
Inhoudsopgave

Voorwoord 3

Do we (have to) care, or just say 'beware'? 5
**Relational ethics and relational research in forensic psychiatry:
two birds with one stone?**

Swanny Kremer en Lydia Pomp

Beschadigde autonomie 24
**(Hoe) valt autonomie te begrijpen in een forensisch
psychiatrisch centrum?**

Swanny Kremer, Jeannette van der Meijde, Susan te Winkel en Lydia Pomp

Free will, responsibility & forensic psychiatry 36

Susan te Winkel

**Some philosophical thoughts on how psychopaths can harm
without caring 46**

Lotte Koning

Modern zielsverlies 53
De neuropsychiater en het pact met de duivel

Frits Milders

Als kringen in het water 66
Over de toename van ADHD en autisme

Edo Nieweg

De Filosofische Bijsluiter 78

Joost Kraaijenbrink en Timo Kuipers

Andipunten in de GGZ 92
Een werkbaar concept?

Eite P. Veening

Symposium 'Filosofie in de forensische psychiatrie' 100

Suzanne Matthijsen

Voorwoord

Wat is nu eigenlijk filosofie? Is het wel een wetenschap? En als we dat kunnen betwijfelen, waarom dan een themanummer van GGZet Wetenschappelijk over filosofie in de psychiatrie?

Wellicht omdat men kan beargumenteren dat filosofie de ‘moeder der wetenschappen’ is. De eerste filosofen hielden zich bezig met verschillende wetenschappen, zoals natuurkunde, wiskunde, biologie en nog veel meer. Vrijwel alle wetenschappen zijn ontsproten aan de filosofie. Deze wetenschappen groeiden verder op, en maakten zich vervolgens los uit de moederlijke schoot en gingen zelfstandig verder.

Filosofie houdt zich ook 2013 nog wel bezig met onderwerpen waar de huidige wetenschap en de psychiatrie zich over buigen. Zij verwondert zich over vooronderstellingen, de aandames van de wetenschappen en beproeft deze keer op keer. Volgens Kant (1778) zijn de vier hoofdvragen waar een filosoof zich mee bezig zou moeten houden de volgende: 1) Wat kan ik weten? 2) Wat moet ik doen? 3) Wat mag ik hopen?, en 4) Wat is de mens? De eerste vraag heeft een directe relatie met de huidige wetenschappen, wat voor soort kennis is voor mensen bereikbaar? De tweede richt zich op ethiek, wanneer doe ik het ‘goede’? Niet onbelangrijk in de psychiatrie. De derde vraag richt zich onder andere op levensbeschouwelijke thema’s. En ‘wat is de mens’ is ook zeer relevant in de psychiatrie: hebben mensen een vrije wil? Hoe verhouden lichaam en geest zich tot elkaar?

De vier vragen van Kant sijpelen door de bijdragen in dit themanummer heen. Dit themanummer bevat bijdragen van filosofen, van psychiaters, van auteurs die zich verwonderen. Vanzelfsprekendheden worden betwijfeld. Aandames worden uitgedaagd. Een paar voorbeelden: Wat kunnen we eigenlijk weten? De DSM IV versus de DSM V heeft al vele discussies opgeleverd. Maar wat vinden we eigenlijk überhaupt van een classificatie? Levert dat wel kennis over een persoon op?

En hoe behoren we te handelen? Moet een forensische behandeling meer gericht zijn op zorg of beveiliging? Is dat wel een keuze?

Wat mag ik hopen? Een vraag die daarbij hoort is misschien wat het betekent dat iets bestaat. Bestaan grenzen, en zo ja, is jouw grens ook mijn grens?

En wat is de mens als deze een hoge mate van psychopathische kenmerken heeft? Waarom handelt de ene mens anders dan de andere?

De bijdragen in dit themanummer vormen een rijk palet, ze zijn zeer verschillend. Ze variëren van zeer toegepast tot meer abstract.

Toch is er veel overeenkomst. Iedere bijdrage is een bezinning op de huidige psychiatrie. Er wordt geworsteld met vraagstukken, gereflecteerd op de huidige stand van zaken in de psychiatrie.

U hoeft het niet met de auteurs eens te zijn. De bijdragen zijn stuk voor stuk gedachten over het werken in de GGZ waarbij de vraag speelt of het niet beter kan. Deze vragen worden uitgewerkt, maar kunnen evenzoveel nieuwe vragen oproepen. En daar is het eigenlijk om te doen: verwondert u!

Daag eigen vanzelfsprekendheden uit. Ga nergens zomaar vanuit, durf te (be)twijfelen.

Filosofie is dan misschien geen wetenschap, toch houdt moeder filosofie toezicht op haar (wetenschappelijke) kinderen. Niet omdat zij de waarheid in pacht heeft. Juist niet. Filosofie heeft veelal geen antwoorden, maar wel vragen.

Swanny Kremer en Frits Milders

Artikel

Do we (have to) care, or just say 'beware'

Relational ethics and relational research in forensic psychiatry: two birds with one stone?

Swanny Kremer en Lydia Pomp

*"We have the word 'to be'
 What I propose is the word 'to interbe'
 Because it is not possible to be on your own, by yourself
 You need other people in order to be
 You need other beings in order to be
 (...) so it is impossible to be on yourself, alone
 You have to interbe with everything and anyone else"*

- Thich Nhat Hahn -

There is practically no tolerance in society relating to errors made in TBS-treatment. Especially when those errors result in a repeated offence. Therefore, potential risks of a patient must be as well known as possible. The current standard in forensic hospitals is risk assessment based on group data.⁽¹⁾ And indeed, group data is very useful. But do we do justice to the person in question? Should we not take a closer look, and consider other persons as individuals, with their own unique story and unique characteristics? And to do so, can we use a different approach?

In this paper, we argue that relational ethics will be helpful in forensic psychiatry.

Relational ethics, also known as ethics of care or care ethics, focuses on values that are important within (care) relationships.⁽²⁻³⁾ This corresponds with a method used in forensic psychiatry, Forensic Social Network Analysis (FSNA).⁽⁴⁾ The idea that relational ethics and FSNA are mutually reinforcing is developed in this essay. Care ethics focuses on quality care for an individual. A person needs others to be as autonomous as possible and to do so, he creates his own network. Those two basic thoughts are what relational ethics and FSNA have in common. Often there is an asymmetric relation between patients, employees of a forensic clinic and the further social network members of a patient. Attention is needed for the social well-being of the patient when one wants to give 'good care'. At the same time, present risk factors of the patient must not be forgotten. The FSNA supports

both factors. FSNA is developed in Forensic Psychiatric Centre Dr. S. van Mesdag and originated from collaboration between researchers and social workers. FSNA analyzes a social network with attention to two factors, risk factors and protective factors. After that, one determines which network members can play a more active role in a patient's life concerning treatment, rehabilitation and beyond. Care ethics seems to seek 'the good' but seems a bit too woolly for forensic psychiatry. What is 'the good' and how can you achieve this? And FSNA is a way to analyze a social network, but by linking it to relational ethics it acquires a vision on care in forensic psychiatry. This paper has been divided into six parts. The first section introduces a case study. This case study is the leading thread running through this essay. The second section focuses on autonomy in forensic psychiatry. How autonomous is someone with a TBS-status? The classical view on autonomy, that of a rational and reasonable individual who makes sensible choices, does not stand in forensic psychiatry. Therefore, we look for an ethical basis that is applicable in forensic psychiatry. Relational ethics is introduced in the third section. Relational ethics offers a view on autonomy that differs from the classic view on autonomy. It looks at man in dependency relations to others. It focuses on 'care' within these relationships. That sounds good but also woolly. Therefore, the fourth section introduces the FSNA approach. FSNA shakes off the woolliness of relational ethics. In the fifth section, the reinforcing cooperation between relational ethics and the FSNA is explained through an FSNA case study. Finally, the sixth section discusses the conclusions.

1. Introduction to the case study

A case study about patient X is used to show the benefits of combining relational ethics with the forensic social network analysis approach. The case study is constructed from different cases, so traceability to persons or situations is not possible.

This first part describes the patient's (social) situation at the moment of crime.

Patient X – at the moment of crime

Patient X was diagnosed with a psychotic disorder (DSM IV Axis-I). Patient X did not use antipsychotic medication, but he used a lot of drugs and alcohol. Patient X has committed two murders. The first murder: patient X was psychotic and he was convinced that criminals wanted to kill him. He thought that two persons were planning to murder him and he had to act quickly. So he killed the presumed murderer. X had no relationship with the victim; it was an unknown person who played a role in his psychotic perception. Patient X was not caught. The second murder: a few years later patient X was incarcerated as a result of committing a burglary together with two friends. Serving a prison sentence he was psychotic and based on hallucinations he thought his eldest daughter was

sexually abused. Although his girlfriend did not share the suspicions and his daughter denied abuse, his suspicions grew. After his sentence, he had a job and a colleague told him that another employee was a pedo-sexual. After that X started to see signs, which indicated that he in fact was ordered to kill this man. And so he did. X went home and continued with his usual activities. In the afternoon, he was arrested. At the trial he confessed also the first, never solved murder. At the moment of the crimes, patient X had a small personal social network. He was in an intimate relationship in which tension, partly by the psychosis, was running high. Patient X had two daughters with his girlfriend. Patient had two criminal friends. He was not in contact with his family members (his two brothers; both parents are deceased). Figure 1 shows the patient's social network. Patient was in contact with criminal friends, his girlfriend, his daughters and his boss and colleagues.

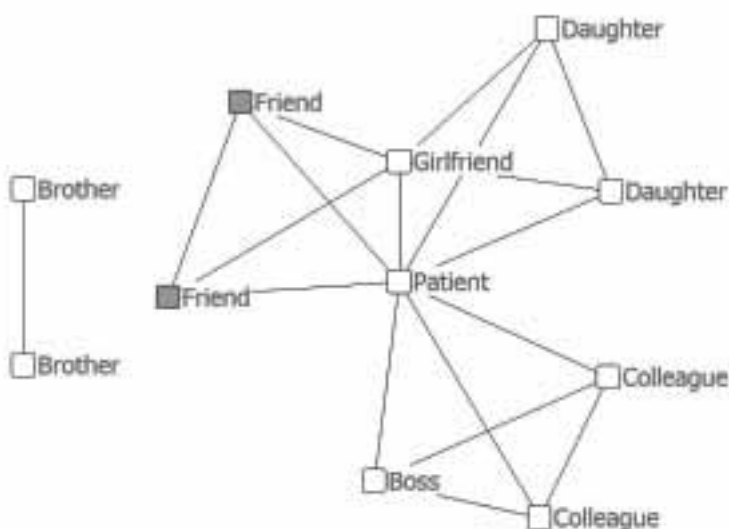


Figure 1: social network at the moment of crimes.

