoudige-euthanasie.htm>
- Herculano-Houzel, S. (2012). The remarkable, yet not extraordinary, human brain as a scaled-up primate brain and its associated cost. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *109*(Supplement_1), 10661–10668. <https://doi.org/10.1073/pnas.1201895109>
- Hindriks, F. (2014). Intuitions, Rationalizations, and Justification: A Defense of Sentimental Rationalism. *The Journal of Value Inquiry*, *48*(2), 195–216. <https://doi.org/10.1007/s10790-014-9419-z>
- Hindriks, F. (2015). How Does Reasoning (Fail to) Contribute to Moral Judgment? Dumbfounding and Disengagement. *Ethical Theory and Moral Practice*, *18*(2), 237–250. <https://doi.org/10.1007/s10677-015-9575-7>
- Hornberg, E.J., Oveis, C., & Keltner, D. (2011). Emotions as Moral Amplifiers: An Appraisal Tendency Approach to the Influences of Distinct Emotions upon Moral Judgment. *Emotion Review*, *3*(3), 237–244. <https://doi.org/10.1177/1754073911402384>
- Jabbi, M., Bastiaansen, J., & Keysers, C. (2008). A Common Anterior Insula Representation of Disgust Observation, Experience and Imagination Shows Divergent Functional Connectivity Pathways. *PLoS ONE*, *3*(8), e2939. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002939>
- Johnson, J.F., & Connelly, S. (2016). Moral Disengagement and Ethical Decision-Making. *Journal of Personnel Psychology*, *15*(4), 184–189. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000166>
- Kahneman, D. (2011). *Ons Feilbare Denken*. Amsterdam: Business Contact.

- Keyes, M., Corey, L., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing Well-being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. DOI: 10.1037//0022-3514.82.6.1007
- King, J.S., & Moulton, B.W. (2006). Rethinking Informed Consent: The Case for Shared Medical Decision Making. *American Journal of Law, Medicine and Ethics*, 32, 429–501.
Geraadpleegd van <https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/amlmed32&i=431>
- Kirman, A., Livet, P., & Teschl, M. (2010). Rationality and emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 365(1538), 215–219.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0194>
- Klucken, T., Schweckendiek, J., Koppe, G., Merz, C.J., Kagerer, S., Walter, B., Stark, R. (2012). Neural correlates of disgust- and fear-conditioned responses. *Neuroscience*, 201, 209–218. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2011.11.007>
- Kohlberg, L. (1975). The Cognitive-Developmental Approach to Moral Education. *The Phi Delta Kappan*. 56(10), 670–677. Geraadpleegd van URL:
<https://www.jstor.org/stable/20298084>
- Kreulen, E. (2014, 24 januari). Dokters behandelen vaak te lang door. *Trouw*. Geraadpleegd van <https://www.trouw.nl/nieuws/dokters-behandelen-vaak-te-lang-door~bea73b34/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- LeDoux, J. (2012). Rethinking the Emotional Brain. *Neuron*, 73(4), 653–676.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.02.004>
- Lerner, J.S., Li, Y., Valdesolo, P., & Kassam, K.S. (2015). Emotion and Decision Making. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 799–823. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115043>
- Liaschenko J. and Fisher A. (1999). “ Theorising the knowledge that nurses use in the conduct of their work”. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. Vol 13, issue 1: 29-41.
- Liaschenko, J., & Stein-Parbury, J. (2007). Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American Journal of Critical Care*, 16(5), 470–477.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2007.16.5.470>
- Liddell, B.J., Brown, K.J., Kemp, A.H., Barton, M.J., Das, P., Peduto, A., Williams, L.M. (2005). A direct brainstem–amygdala–cortical ‘alarm’ system for subliminal signals of fear. *NeuroImage*, 24(1), 235–243. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.08.016>

- Loon, E. van, Zuiderent-Jerak, T., & Bal, R. (2014). Diagnostic Work through Evidence-Based Guidelines: Avoiding Gaps Between Development and Implementation of a Guideline for Problem Behaviour in Elderly Care. *Science as Culture*, 23(2), 153–176. <https://doi.org/10.1080/09505431.2013.809411>
- Mazur, D.J., Hickam, D.H. (2005). The role of doctor's opinion in shared decision making: what does shared decision making really mean when considering invasive medical procedures?. *Health Expectations*, 8(2), 97–102. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2005.00315.x>
- McAndrew, N.S., Leske, J.S. (2014). A Balancing Act. *Clinical Nursing Research*, 24(4), 357–374. <https://doi.org/10.1177/1054773814533791>
- McConnell, T. (2018). *Moral Dilemmas (Stanford Encyclopedia of Philosophy/Fall 2018 Edition)*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/moral-dilemmas/>
- Oaten, M., Stevenson, R.J., Williams, M.A., Rich, A.N., Butko, M., & Case, T.I. (2018). Moral Violations and the Experience of Disgust and Anger. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00179>
- Öhman, A. (2005). The role of the amygdala in human fear: Automatic detection of threat. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 953–958. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.03.019>
- Öhman, A., Carlsson, K., Lundqvist, D., & Ingvar, M. (2007). On the unconscious subcortical origin of human fear. *Physiology & Behavior*, 92(1–2), 180–185. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.05.057>
- Öhman, A. (2009). Of snakes and faces: An evolutionary perspective on the psychology of fear. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(6), 543–552. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00784.x>
- Pauw, S. (2012, 12 juli). *Verpleegkundigen hekelen overbehandeling*. Geraadpleegd op 19 februari 2020, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/verpleegkundigen-hekelen-overbehandeling.htm>
- Phelps, E.A., Lempert, K.M., & Sokol-Hessner, P. (2014). Emotion and Decision Making: Multiple Modulatory Neural Circuits. *Annual Review of Neuroscience*, 37(1), 263–287. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-071013-014119>
- Prinz, J. (2004). Which Emotions are Basic? In D. Evans & P. Cruse (Red.), *Emotion, Evolution and Rationality* (pp. 1–19). Geraadpleegd van <http://subcortex.com/WhichEmotionsAreBasicPrinz.pdf>