This case shows that patient X lost contact with reality at the time of his crimes, and that his social network was not able to serve as a buffer against committing an offense. X was psychotic, there was tension in the relationship with his girlfriend and concerning his eldest daughter there was also stress. In the next sections, especially section 5, more information about patient X is given to discuss relational ethics and FSNA in relation to each other.

2. Autonomy in forensic psychiatry

It is not possible to reason from 'mainstream ethics' in forensic psychiatry. A care ethics approach of autonomy is appropriate. In this paragraph we first

explain what TBS is. Second, we discuss what ‘having TBS’ implicates for the autonomy concept of an individual in forensic psychiatry. In the Netherlands, mentally disturbed violent offenders can be sentenced to the so called TBS-order. The TBS-order (art 37 a, b of The Netherlands Criminal Code) is considered for offenders who suffer from a personality disorder and/or a severe mental illness and it is only intended for offenders who have committed an offence with a criminal threat of four years or more⁽⁵⁾ The aim of TBS is to protect society and its citizens against mentally disturbed offenders and to provide effective treatments to prevent future recidivism.⁽⁶⁾ Most offenders go to prison first before they start treatment in forensic psychiatric hospitals (FPC’s). As part of this treatment a number of fundamental rights are restricted. The nursing or the ‘nursing-care’ is forced treatment, and ‘therapy’ is voluntary. The aim of TBS is a gradual return to society, but only if the nursing care and treatment have decreased the risk of recidivism sufficiently.⁽⁶⁾

If patients have been sent to forensic psychiatric centers, many dimensions of their life undergo significant changes that affect their autonomy. In literature, autonomy is understood as self-imposed laws, freedom and the opportunity to choose what to do⁽⁷⁾ A distinction should be made between free will and freedom of action. Free will is the ability of rational individuals to control their own decisions and actions.⁽⁷⁾ Freedom of action infers nothing about the will. Individuals with a TBS status are ultimately dependent on decisions of others. Not only are they separated from society, the duration of this separation is not certain; every two years, there is a re-evaluation whether or not extension of the measure for the individual patient is necessary. These aspects due to the TBS order have a negative impact on the patient’s free will and freedom of action. A TBS-patient may have the will or desire to go for a jog in the park, but it is not possible to realize because he has no freedom of action. An example where both the will and freedom of action is limited is a psychotic TBS-patient who is refusing to take anti-psychotic medication. An autonomous choice must meet certain conditions. There must be an identifiable volition or choice, the person must have sufficient insight into his own situation and the choice made should be voluntary.⁽⁸⁾ Many patients are unable or do not have the opportunity to make such a choice. For an autonomous choice, one has to be in particular circumstances, but one also has to possess certain (mental and physical) capabilities. For example, the patient’s freedom of action can be limited because the hospital decides to force medication. The TBS-patients are in a way dependent on the rules set by the clinic and the law. To guarantee high quality of care, every Dutch forensic psychiatric hospital has to define its own document about the vision on care. For example, the Dutch Forensic Psychiatric Center (FPC) Dr. S. van Mesdag states that mutual respect is required between staff, between staff and patients and between patients.⁽⁹⁾ Respect is understood as mutual recognition of the other as an individual with his own responsibilities. There should be an attempt to achieve a meaningful life within the walls of an FPC. This implies that the clinic has to think about meaningfulness

and values within ‘the walls of a total institution’. It is also needed, based on the vision of care, to take the personality of the patient into account and the vulnerability of his existence. To generate more discussion about ethical dilemmas and to improve the quality of care, employees of the Dr. S van Mesdag have formed a discussion group about ethical dilemmas. Patient and staff are confronted with different dilemmas. For example, employees (need to) consider what it means to give care and to ‘have to’ receive care. The patient is at the mercy of involuntary professional care. And especially in this ultimately dependent situation it is important that humanity is kept constantly in sight.⁽¹⁰⁾

An important paradox in forensic psychiatry is internal versus external coercion / compulsion.⁽¹¹⁾ Many forms of coercion and compulsion are not aimed at limiting patients’ autonomy, but at mobilizing autonomy. In other words, external pressure is used to start the needed treatment. As a result, treatment reduces the internal coercion. It is a quest for a balance between the right to self-determination of the patient and the right to appropriate care. This means that autonomy is a central value, but that the assumption that everyone is or can be autonomous cannot be a central value within forensic psychiatry.

It is probably clear by now, that the classical description of autonomy cannot be applied to patients with a TBS-status. Not only can it be questioned whether they had ‘free will’ at the time of the offence, TBS-patients are also restricted in their freedom of action. All forms of ethics based on the classical notion of autonomy are not compatible within forensic psychiatry. The question arises as to whether it is possible to find a better suitable approach. In the next section, we argue that relational ethics will be helpful for a better understanding of the concept of autonomy in the forensic psychiatric context.

3. Relational ethics

Relational ethics, also known as ethics of care, seems to be particularly suitable for forensic psychiatry. It focuses on values that are important within (care) relationships.⁽²⁻³⁾ Autonomy in relational ethics is something very different from being independent. Autonomy can only be properly designed in relationships with others. This is why care or relational ethicists also speak of relational autonomy. Tronto specifies that within the ethics of care attention is drawn to the view that human life only exists in a web of relationships that should constantly be maintained by our care.⁽¹²⁾

Ethics of care focuses on values that are important within (care) relationships. Like ethics in general, care ethics asks very fundamental questions: ‘What ought I to do?’ and ‘How will I live?’ Care ethics has its own perspective. A basic principle is the concern of people for each other. Care ethics presupposes dependence, asymmetry within (care) relationships. Care is a primary and normative form of interaction between people. Care

ethics is best known in health care but it is not (exclusively) designed for the care sector. In every situation within people care for each other, care ethics can be used. This can be also within a company or within a family.

For care ethicists, 'care' is an essential part of being human. The care relationship is always part of a network in which responsibilities play an important role. It covers the responsibilities of all persons engaged in the network of relationships and who are involved in care or a care-relationship. Thus, the 'care recipient', family, social workers and so on.

Held describes five characteristics of 'ethics of care' to define and qualify it as a better alternative to other 'dominant' theoretical approaches.⁽²⁾ The first is the scope of care ethics that is focused on meeting and fulfilling the needs of others for whom we take responsibility; 'Every person needs care for at least his early years' and 'most persons will become ill and dependent for some periods of their later lives(. . .)'.⁽¹³⁾ In relation to the case study of patient X one could say he needed care during his psychosis. He needed someone who would give him his medication. But he has not received this care. Second, care ethics tries to understand what the best morally thing to do would be within the actual interpersonal contexts from an epistemological perspective.

'Ethics of care values emotions rather than rejects it (. . .) moral emotions (. . .) need to be cultivated, not only to help in the implementation of the dictates of reason but also to better ascertain what morality recommends'⁽¹⁴⁾ Third, ethics of care rejects the dominant conception of moral theories that suggest that the more abstract reasoning about a moral issue is the better it is to prevent prejudice and arbitrariness to achieve greater impartiality. Ethics of care focuses directly on certain others with whom we share real relationships. In the case of patient X for example, it is important to know who are the people in his social network. Then it is important to find out which contacts could be 'caring-relations', and which contacts should make us concerned. Fourth, care ethics is a new conceptualization of the distinction between 'the private' and 'the public' domain, and their respective importance. 'Dominant moral theories have seen 'public' life as relevant to morality, while missing the more significance of the 'private' domains of family and friendship'.⁽¹⁵⁾ Patient X was especially concerned about the violation of morality in the private domain. He feared that his daughter was abused. This resulted in the fact he also violated a moral and legal law in the private domain: 'thou shalt not kill'. Finally, care ethics has a relational conception of persons; this is in sharp contrast to liberal individualism.

Ethics of care has a 'conception of persons as relational, rather than as the self-sufficient, independent individuals of the dominant moral theories'⁽¹⁶⁾ In other words: 'it often calls on us to take responsibility, while liberal individualist morality focuses on how we should leave each other alone'.⁽¹⁷⁾ A relational vision on autonomy fits much better in patients with a TBS status. A central notion of ethics of care is that it assumes all humans to be vulnerable and relational, as opposed to autonomous independent individuals. Autonomy is shaped in relationships; a person creates his own network. Therefore, autonomy consists of relationship to others; it is bound

in relationship to the other. Jean Keller says care ethics takes ‘the insight that the moral agent is an ‘encumbered self,’ who is always embedded in relations with flesh and blood to others and is partly constituted by these relations’.⁽¹⁸⁾ In relational ethics, it is important to understand what the other feels and experiences, by putting yourself in that situation. Every person has his own sets of learnt dispositions, (social) skills and ways of responding to the other. It is important to ‘put on the shoes of the other’, to draw attention of the other ones *hexis* or *habitus*.⁽¹⁹⁻²⁰⁾ Noddings uses the term ‘engrossment’, which refers to thinking about someone in order to understand him or her better.⁽²¹⁾ In other words, it is about ‘real attention’. Engrossment is necessary for good care, because someone’s personal and physical situation must be understood before proper care can be given. There must be reciprocity in communicating back and forth. Relational ethics is about a caring relationship between the person who gives, ‘one-caring’, and the one who receives, the one being ‘cared for’.⁽²¹⁾ Reciprocity as a ‘demand’ in a care relationship does encourage dependence. The ‘one-caring’, and the ‘cared-for’ need each other to achieve quality care.

But what is actually good care? What is reciprocity? What is attention? And how can we achieve all this? Relational ethics is somewhat vague on these questions. However, relational ethics is concerned with questions different from those asked in traditional ethical theories. Relational ethics has the name to ‘seek for good care’, but it also seems a bit fuzzy and unclear. And how fuzzy can we be and do we dare to be when it comes to patients with severe criminal backgrounds and with risk of recidivism? The next section introduces a forensic social network analysis approach. Social network approaches are helpful in defining significant (care) relationships.