- Rachels, J., & Rachels, S. (2007). *The Elements of Moral Philosophy* (Fifth edition). New York, Verenigde Staten: McGraw-Hill Education
- Rathert, C., Wyrwich, M.D., & Boren, S.A. (2012). Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351–379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Reesor, M.E. (1951). *The "indifferents" in the Old and Middle Stoa*. Geraadpleegd van <https://www.jstor.org/stable/pdf/283423.pdf>
- Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. (2018, 16 mei). Euthanasiecode 2018. Geraadpleegd op 18 september 2018, van <https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/brochures/brochures/euthanasiecode/2018/euthanasiecode2018>
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (2018). Well-being with soul: Science in pursuit of Human Potential. *Perspectives on Psychological Science*. Toetsingscommissies, 13(2), 242–248. <https://doi.org/10.1177/1745691617699836>
- Sahadat, L. (2016, 28 juni). Laatste levensfase bij eenderde patiënten onnodig opgerekt. *Volkskrant*. Geraadpleegd van <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/laatste-levensfase-bij-eenderde-patienten-onnodig-opgerekt~b607e10a/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Salovey, P., Kokkonen, M., Lopes, P. N., & Mayer, J. D. (2004). *Emotional intelligence: What do we know?* In A. S. R. Manstead, N. Frijda, & A. Fischer (Eds.), *Studies in emotion and social interaction. Feelings and emotions: The Amsterdam symposium* (p. 321–340). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511806582.019>
- Sauer, H. (2012). Educated intuitions. Automaticity and rationality in moral judgement. *Philosophical Explorations*, 15(3), 255–275. <https://doi.org/10.1080/13869795.2012.706822>
- Shea, M. (2020). Forty Years of the Four Principles: Enduring Themes from Beauchamp and Childress. *Journal of Medicine and Philosophy*, 45: 387–395. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa020>

- Shenhav, A., & Greene, J.D. (2014). Integrative Moral Judgment: Dissociating the Roles of the Amygdala and Ventromedial Prefrontal Cortex. *Journal of Neuroscience*, 34(13), 4741–4749. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.3390-13.2014>
- Sie, M. (2009). Moral Agency, Conscious Control, and Deliberative Awareness. *Inquiry*, 52(5), 516–531. <https://doi.org/10.1080/00201740903302642>
- Stark, R., Zimmermann, M., Kagerer, S., Schienle, A., Walter, B., Weygandt, M., & Vaitl, D. (2007). Hemodynamic brain correlates of disgust and fear ratings. *NeuroImage*, 37(2), 663–673. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.05.005>
- Teper, R., Zhong, C.-B., & Inzlicht, M. (2015). How Emotions Shape Moral Behavior: Some Answers (and Questions) for the Field of Moral Psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(1), 1–14. <https://doi.org/10.1111/spc3.12154>
- Visser, J. (2012, 30 mei). 'De arts staat in de behandelmodus'. Geraadpleegd op 20 februari 2020, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/de-arts-staat-in-de-behandelmodus.htm>
- Visser, J. (2012a, 30 mei). *Artsen: 'Wij behandelen te lang door'*. Geraadpleegd op 20 februari 2020, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/artsen-wij-behandelen-te-lang-door.htm>
- Visser, J. (2015, 6 januari). 'Het is nooit: u vraagt, wij spuiten'. *Medisch Contact*, 2015(01/02), 20–21. Geraadpleegd op 20 februari 2020, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/het-is-nooit-u-vraagt-wij-spuiten.htm>
- V&VN (2015). Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, de Beroepscode Verpleging en Verzorging, de Christelijke beroepscode voor verpleegkundigen en andere werkers in de gezondheidszorg en de Beroepscode voor de verzorging. Geraadpleegd van <http://www.praktijkverpleegkundigen-praktijkondersteuners.nl//Files/20150108%20Beroepscode%20Verpleegkundigen%20en%20Verzorgenden.pdf>
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6), 64–78. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>

Whitney, S.N., McGuire, A.L., & McCullough, L.B. (2004). A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent, and Simple Consent. *Annual Internal Medicine*, 140(1), 54–59. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-1-200401060-00012>

Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J.-P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of Us Disgusted in My Insula: The Common Neural Basis of Seeing and Feeling Disgust. *Neuron*, 40(3), 655–664. [https://doi.org/10.1016/s0896-6273\(03\)00679-2](https://doi.org/10.1016/s0896-6273(03)00679-2)