4. Forensic Social Network Analysis (FSNA)

The TBS-measure is aiming at rehabilitating the patient in society. Thereby, risks must be minimized. With the current generation of risk assessment instruments (eg HKT-30, HCR-20, SVR-20) it remains difficult to find the insights on group level and translate them to the individual situation of a patient.⁽²²⁾ According to the ‘thinkgroup’ Risk assessment Forensic Psychiatry (werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie) it is possible that a particular feature does exist in a risk assessment tool, but that this characteristic might weigh relatively heavier than other items, while the instrument gives no opportunity for such differences in weighing in individual casuistic.⁽²³⁾ It is also possible that a particular feature is important in a particular case, but that this feature is not included in the instrument.⁽²³⁾ To include characteristics of the individual (social) situation of a patient in risk assessment, the Forensic Social Network Analysis (FSNA) is developed as a tool for forensic social work.⁽⁴⁾ The FSNA is generally based on Social Network Analyses research (SNA) and has focused on the forensic aspect, the ‘F’. FSNA has been developed within the TBS context, but it is also

useful for forensic social work outside the TBS sector. The FSNA method is developed based on scientific findings and practical experiences of forensic social work. Researchers and social workers have worked together to ensure that FSNA is a scientifically method that can be used in practice. It is important to pay attention to contextual and environmental factors and underlying mechanisms. This in order to explore possibilities for treatment and for managing the risks specific to the individual patient when he might return to society. The FSNA method focuses at the specific social, cultural and relational circumstances of each individual patient at the time of the offence, comparing this with present time and then appoints potential positive as well as negative influences on future behaviour. The comparison of the 'crime network' with the 'return network' is the basis of an FSNA analysis. 'Crime network' means the collection of (meaningful) people (and their relationships) the patient knew at the time of the crime and the social contexts which the patient dealt with at this time. The 'return network' is defined as significant persons (and their relationships) with whom the patient has contact during the treatment phase and with whom he probably will have contact in the future. In addition, the return network consists of various social contexts in which the patient is likely to play a role. For example, a patient may meet some 'old friends' at the birthday party of his brother.

The three fundamental questions of FSNA (based on theories of Bem and Funder) are

- 1) Which network developments (relational and social dynamics) in combination with the crime context, were specific for the patient?
- 2) What are the expected network developments (relational and social dynamics) in the current situation and the near future? and
- 3) What are the similarities and differences between these networks?⁽²⁴⁾

The FSNA uses a structured method (methodologically sound) to collect information about the social network of the individual patient. Data processing is conducted by forensic social work. The FSNA method uses three different sources: file study, patient- and network interview.

File study: Relevant background information is collected, such as about the crime(s), life history, psychiatric diagnosis, social/relational, and offence history. The file study focuses especially on the crime situation and the potential influence of people in the environment on the patient's criminal behaviour. Attention is also paid to how the patient during treatment behaves himself concerning people in the clinic and concerning his network members. It is investigated whether or not this observed behaviour is offence-related. Finally, reading the file, general information about the characteristics of the network members is collected.

Patient interview: a structured questionnaire is used during a patient interview in order to obtain patient information about the network at the time of the offence, the current network, and the network the patient will return to. For each period a systematically assessment of which people

in what contexts maintain contact with the patient is executed. Patients are asked to list a maximum of 40 names of people who they considered as network members in their crime network, current network and return network. The FSNA uses a name generator: network members are identified in different domains. The questions are designed to identify network members with whom the patient is likely to have significant contacts, regardless of the frequency of interaction.⁽²⁵⁾ After the names are inventoried, variables regarding the content of the contacts are gathered on all identified network members: personal variables of the network members (occupation, education, marital status, memberships), variables regarding the relationship (the duration, origin, context, frequency, initiatives of contact, etcetera) and variables that show potential risks (criminal record, psychiatric problems, drug-usage, alcoholism, aggression or problematic way of life). A series of questions is asked about the social support system: the patient is asked to give the names of people from whom he has received social support: companionship support (spending time with), financial support (borrowing money), practical support (domestic help) and emotional support (seeking advice from, talking when troubled). The patient is also requested to nominate the network members with whom he had/have a tense relationship and whom he ask(ed) for help if he could get in trouble. Finally, the patient is requested for information about the relationships between the network members.

The network members interview: Unlike the new generation of dynamic risk management tools such as START or SORM, the FSNA not only weighs the opinion of the experts in the clinic, but also weighs the view of network members on the (risky) behaviour of the patient.⁽²⁶⁾ The patient is asked whether his network members may be approached for a network interview. An important aspect is that the social worker, and not the patient, determines which people are visited. This approach is chosen because the network members of a patient do meet him in social situations and circumstances where the clinic does not. Thereby, one can more sufficiently assess whether the patient is applying learned skills in an uncontrolled environment. Another benefit of approaching patient's network members is that they may specify information given by patient in FSNA research. Those people, who can supply the most essential information concerning the patient, are selected. Ideally, from every domain a network member is interviewed. For instance, a family member, a friend, a colleague, a neighbor, and so on. The disadvantage of potentially socially desirable answers given by the network members can be solved by approaching persons for an interview who have a close relationship with the patient, as well as network members who have a less close relationship with the client.⁽²⁷⁾

The FSNA-interview for network members includes a number of structured questions designed to measure clinical and future items of the HKT-30. Recent studies showed that the dynamic indicators of the HKT-30 have a reasonable to good predictive value, in terms of withdrawal of leave.⁽²⁸⁾ Other research suggests that the clinical and future indicators of the HKT-30

predict the risk of recidivism after discharge of TBS reasonably well.⁽²⁹⁾ The FSNA method uses the clinical items of the HKT-30 to assess whether the patient might end up in risky situations soon after discharge. Concerning the clinical item 'attitude towards treatment', for example network members are asked whether the patient spoke mainly positive or negative about his treatment in the last year. A patient can tell his network that he sees no further use of his treatment and can be supported in this by his network, while in the clinic he is known as a motivated patient. In contrast, the future/prospective (T) items of the HKT-30 are used to clarify if the patient will be able to achieve a stable and risk free environment in the future. The influence of the social network on the HKT-30 risk indicators will be described.

In summary, it is important to know who is involved in a patient's social network, and it is also important to know what we can expect from these people. It is important, from the forensic perspective, to discover the (im)possibilities of the social network members to stimulate the patient not to commit (new) crimes and in some cases to stop using alcohol or drugs. For instance, patient X used alcohol and drugs and didn't use any anti-psychotic medication. His girlfriend was not able to let him stay off booze and drugs (she did drink alcohol and used drugs in his presence) and she was also not able to give him his medication. When contact with network members reveals an increase of risk in a patient's behaviour, it is adequately identified by an FSNA and individual risk management may therefore be drawn up. And it is important to know as well whether there are 'protective network members'. Precisely these contacts should be attempted to be activated so that they can support the TBS-patient during his treatment and rehabilitation. In other words, we need to know if social network members can be protective or possess potential risk factors. The next section shows that relational ethics and the FSNA have a lot in common. To clarify this, both concepts, relational ethics and relational research (FSNA) will be applied to the case of patient X.

5. Relational ethics and Forensic Social Network Analysis

Relational ethics and the FSNA have a lot in common and they reinforce each other.

Individual focus - Relational ethics and FSNA focus on the individual with his own individual (social) context and his own story as a theme running through his life.

The individual context can only be understood by identifying the social context and vice versa - The view that human life only exists in a web of relationships (social context) that constantly should be maintained with 'care' is a vision that FSNA and care ethics share. Both concepts formulate significant questions related to the individual context.

People create their own social network - The thought that people create their own social network is supported by both positions.

The individual can only be understood by 'put on the shoes of that person' - Every person has his own sets of learnt dispositions, (social) skills and ways of responding to the other. It is important to 'put on the shoes of the other' in order to understand him or her better. This is necessary for good care and risk management, because someone's personal and physical situation must be understood before proper care can be given.

Reciprocity is a key element - Both concepts demonstrated that reciprocity is needed for stable long-lasting (care) relationships. To have true contact with each other, reciprocity is necessary. Although, professional contacts are not chosen voluntarily. The 'worker' must remember this is a joint process between care-provider and care-receiver. The care relationship is always part of a network in which responsibilities play an important role.

Relational autonomy - The care ethicists' description of autonomy matches that of FSNA. This concept of autonomy is a relational version, because autonomy can only be properly designed in relationships with others.

To show the common nature between relational ethics and FSNA, we discuss the last part of the case study.

Back to patient X... ***Patient X- current treatment situation***

Patient X was imposed to the TBS order. He was not entirely 'responsible' for his acts, because he was psychotic during his committed crimes. The last years, patient X is stable and he seems to have made progress in his treatment. According to the TBS treatment, returning an offender to society can be achieved only by gradually granting the patient more liberties. Steps to more liberties are first supervised leave, then unsupervised leaves; after these steps, "transmural" leave may be granted (this involves the person's staying outside the clinic under the supervision and responsibility of the clinic). Finally, a probationary leave may be granted. In the case of probationary leave, patients can return to society under certain conditions.⁽⁶⁾ In the current situation, patient X has received treatment for five years and his status is "transmural". There is a lot of contact between X and TBS-practitioners. He is friendly and seems to be open and honest. But there is need for external control, structure and guidance. Concerning his psychotic vulnerability he is put on anti-psychotic medication. He has his medication in his own possession and takes it according to prescription. This is checked by monthly blood levels. These checks have always been positive. The prognosis is that X will probably need a certain degree of guidance and care for the rest of his life or at least for a very long while. A trajectory directing 'assisted living' is designed.

Last year, the treatment team, the task of the treatment team was to determine opportunities for risk assessment: How can the necessary care, structure and supervision adequately be designed? They noticed that there were some significant issues related to the patient's social network at the time of the offence: patient was in contact with criminal friends, his girlfriend, his daughters and his boss and colleagues. Despite his psychotic symptoms

he seemed relatively well to the outside world. For instance, his employer was very pleased with his attitude and commitment. But in a relatively short time, a few days, his psychotic perception grew. His boss never noticed. Also, patient's girlfriend was not aware of his psychotic symptoms. Even the day of the second murder she had seen nothing special, patient responded like he always did. He had no contact with family members at the moment of offences. To be specific, he had no contact with his two brothers. The treatment team recommended focusing on social network interventions motivated by the fact that in the current situation, the patient has no contact with his family.

Patient X- FSNA research

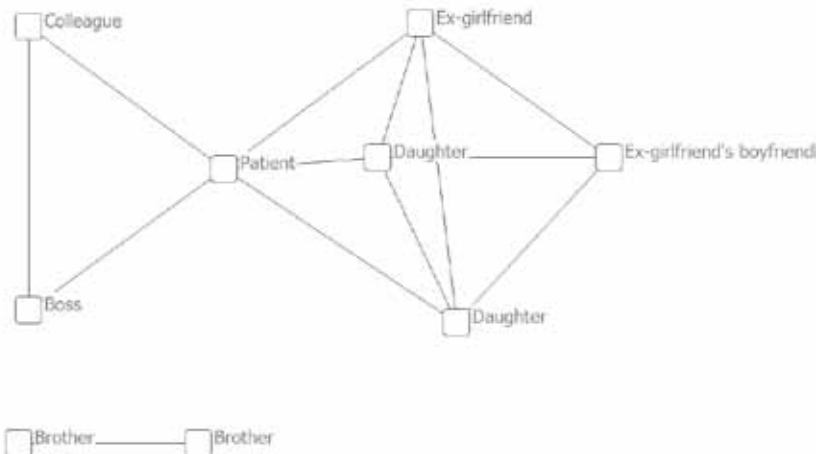
Patient X was invited to an FSNA interview. Patient X was asked to describe his network members of 1) his past network at the moment of the crime, 2) his current network, and 3) his return network. Patient X mentioned he has a small social return network. His social network consists his ex-girlfriend, their two daughters, his boss and one colleague.

About his relationship with his ex-girlfriend he said that they have children together and therefore they will always have a relationship.

Patient X told that his two brothers are very important to him. Patient X is feeling sad, because he has no contact with his brothers for a long time (the last contact was a year before his first committed crime). Patient X has always felt connected with his brothers even when they did not see each other.

Figure 2 shows the current social network in patient's perception.

Figure 2



As a part of the FSNA method the ex-girlfriend, the two brothers and patient's boss were visited and interviewed.

The ex-girlfriend stated that when she met patient X she was 16 years old, patient X was 18. She was heavily in love and she was under the impression he loved her deeply. At 17 she was pregnant. At 19 again. She had a relationship for about 10 years with patient X. During these years the relationship was regularly broken by patient X. Sometimes because he had enough of her, sometimes because he was detained. He was jealous and suspicious and became more and more aggressive and violent in the relationship. In contact with their children he was brutal and harsh. Nowadays she still loves him even though the relationship is 'over': 'I feel as if we have become adults together, like we are family'. At the same time she is afraid of him. When patient X goes on leave the FPC informs her about this on her request. She wants only supervised visits to the children. Otherwise he could 'miss' the train. Then he must spend the night with her, she says. 'And you never know what happens'. Ex-girlfriend has a new relationship. She does not want her ex to meet her new partner because she is worried the two men will fight.

The brothers told the interviewer that they have not maintained contact with patient X because he was continuously in and out detention and that he also never listened to their advice. They tried to convince him to go to a psychiatric hospital voluntarily which had failed. They did not know what to do. And frankly, they were fed up with him. They were unaware of the psychiatric problems of patient X.

Patient X's boss told during the FSNA interview that he is satisfied with patient X; X is a highly valued employee. Patient X gets along with his boss and his immediate colleagues. He is friendly and is always willing to help others. The only concern is that patient X is sometimes a bit too assertive: 'When he gives his opinion, he ignores the feelings of others.'

Table 1 shows the answers of patient X about what he expects for support from his social network members. The answers of patient X are compared with the answers of his social network members.

Social Support	Practical support	Financial support	Emotional support
Patient	Yes	Yes	Yes
Ex-girlfriend	No	No	No
Patient	Yes	No	No
Brother 1	Yes	Yes	Yes
Patient	Yes	No	No
Brother 2	Yes	Yes	Yes
Patient	Yes	No	No
Boss	Yes	No	No

Table 1: table of expected social support

The interviews showed patient X has no good perception of the support he can expect in the future from his ex-girlfriend and his brothers. Patient underestimates the amount of social support given by his two brothers. He expects practical-, financial and emotional support from his ex-girlfriend, while she says 'no' to any form of support. Figure 3 shows the current social network after interviewing the network members. An assumption of the FSNA is that each existing misperception may lead to stress when the patient reenters society. Social support can be significant to care relationships, because it influences a person's mental health, and vice versa.⁽³⁰⁻³¹⁾ Nel Noddings makes the distinction between 'caring-for' and 'caring-about'.⁽³²⁾ Caring-for does culminate in caring relations. Caring-about is something more general. We can care about poor people in Africa and think we ought to give some money. One could say patient X's ex-girlfriend still cares-about patient X because she lets him visit the children, but she refuses to care-for. Even though she still has warm feelings for him, somewhere. She is too scared. It is important to know if there is overestimation of expected social support. If clinicians are aware of this information during treatment, interventions become possible, such as telling the patient about his or her "real" social support system and helping her or him to build and expand a social support system.

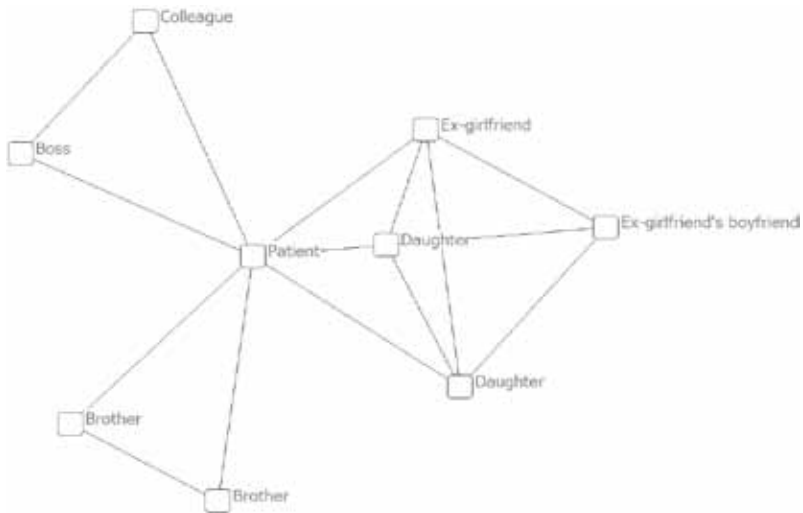


Figure 3: current social network after network interviews

Patient X - FSNA intervention

A positive finding is the willingness of the brothers to support patient X. Patient X did not expect this. Because the brothers are ready to 'care-for' patient X, they are approached for an intervention: psycho-education. After the brothers have received psycho-education about patient X, as part of

risk management suggestions from the FSNA research, they restored contact with patient X. They consider him now as a psychiatric patient who needs others for support and they understand better why their brother acts like he does. There are agreements made between patient, his brothers and the forensic clinic. For example, an appointment made is when brothers would see something special about the behaviour of their brother, they will inform the forensic hospital immediately.

Patient X visits his brothers regularly when he is on leave. On average, he is staying over two nights per month by one of his brothers. It seemed to go very well with patient X. At the transmurial home of the FPC, an outside of the clinic placed residence, he is doing well. Monthly blood tests allow the treatment team to monitor patient's medicine use.

At work he is an appreciated colleague and his boss is satisfied with his work. His ex-girlfriend sees him when he visits her and their daughters. These visits are accompanied.

And then there is a phone call... The eldest brother of patient X calls the clinic. He and his brother are worried about patient X. Their brother seems to have lost grip on reality the last two days. X seems to be suspicious about the new boyfriend of his ex-girlfriend. Patient X is immediately picked up by his mentor and brought back to the FPC. In a very short time, patient X had become psychotic again. And in his psychosis patient X found evidence that the current boyfriend of his ex-girlfriend would sexual abuse his daughters. A new, but very familiar, risk situation does his entry.

Thanks to the FSNA research contact between patient X and his brothers is restored. The brothers see patient outside the clinic, and were able to observe him outside the clinical setting. By means of the psycho-education they recognised signals of a new psychosis. And because of their care relation with patient X they ensured that their brother could get the care that he needs. Fortunately, patient X was this time housed in a caring-situation before an offence has occurred.

Patient returned back to the FPC. He confessed that he did not take his medication in the last weeks. Because his ex-girlfriend had a new boyfriend he had felt unconfident. Patient X suffered from male erectile disorder most likely as a result of his medication use, and said; 'A real man does not use any medication.' The treatment team has to decide about the patient's future, his prospects are uncertain. The brothers will be involved in future treatment plans.

To conclude: good personal networks help you to meet other people, but really good personal care networks also help you to avoid people and situations which can bring you into trouble.

Discussion and future directions

This study has examined the extent to which relational ethics can play a significant role in forensic psychiatry, and how a forensic instrument, the

forensic social network analysis (FSNA), can help to get rid of the fuzziness of relational ethics.

We stated that the classical view on autonomy, that of a rational and reasonable individual who makes sensible choices, does not stand in forensic psychiatry. We have to focus on the care ethicists' description of autonomy. This concept of autonomy is a relational version, because autonomy can only be properly designed in relationships with others. Relational ethics looks at individuals in dependency relations to others. It focuses on 'care' within these relationships. To not solely focus on care relationships but also to interpret these relationships in a forensic psychiatric context, the FSNA was introduced. FSNA activates the social network of a patient in the context of risk and protective factors. Also, FSNA provides additional information for risk assessment, as well as tools for possible intervention (risk management) purposes.

The case study about patient X was the the leading thread running through this essay and has shown us that relational ethics and FSNA together give us possibilities to give the patient the needed care within an individual oriented risk management approach. For example, patient's brothers were ready to 'care-for' their brother. Thanks to the psycho-education they recognised signals of patient's new psychosis.

The common nature of relational ethics and FSNA is motivated by some key elements; A shared focus on the individual with his own individual (social) context and his own story as a theme running through his life; The individual context can only be understood by identifying the social context and vice versa; Every person has his own sets of learnt dispositions, (social) skills and ways of responding to the other. It is important to 'put on the shoes of the other' in order to understand him or her better. This is necessary for good care and risk management, because someone's personal and physical situation must be understood before proper care can be given; To have true contact with each other, reciprocity is necessary. Although, professional contacts are not chosen voluntarily in forensic psychiatry, there will be only a therapeutic *relationship* if there is reciprocity between patient and clinician. Thus, for the future, we would like to develop a care ethical autonomy concept for the forensic sector. An autonomy concept that includes *forced* contacts within the social network.

The care relationship is always part of the patient's network in which responsibilities play an important role.

FSNA disposes relational ethics in forensic psychiatry of 'fuzzyness', and FSNA becomes much more than a risk management tool: FSNA has become a method that does more justice to an individual, a method that has a vision on forensic psychiatric patients, a care ethical approach. We do catch two birds with one stone. To answer the question 'Do we (have to) care, or just say 'beware'?', with this care ethical social network approach, we can do both.

References

1. Bartels A, Spreen M, Schuringa E, Teeken V. *N=1: nauwkeurige en sensitieve behandel-evaluatie op individueel niveau*. Eerste versie van verhandeling over de N=1-methode voor dataverwerking (N=1, accurate and sensitive treatment evaluation at individual level. First version of an essay on the N=1 method for data processing). Utrecht/ Groningen/ Doorwerth: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP); 2008.
2. Held V. The Ethics of Care. In: Copp, D. *Oxford Handbook of Ethical Theory*; 2005; p. 537-537.
3. Tronto J. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. London: Routledge, 1993.
4. Pomp L, Hendriks G, Kremer S, Spreen M. *Een blik over de muren* (A view outside the Walls). GGzet Wetenschappelijk 2007; 1/2: 29-53.
5. The Netherlands Criminal Code (Wetboek van Strafrecht) (since 1881).
6. Ministry of Justice. *About TBS*. Retrieved from: <http://english.justitie.nl/themes/tbs/about-tbs/>; 1998.
7. Kant I. Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? (To answer the Question: what is Enlightenment?) *Berlinische Monatsschrift* 1784; 12.
8. Bolt LLE, Verweij MF, & Delden JJM van. *Ethiek in praktijk* (Ethics in Practice). Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2010 (seventh edition).
9. Thinkgroup 'Forensic Policy' FPC Dr. S. van Mesdag. Mission FPC Dr. S. van Mesdag; 2001.
10. Kremer S, Meijde J van der. Ondersteunen van het eigen denkproces. Ethiek in FPC Dr. S. van Mesdag (Supporting one's own Thinking Process. Ethics at FPC. Dr. S. van Mesdag). *Tijdschrift voor Humanistiek* 2011; 47.
11. Mill JS. *On Liberty*. London: Longman, Roberts & Green; (1869); Bartleby.com; 1999.
12. Tronto J. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. London: Routledge; 1993.
13. Held V. The Ethics of Care. In: Copp, D. *The Oxford Handbook of Ethical Theory*. Oxford; 2005; p. 538.
14. Held V. The Ethics of Care. In: Copp, D. *The Oxford Handbook of Ethical Theory*. Oxford; 2005; p. 539.
15. Held V. The Ethics of Care. In: Copp, D. *The Oxford Handbook of Ethical Theory*. Oxford; 2005; p. 540.
16. Held V. The Ethics of Care. In: Copp, D. *The Oxford Handbook of Ethical Theory*. Oxford; 2005; p. 541.
17. Held V. The Ethics of Care. In: Copp, D. *The Oxford Handbook of Ethical Theory*. Oxford; 2005; p. 543.
18. Keller J. Autonomy, Relationality, and Feminist Ethics. In Held, V. and Copp, D. *The Ethics of Care*; 2005. p. 543.
19. Aristotle (384-322). *Ethica Nicomacheia*. Translation: Rowe, Christopher with philosophical introduction and commentary by Sarah Broadie. Oxford: Oxford University Press; 2002.

20. Bourdieu P. Bourdieu Sociology in question, original published as 'Questions de Sociologie' by Editions de Minuit; Paris 1984. London Sage translation; 1993.
21. Noddings, N. *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press; 1984.
22. The thirty items of the HKT-30 are divided into three domains: (H) historical and statistical indicators (11 items), (K) Clinical and dynamic indicators (13 items) and (T) future situational indicators (6 items), HCR-20: Historical Clinical Risk management, a total of 20 items, SVR-20 (Sexual Violence Risk 20) is a risk assessment tool designed to reduce risk of sexually violent behaviour from adult offenders. The SVR-20 is composed of 20 items and divided into three subscales: social adjustment, sexual offences and future plans.
23. Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. (Thinkgroup Risk Assessment Forensic Psychiatry) *Handleiding HKT-30, versie 2002. Risicotaxatie in de Forensische Psychiatrie*. (Manual HKT-30, version 2002, Risk Assessment in Forensic Psychiatry), Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen; 2002.
24. Bem DJ, Funder DC. Predicting more of the people more of the time: Assessing the personality of situations. *Psychological Review* 1978; 85: 485–501.
25. Milardo RM. Personal choice and social constraint in close relationships: applications of network analysis. In: Derlega, V.D and Winstead, B.A. (Eds.). *Friendship and social interaction*. New York: Springer Verlag; 1986: p. 145-166.
26. START means Short-Term Assessment of Risk and Treatability. The list consists 22 items. The SORM (Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring) is originally a Swedish risk assessment instrument (Grann, 2001). The SORM consists of 30 items (variables) into six categories. The items relate to risk and protective factors.
27. Here is not suggested that anyone who is close to a patient will give socially desirable answers and vice versa.
28. Hildebrand M, Spreen M, Schönberger H, Augustinus F, Hesper B. *Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005* (Withdrawals during leave, escapes and recidives during TBS treatment 2000-2005). Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2006.
29. Hildebrand M, Hesper BL, Spreen M, Nijman HLI. *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie* (The value of structured risk assessment and of the diagnosis psychopathy). Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2005.
30. Robinson NS, Garber J. 'Social support and psychopathology across the life span'. In: Dalam Cicchetti D, Cohan D J. *Developmental Psychopathology*. New York: John Wiley and Sons, Inc.; 1995; 2: p. 162-209.

31. Vilhjalmsson R. Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 1994; 23: p. 437–52.
32. Noddings N. Caring. *A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press; 1984.

Dit artikel is eerder verschenen in het boek *Progression in Forensic Psychiatry: About Boundaries*, onder redactie van Karel Oei en Marc Groenhuijsen, Kluwer 2012

Artikel

Beschadigde autonomie

(Hoe) valt autonomie te begrijpen in een forensisch psychiatrisch centrum?

Swanny Kremer, Jeannette van der Meijde, Susan te Winkel en Lydia Pomp

Directeur

*Vanmorgen heb ik hem zien fietsen door de lanen.
Zijn bril flikkerde in de zon.
Er schoot een scherpte door mijn ingewanden,
omdat hij me gevangen houden kan*

*zolang hij wil, want duizend wegen leiden
naar Rome, één verkeerd gekozen woord
staat nog dezelfde avond in 't rapport
en blijft bewaard tot aan het eind der tijden.*

*Onmacht en rechteloosheid ontbinden
de ziel, die langzaam onpersoonlijk wordt.
Zo zal ze beter passen in het blinde
systeem van kaarten, dat zijn tafel torst.*

*Verraden krachten richten zich op deze
mens met het enige tekort:
dat hij mij zólang zal genezen
dat ik me op hem stort.*

*Gerrit Achterberg (1905-1962)
uit: Blauwzuur (1969)*

De dichter Gerrit Achterberg schreef 'Directeur' in 1941 toen hij werd verpleegd in de Rekkense Inrichtingen. Achterberg werd daar behandeld nadat hij naar aanleiding van het plegen van een ernstig delict, het doden van zijn hospita, (deels) ontoerekeningsvatbaar werd verklaard. Hij werd veroordeeld tot terbeschikkingstelling van de regering (TBR), de voorloper op de TBS. De directeur, psychiater Henk Fontein, die leiding had over de Rekkense Inrichtingen las regelmatig de nieuwste gedichten van Achterberg. Fontein vertelt zelf in 1979 aan de biograaf van Achterberg, Wim Hazeu, dat hij de

laatste regels van het gedicht heeft laten wijzigen door Achterberg voordat het in Blauwzuur (1969) werd gepubliceerd (Frans Mensonides, 1999). De zin: 'dat hij mij zólang zal genezen, dat ik me op hem stort' werd na aandringen van Fontein herschreven in 'tot ik een ander word'.

In de versie van Fontein is niet zozeer het gedicht afgezwakt, maar compleet op z'n kop gezet. De directeur is de eindoverwinnaar en bereikt de metamorfose van zijn patiënt (Mensonides, 1999). Gelijktijdig is het enige waarin Achterberg zijn (dichterlijke) vrijheid nog had hem afgenomen en is zijn autonomie nog verder gereduceerd.

Autonomie is in de forensische psychiatrie een beladen begrip. Patiënten in een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC: voorheen TBS-kliniek) bevinden zich veelal in een situatie waarin hun autonomie is ingeperkt, bijvoorbeeld doordat de patiënten verblijven in een streng beveiligde omgeving en (deels) ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Autonomie wordt door de meeste mensen gezien als een belangrijke waarde en een nastrevenswaardig ideaal: mensen willen de baas zijn over hun eigen leven, zo ook TBS-patiënten. Een streven van de behandeling in een FPC is dan ook om de patiënten zo autonoom mogelijk deel te laten nemen aan de samenleving. De vraag die hier opkomt is: hoe kunnen we bij en met de patiënten spreken over autonomie? Oftewel: wat is een opvatting van autonomie die past bij en bruikbaar is in de forensische psychiatrie?

Dit essay is een exploratie van wat autonomie in de forensische psychiatrie is en hoe ze hierbinnen het best begrepen kan worden. Dit wordt gedaan door, na een beschrijving van de maatregel TBS, verschillende opvattingen van autonomie te bespreken en toe te passen op de praktijk van een FPC. In paragraaf 3 wordt het klassieke autonomieconcept, dat afstamt uit de Verlichting, besproken en geproblematiseerd in de forensische psychiatrie. In paragraaf 4 wordt beargumenteerd dat een relationele visie op autonomie wellicht beter past in de praktijk van het FPC. Dit is een opvatting van autonomie waarbij niet uitgegaan wordt van rationele zelfstandige individuen (zoals in de klassieke opvatting), maar van mensen die ingebed zijn in sociale relaties. Dit concept lijkt autonomie beter te kunnen beschrijven en beter bruikbaar te zijn in een FPC dan het klassieke autonomieconcept. De vijfde paragraaf laat met behulp van de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) zien dat sociale netwerken tijdens een langdurige TBS-behandeling kunnen veranderen. Soms ontraadt een FPC bepaalde contacten, soms raadt een FPC ook juist bepaalde contacten aan, en soms doet de tijd haar werk en lijken er door de jaren heen contacten uit het sociale netwerk van een patient te ontvallen. Men kan zich afvragen hoeveel invloed een TBS-patiënt eigenlijk op de totstandkoming van zijn huidige sociale netwerk heeft. In paragraaf 6 worden knelpunten tussen het relationele autonomieconcept en de forensische psychiatrie beschreven en in paragraaf 7 wordt een forensische zorgethische visie op autonomie beschreven. Dit essay wordt afgesloten met een conclusie en aanbevelingen in paragraaf 8.

2. De maatregel TBS

Patiënten die verblijven in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) hebben in principe een TBS-maatregel opgelegd gekregen. Zij zijn ter beschikking gesteld. Dat houdt in dat hen een maatregel op is gelegd omdat zij een zwaar delict hebben gepleegd waarvoor een straf van ten minste vier jaar gegeven kan worden. Ten tijde van het delict waren zij deels of geheel ontoerekeningsvatbaar. Een deel van hun delict kan hen daarom niet aan worden gerekend. Dit omdat zij een stoornis hebben, een persoonlijkheidsstoornis en/of een ernstige psychiatrische stoornis, die van invloed is geweest op het plegen van het delict. Voor het deel van het delict dat 'toegerekend' wordt krijgt de persoon gevangenisstraf. Voor het deel dat niet 'toegerekend' wordt krijgt de persoon behandeling. Deze behandeling vindt plaats in een streng beveiligde omgeving om de maatschappij te beschermen. Een FPC is een beveiligde psychiatrische kliniek waarbinnen verschillende stoornissen behandeld worden omdat de stoornis juist een risico op recidive inhoudt. Het doel van de behandeling is om het risico op herhaling van delicten te verkleinen tot een aanvaardbaar niveau. TBS wordt eerst voor twee jaar opgelegd. Na twee jaar verpleging en behandeling wordt beoordeeld door de rechter of de TBS-maatregel verlengd moet worden. Een dergelijke evaluatie van het effect van de behandeling kan inhouden dat de TBS keer op keer verlengd wordt. Het einde van de maatregel is voor een TBS-patiënt onduidelijk. Een dergelijke gang van zaken maakt dat het perspectief van een TBS-patiënt bij aanvang van de maatregel onduidelijk is. Hoe terecht iemand een dergelijke maatregel ook mag vinden, de patiënt bevindt zich in een uitiem afhankelijke situatie.

3. Het klassieke autonomiebegrip

De Grieken, Romeinen, denkers uit de Verlichting: velen bogen zich over het begrip autonomie. Het woord autonomie stamt van de Griekse woorden 'autos' (zelf) en 'nomos' (wet): autonomie is zichzelf de wet opleggen. In de Verlichting is Immanuel Kant de eerste die autonomie definieerde als het zichzelf, als redelijk en vrij individu, de wet opleggen. Een autonoom persoon is volgens Kant een individu die redelijk en vrij is. Een andere verlichtingsdenker, John Stuart Mill, definieerde autonomie in termen van vrijheid, zelfbeschikking, onafhankelijkheid en vrij zijn van bemoeienis. De invloed van Kant en Mill op het denken over autonomie is terug te vinden in moderne denkers, zoals Rawls, Dworkin, Taylor en Kunneman. Rawls en Dworkin staan in de traditie van Kant en Mill in de zin dat ze uitgaan van het onafhankelijke individu. Een opvatting van autonomie die in deze traditie staat wordt in dit essay een klassiek autonomiebegrip genoemd; dit is het concept van autonomie dat doorgaans bedoeld wordt wanneer we over autonomie spreken. Op deze opvatting is veel kritiek gekomen. De humanist Kunneman stelt bijvoorbeeld dat het klassieke autonomiebegrip teveel gericht is op het (egocentrische) individu. Hij pleit daarom voor een "diepe" autonomie die uitgaat van het in relaties leven met anderen.

Bij klassieke autonomieconcepten kan autonomie opgevat worden in termen van 'vrijheid van handelen' en 'vrijheid van wil'. Handelvrijheden zijn vrijheden om te handelen, dus om dingen te doen. TBS-patiënten hebben een beperkte handelvrijheid: ze kunnen niet alles wat ze willen realiseren. Wilsvrijheid is de capaciteit van rationeel handelende personen om controle uit te oefenen over hun daden en beslissingen.

Daarnaast kunnen we een onderscheid maken tussen positieve en negatieve vrijheid om het klassieke autonomiebegrip te analyseren (Berlin 1958). Positieve vrijheid is de mogelijkheid om te doen wat je wil; negatieve vrijheid is het ontbreken van belemmeringen om te doen wat je wil. Tervoort (2009) stelt dat autonomie het vermogen tot zelfbepaling is (positieve vrijheid) en vrijheid van externe dwang en obstakels veronderstelt (negatieve vrijheid).

3.1 Inperking van klassieke autonomie in de forensische psychiatrie

Een persoon met een TBS-status is uitiem afhankelijk van beslissingen van anderen. Niet alleen wordt hij gesepareerd van de maatschappij, de duur van deze separatie is ook onduidelijk. Iedere twee jaar is er een evaluatie waarin wordt besloten of de TBS-maatregel voor deze patiënt moet worden verlengd of niet. Deze aspecten die inherent zijn aan de TBS-status hebben een negatieve impact op de vrije wil en vrijheid van handelen van een individu.

Wanneer patiënten worden opgenomen in een forensisch psychiatrisch centrum maken zij op verschillende dimensies in hun leven veranderingen door die hun autonomie ook beïnvloeden.

Een patiënt die momenteel verblijft in FPC Dr. S. van Mesdag geeft aan wat autonoom zijn voor hem betekent. Hij zegt dat zijn autonomie begrensd is en voelt zich beknot in zijn handelen terwijl hij wel de wil heeft om zelf te kiezen. Hij vertelt dat hij bepaalde handelingen niet kan en mag doen, die hij wel zou kunnen en ook zou willen doen. Zijn handelvrijheid is beperkt en hij voelt zich erg afhankelijk van het vertrouwen dat men hem geeft. Voor hem is het dus van belang dat hij vertrouwen wint.

Deze patiënt zou wensen dat zijn kwaliteiten worden gezien. Als voorbeeld hiervan stelt hij dat hij bij binnenkomst in het FPC allerlei soorten werk moest uitproberen op de werkzalen, terwijl hij weet waar zijn kwaliteiten liggen. Hij wilde iets doen met computernetwerken en niet werken op de afdeling metaal of hout. Toch kwam hij daar niet onderuit.

Een voorbeeld waarbij zowel de vrije wil als de vrijheid van handelen in het geding zijn is een psychotische patiënt die weigert om anti-psychotica te gebruiken. Hij heeft geen wilsvrijheid en daarom is zijn handelvrijheid beperkt.

Een autonome keuze moet aan bepaalde voorwaarden voldoen. Er moet sprake zijn van een duidelijk aanwijsbare individuele keuze, de persoon moet voldoende zelfinzicht hebben en de persoon moet de keuze vrijwillig maken (Bolt, Verweij & Delden, van, 2010). Veel patiënten zijn niet in staat, of hebben de mogelijkheid niet, om een dergelijke keuze te maken.

De vrijheid van handelen van een TBS-patiënt kan ingeperkt worden omdat de kliniek bijvoorbeeld besluit om over te gaan tot wandelen op de beveiligde

wandelplaats onder begeleiding. TBS-patiënten zijn afhankelijk van regels zoals die worden gesteld door de wet, plus de regels van de kliniek zelf. De patiënt is overgeleverd aan onvrijwillige professionele zorg en juist in deze ultimate afhankelijkheidsrelatie is het belangrijk dat er continu aandacht is voor humaniteit (Kremer & Meijde, van der, 2011). De spanning die in de forensische psychiatrie te vinden is, namelijk die tussen behandelen en beveiligen, staat in nauw contact met het autonomievraagstuk.

Hierin gaat het om een voorturende zoektocht naar (de juiste) balans tussen het recht op zelfwetgeving van de patiënt en het recht op passende zorg. In het klassieke autonomiebegrip wordt uitgegaan van individuen die zelf hun keuzes maken, waarbij negatieve vrijheid afwezig is. In een FPC is er echter sprake van een afhankelijkheidssituatie: de patiënten zijn voor hun autonomie afhankelijk van hun behandeling en behandelaars. Deze patiënten worden autonoom door niet als individu alleen te leven, maar door in relatie met andere mensen, zoals therapeuten, te staan. Deze relaties zijn noodzakelijk voor de patiënt om autonoom te worden. Het klassieke autonomieconcept gaat voorbij aan dit gegeven. Autonomie kan dus een centrale waarde zijn in een FPC, maar de klassieke opvatting sluit niet aan bij het idee dat patiënten juist hulp krijgen om autonoom keuzes te maken. Niet elke patiënt zal ooit helemaal individueel zijn beslissingen kunnen maken, hij blijft afhankelijk maar kan door zorg juist autonoom worden (Kremer & Meijde, van der, 2011). Dit heeft ook te maken met autonomie paradox, die in de volgende paragraaf wordt besproken.

3.2 Autonomie in een FPC: een paradox

Het klassieke autonomiebegrip is in de forensische setting paradoxaal. Een doel van het FPC is het meer autonoom maken van haar patiënten. Medewerkers willen patiënten graag zien als individuen die de kans moeten krijgen hun eigen afweging te maken: kortom als autonome individuen. Werken in de forensische setting betekent echter in dat vele cliënten of patiënten niet in staat en/of in de gelegenheid zijn tot het maken van dergelijke afwegingen. Patiënten hebben veelal een beperkte wilsvrijheid, wat samenhangt met dat ze (gedeeltelijk) ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Door deze beperkte wilsvrijheid vormen de patiënten een risico voor de samenleving. Dit is voor de maatschappij een reden om de autonomie van de patiënten verder in te perken, door hun handelingsvrijheid te beknootten. Patiënten in een FPC hebben dus een beschadigde autonomie. Een doel van de behandeling in een FPC is het (her)winnen van deze autonomie voor de patiënten. Hoe worden patiënten meer autonoom?

Paradoxaal genoeg luidt het antwoord op deze vraag het gedeeltelijk inperken van de handelingsvrijheid, dus het beperken van de autonomie, van de patiënt. Wanneer deze autonomie niet beperkt zou worden, dus wanneer je compleet respect hebt voor de autonomie van de patiënt, zou in de praktijk kunnen blijken dat een patiënt juist de ondersteuning misloopt die hij zo nodig heeft. Vele vormen van dwang zijn er uiteindelijk op gericht om de autono-

mie van een patiënt te mobiliseren. Externe druk wordt dan ingezet om een behandeling op te starten. Met als gewenst resultaat dat deze behandeling de interne dwang tot herhaling van oude ingeslepen gedragpatronen doet afnemen. Op deze manier kan een afname van handelingsvrijheid tot een toename van wilsvrijheid zorgen.

Van patiënten wordt bijvoorbeeld verwacht dat ze 's morgens aan tafel op de woonafdeling verschijnen. Dit is nodig om zicht te krijgen op het stemmingsbeeld van een patiënt en om hem te motiveren naar de arbeidsplaats in de kliniek te gaan of om aan zijn therapieën deel te nemen. Het aanbrengen van structuur en een vast ritme in iemands bestaan wordt in het FPC van groot belang geacht. Het ontbreken hiervan heeft in het verleden bij veel patiënten een rol gespeeld in de aanleiding tot het delict. Daarnaast vindt er te weinig behandeling plaats als patiënten de hele dag op bed blijven liggen. De patiënt wordt gestimuleerd om te kiezen of om (ander) gedrag te laten zien dat volgens de medewerker weloverwogen is of een positieve invloed zal hebben op de patiënt of zijn netwerk. In die zin gaat het niet om het overnemen van verantwoordelijkheden, maar om de cliënt (en anderen) te beschermen tegen onwenselijke of gevaarlijke situaties. Uiteraard betreden we hier wel een hellend vlak: paternalisme willen we vermijden.

Autonomie in de forensische psychiatrie is dus een zoektocht naar een balans tussen het recht op zelfbeschikking van de patiënt en het recht op passende zorg. Maar hoeveel dwang of drang mag men vervolgens uitoefenen bij iemand die niet aan de behandeling mee wil werken? Ook al vindt men dat het voor zijn bestwil gebeurt, omdat men vindt dat hij niet autonoom genoeg is om zelf 'verstandig te kiezen'. Voordat je het weet glijd je af in een glijdende schaal van autonomie naar dwang.

Wanneer je strikt zou denken vanuit autonomie zou je deze afweging snel kunnen maken. Zolang er geen gevaar is voor de patiënt zelf, of voor zijn omgeving, zou je zijn autonomie respecteren. Vanuit de ethische invalshoek zijn er echter vraagtekens bij te plaatsen, want de patiënt kan op deze manier, zoals eerder gezegd, juist de zorg die hij nodig heeft mislopen.

De paradox van klassieke autonomie in de forensische psychiatrie heeft dus te maken met de spanning tussen de intrinsieke mogelijkheden van de populatie (de wilsvrijheid) en de handelingsvrijheden die hen geboden worden, doordat zij als het ware 'overgeleverd' zijn aan de regels die hen gesteld worden door de kliniek en de wet.

In deze en de vorige paragraaf is het klassieke autonomie begrip toegepast op patiënten in een FPC. Deze toepassing is problematisch, om twee redenen. Ten eerste lijkt het klassieke autonomieconcept niet overeen te komen met de manier waarop patiënten als autonoom beschreven worden. Men kan niet alleen de 'vrije wil' ten tijde van het delict ter discussie stellen, TBS-patiënten zijn ook beknót in hun vrijheid van handelen. Dat maakt dat alle vormen van ethiek die gebaseerd zijn op klassieke noties van autonomie niet compatibel zijn met de forensische psychiatrie. Daarnaast is het concept moeilijk bruikbaar in de praktijk omdat het een paradox met zich meebrengt die weinig constructief is. Om deze redenen is het interessant om te kijken naar al-

ternatieve opvattingen van autonomie die wellicht beter passen in de forensische psychiatrie. In de volgende paragraaf beargumenteren wij dat relationele ethiek behulpzaam kan zijn om het autonomieconcept in de forensische psychiatrie beter te begrijpen.

4. Een relationele visie op autonomie

Het concept van autonomie dat gevormd is door de relationele ethiek, ook bekend als zorgethiek, lijkt beter bruikbaar te zijn in de forensische psychiatrie dan een klassiek autonomieconcept. Relationele ethiek legt de nadruk op waarden die een rol spelen binnen (zorg)relaties (Held, 2005; Tronto, 1993). Autonomie in relationele ethiek is iets heel anders dan het zijn van een zelfdenkend, onafhankelijk individu. Autonomie kan juist alleen goed vorm worden gegeven in relaties tot en met anderen. Dit is ook waarom zorg- of relationele ethici spreken van relationele autonomie. Tronto (1993) specificeert dat binnen de relationele ethiek aandacht is voor de visie dat een mens alleen bestaat in een web van relaties die constant onderhouden zouden moeten worden met onze 'zorg'. Relationele- of zorgethiek benadrukt juist de 'waarden' die belangrijk zijn binnen (zorg)relaties. Net zoals ethiek in het algemeen, stelt relationele ethiek hele basale vragen: 'Wat behoort ik te doen?', en 'Hoe behoort ik te leven?' Maar zij doen dit vanuit een eigen perspectief. Een basisprincipe is de zorg die mensen voor elkaar hebben. Relationele ethici veronderstellen en vooronderstellen afhankelijkheid, asymmetrie binnen de (zorg)relaties. Zorg is een primaire en normatieve manier om interactie tussen mensen te beschouwen.

Voor zorgethici is 'zorg' een essentieel onderdeel van 'mens zijn'. De zorgrelatie is altijd onderdeel van een netwerk waarin verantwoordelijkheden een grote rol spelen. Het heeft te maken met alle personen die betrokken zijn bij een netwerk van relaties en die betrokken zijn bij 'zorg' of een 'zorgrelatie'.

Het gaat dus om de zorgontvanger, de familie, de professionele zorgverlener et cetera. Een centrale notie van zorgethiek is dat zij uitgaat van alle mensen als kwetsbare relationele wezens in tegenstelling tot autonome 'atomische' individuen. Autonomie wordt juist gevormd in relaties, een persoon creëert zijn eigen netwerk. Autonomie bestaat daardoor juist in de relaties met anderen. Een mens is als het ware ingebed in relaties met mensen van vlees en bloed en is zelfs deels opgebouwd vanuit deze relaties (Keller, 2005).

In de relationele ethiek is het belangrijk om te begrijpen wat de ander ervaart en voelt door jezelf in die situatie te verplaatsen. Iedere persoon heeft zijn eigen basisattitude ten opzichte van anderen en unieke aangeleerde (sociale) vaardigheden. Iedere persoon zal op andere personen reageren vanuit zijn eigen basis, mogelijkheden en achtergrond. Het is belangrijk om aandacht te hebben voor 'de schoenen waarin de ander staat'. Noddings (1984) gebruikt de term 'engrossment' waarmee zij doelt op 'waarachtige aandachtigheid', op het doel om de ander beter te begrijpen. In andere woorden, het gaat om 'echte aandacht'. Engrossment, echte aandacht, is nodig voor goede zorg om-

dat iemands persoonlijke en fysieke situatie goed begrepen moet worden voordat de juiste of best passende zorg gegeven kan worden. Er moet ook sprake zijn van wederkerigheid in het contact. Relationale ethiek gaat over een zorgrelatie tussen de persoon die zorgt, 'one-caring', en degene die zorg ontvangt, degene 'cared-for'.

Maar wat is eigenlijk 'goede zorg'? Wat is wederkerigheid? Wat is aandachtigheid? En hoe kunnen we dit allemaal bereiken? Relationale ethiek is wat vaag over deze vragen. Relationale ethiek heeft de naam om 'goede zorg' te bewerkstelligen maar het is ook een beetje wollig en vaag. Daarbij komt dat relationele ethiek vooronderstelt dat mensen hun eigen sociale netwerken ontwerpen, en dus zelf kunnen kiezen met wie zij omgaan. In de forensische psychiatrie is dat niet altijd het geval.

5. De relationele kosten van een langdurige opsluiting

Sommige contacten die een patiënt graag zou onderhouden worden aangemerkt als onwenselijk binnen een FPC. Denk bijvoorbeeld aan het contact zoeken met een slachtoffer of een mededader. Aan de andere kant kan het ook zijn dat een patiënt een contact juist liever af zou houden terwijl er wel drang wordt uitgeoefend op het aangaan van dit contact. Voorbeelden hiervan zijn de contacten met behandelaren, en bijvoorbeeld die met een verslavingskliniek. Een kliniek intervenueert dus in de sociale netwerken van een cliënt. Maar ook de tijd heeft zijn invloed.

Met behulp van de Forensische Sociale Netwerk analyse is in kaart gebracht dat sociale netwerken tijdens een langdurige TBS-behandeling kunnen verkleinen.

Er is een vergelijking gemaakt tussen de persoonlijke sociale netwerken van TBS-patiënten ten tijde van hun TBS-delict en hun TBS-behandeling.

In een onderzoek onder 36 TBS-patiënten kwam naar voren dat na een periode van langdurige opsluiting, door zowel de eerdere gevangenisstraf als de TBS-maatregel, de netwerk grootte van de TBS-patiënten was gedaald. Er was een afname in het aantal familieleden, partners, vrienden en kennissen. Dit resulteerde ook in een daling van het aantal netwerkleden met risicofactoren (detentie, psychiatrie, drugsgebruik, etc.). Er was ook een afname te zien in stressvolle relaties. De relaties ten tijde van de TBS-behandeling werden gekenmerkt door een kortere relatieduur en een lagere contactfrequentie. Ook was er minder sprake van wederkerigheid in de relaties. Het aantal netwerkleden dat sociale steun gaf was op beide tijdstippen ongeveer gelijk.

6. Knelpunten met het relationele autonomieconcept in de forensische psychiatrie

Relationele autonomie veronderstelt doorgaans dat iemand grotendeels zelf kiest voor de relaties die hij aangaat. De mens is dan een spin in zijn eigen

gecreëerde sociale netwerk. Deze gedachte levert in de TBS problemen op. Van TBS-patiënten wordt verwacht dat zij een behandelrelatie aangaan met medewerkers van de kliniek. Ze krijgen een psychiater, een psycholoog, een mentor, en daarnaast krijgen zij te maken met tal van sociotherapeuten, medewerkers van de dagbesteding en legio andere disciplines. En met al deze personen worden zij geacht een vreedzame en vruchtbare relatie op te bouwen. Moeilijk!

En dan als klap op de vuurpijl mogen ze weer met anderen niet omgaan. Hun vriend op de afdeling ernaast mag niet langskomen want die 'heeft gebruikt', en moeder wordt het bezoek ontzegd omdat ze boodschappen heeft meegenomen voor haar zoon die niet 'naar binnen' mogen. Moeder wordt boos en scheldt... En de vrouw die hij wel ziet zitten wordt hem toch echt afgeraden omdat deze vrouw nog een relatie met een ander heeft.

Daarnaast hebben patiënten in hun dagelijks leven vooral te maken met andere patiënten met wie ze rekening moeten houden, maar die ze niet uit kunnen kiezen, of in de woorden van een patient: "je zit met elkaar opgescheept, je zult wel moeten". Een andere patiënt geeft aan dat het leven in een groep voor hem twee kanten heeft. Aan de ene kant hoeft hij zich niet anders voor te doen dan hij is, hij mag zijn wie hij is. Aan de andere kant stelt hij dat hij zijn afdelingsgenoten niet heeft uitgekozen en dat daar wel eens wrijvingen kunnen ontstaan, maar dat er ook positieve contacten zijn.

Hoeveel keuze heeft een TBS-patiënt om zijn eigen relatienetwerk op te bouwen? Men zou kunnen beargumenteren dat TBS een gedwongen situatie is die ook gedwongen relaties oplevert. En als het zelf opbouwen, en zelf sturing geven aan het creëren van een sociaal netwerk een vereiste is binnen de zorgethische visie op autonomie dan stuiten we hier op een probleem.

De klassieke kijk op autonomie is niet houdbaar binnen de forensische psychiatrie. Een relationeel ethische visie op autonomie lijkt veel beter te passen. Maar leveren de knelpunten zoals genoemd niet te grote hinderpalen op? Hoe kunnen we een forensische zorgethische visie op autonomie verwoorden?

7. Forensische zorgethische visie op autonomie

Een TBS-patiënt heeft zijn netwerk niet voor het kiezen, zo lijkt het tenminste op het eerste gezicht. Maar is dat wel zo? Een TBS-patiënt kan ervoor kiezen om geen relatie aan te gaan met zijn hulpverleners en/of medepatiënten. Zij zijn dan wel om hem heen aanwezig door het gedwongen verblijf in het FPC, dat wel. Maar wanneer we een relatie alleen een relatie mogen noemen wanneer er sprake is van wederkerigheid in het contact, dan maakt de patiënt toch zijn eigen afwegingen. Hij kan ervoor kiezen de aangeboden contacten aan te gaan of af te wijzen. In die zin is er wel sprake van wederkerigheid in het contact. Een patiënt verwoordde het als volgt: "ik heb heel goed contact met personeel, het komt van twee kanten. Dat vind ik belangrijk". Aan de andere kant is de vrijwilligheid van deze keuze te betwijfelen als je afhanke-

lijk bent van de hulpverleners als het over je hele toekomst gaat. Wanneer we het voorbeeld van de hulpverlener kiezen: de hulpverlener heeft de patiënt nodig om een behandelrelatie op te bouwen, en de patiënt heeft de behandelrelatie nodig om de zoektocht naar een leven binnen en na de TBS aan te gaan. Dus de patiënt en hulpverlener zijn wederzijds afhankelijk van elkaar, hoewel dit wel een asymmetrische relatie is: de patiënten zijn meer afhankelijk van de hulpverlener dan andersom. Een patiënt is immers voor zijn hele leven afhankelijk van hulpverleners, de hulpverlener kan uit de behandelrelatie stappen zonder extreme consequenties.

Relationele autonomie kent ruimte toe aan personen om een relatie op te bouwen en te onderhouden. Dat gaat voor een relatie tussen een patiënt en een hulpverlener binnen de TBS wel op, betogen wij. Immers, wanneer er geen ruimte is voor de opbouw van de relatie, wanneer er geen sprake is van aandacht voor elkaar, wanneer er geen wederkerigheid is in het contact tussen de patiënt en de hulpverlener, dan spreken wij niet over een relatie.

Wellicht dat de contacten met personen waarin geen wederkerigheid bestaat dan vallen onder (gedwongen) hulpverlenende contacten in tegenstelling tot relaties. Dan bestaat er nog het probleem van de contacten die een patiënt juist wel aan zou willen gaan, maar die hem worden ontraden of zelfs geweigerd. In een interventiepraktijk zoals een FPC is er altijd sprake van normatieve sturing. De patiënt is immers met een reden in een FPC geplaatst. De normatieve sturing wordt vertaald in de behandeling en tot uitvoering gebracht in allerlei vormen van therapie en beperkingen.

Het doel is om te proberen gezamenlijk met de patiënt betrokken te zijn op dezelfde waarden. In dialoog met de patiënt wordt besproken wat van waarde is of zou moeten zijn voor hem, zowel maatschappelijk en sociaal gezien. Het gaat dan vooral om verantwoordelijkheden die een patiënt heeft naar zichzelf en anderen toe, en andersom ook, die anderen in de maatschappij naar hem en elkaar hebben. Autonomie is dan verbonden met het begrip sociale verantwoordelijkheid. Autonomoos kan men slechts zijn in relatie tot anderen, dit in de ruimte die een patiënt geboden wordt om te bestaan. In een FPC is dat dus een beperkte ruimte met mensen die niet zelf uitgekozen zijn. De omringende werkelijkheid is er dus al, en er is geen keuze. Het is enkel vanuit de wederkerige verantwoordelijkheid dat de patiënt weer ruimte krijgt en daarmee een vorm van bestaanszekerheid. In een dergelijke situatie kan de patiënt zijn waardigheid herwinnen, deel nemen aan de maatschappij op een manier die hijzelf vorm geeft.

Het is daarbij belangrijk dat degene die restricties oplegt iemand is die in een wederkerige relatie tot de patiënt staat. Want zonder aandacht voor de ander en elkaar, is het moeilijk om zorg te bieden die past bij de individuele patiënt.

De patiënt heeft een eigen levensgeschiedenis, socialisatie, en eigen idee over een levensplan. Door naar het verhaal van de patiënt te luisteren, te vragen en aandachtig te zijn kan men horen wat voor hem van belang is. Wat heeft hem gemaakt tot de mens die hij is, hoe zou hij willen zijn, hoe ziet hij zichzelf, wat vindt hij nastrevenswaardig. Hierbij kan men spreken van een vorm

van zelfdefiniëring. Waarbij zelfdefiniëring als een onderdeel van autonomie gezien zou kunnen worden.

Hij is niet alleen de patiënt die zal moeten veranderen, maar heeft ook erkenning nodig voor wat er al is zoals bepaalde vaardigheden, kwaliteiten.

Opname is niet alleen een proces om iemand te veranderen en te brengen tot een bepaalde eindtoestand. Maar ook aansluiten bij het positieve wat er al is. Autonomie of autonoom functioneren is dan ook zichzelf definiëren in verschillende situaties en verschillende periodes in zijn leven.

In een interventiepraktijk zoals die in een FPC plaatsvindt kan moeilijk van tevoren beschreven worden wat het eindresultaat moet zijn als het gaat om het persoonlijk functioneren van een patiënt. Behandeldoelen veranderen door de tijd heen totdat het duidelijk is of iemand 'klaar' is om de maatschappij in te gaan. Omdat de patiënt gedefinieerd wordt binnen een stoornis of ziektebeeld is dat hetgeen van waaruit veelal gewerkt wordt.

Daarbij wordt er wel gevraagd naar verleden, levensverhaal, maar op een andere manier geïnterpreteerd. Interpretaties worden gedaan in het kader van de behandeling, stoornis...

Er wordt dus zeker wel geluisterd maar op een andere wijze dan men zou luisteren om iemands identiteit, autonomie te achterhalen.

Een ander gevolg van de interventiepraktijk is dat de omringende werkelijkheid van de kliniek een gegeven is. Als patiënt kun je daar dus geen keuze in maken. Het vraagt dus van de omringende werkelijkheid, de behandelaars, een groot vermogen om een patiënt aan te zetten tot activiteiten die de autonomie van een patiënt vergroten binnen de grenzen die daarvoor zijn gegeven. Het vraagt een bijna voortdurend stilstaan bij interventies die je als medewerker pleegt, om respect voor de autonomie van de ander, om erkenning van de ander. Het gaat erom dat je je in de behandeling een betrokken deelnemer voelt, en niet alleen een waarnemer.

Het vraagt om stilstaan bij welke zorg de ander echt nodig heeft. Daarbij na te gaan of de ander ontvankelijk is voor de zorg die je geeft, waar jouw compassie ligt, jouw competentie.

Het vraagt om een organisatie die wil blijven leren, reflecteren, reflexief wil zijn. Waarbinnen genoeg ruimte is voor medewerkers om aspecten van de dagelijkse praktijk aan de orde te stellen.

8. Conclusie en discussie

Een klassiek concept van autonomie houdt geen stand in de forensische psychiatrie. TBS-patiënten waren in ieder geval tijdens hun delict geen redelijke individuen die weloverwogen beslissingen kunnen nemen. Een relationeel ethisch concept zou beter passen, omdat het daarbij gaat om personen ontwikkeld in afhankelijkheidsrelaties tot anderen. Het probleem daarbij is echter dat de persoon wel zelf deze anderen waar hij mee omgaat moet kunnen kiezen. Dit levert een zekere spanning op met de forensische psychiatrie. Daarin worden zowel contacten opgedrongen als afgeraden of verboden.

Toch kan een forensisch relationeel ethisch concept van autonomie worden geformuleerd.

Een patiënt en hulpverlener zijn wederzijds afhankelijk van elkaar. Zij moeten ervoor kiezen om samen te werken aan een band, en binnen deze band van oprechte aandacht kan gewerkt worden aan de behandeling van de patiënt. Dus, dan en slechts dan als er sprake is van een wederkerige relatie, bestaat er een hulpverlenende relatie. Er worden ook contacten geweigerd binnen een FPC. Wanneer men echter het belang van deze normatieve sturing helder maakt aan de patiënt en daarover met hem in gesprek komt, is het mogelijk om binnen de beperkingen die opgelegd worden toch te werken aan het vergroten van de autonomie van de patiënt, samen!

Literatuur

- Gerrit Achterberg (1969), *Blauwzuur*, Den Haag: Bert Bakker.
- Bolt, L.L.E., Verweij, M.F. & Delden, J.J.M van (2010). *Ethiek in praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorkum.
- Foucault (2007). *Discipline, Toezicht en Straf, de geboorte van een gevangenis*. Groningen: Historische uitgeverij.
- Held, V. (2005). The Ethics of Care. In: Copp, D. *The Oxford Handbook of Ethical Theory*. Oxford: University Press.
- Kant, I. *Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?* Berlinische Monatsschrift 1784; 12.
- Keller, J. (2005). Autonomy, Relationality, and Feminist Ethics. In Held, V. and Copp, D. *The Ethics of Care*. Oxford: University Press.
- Kremer, S. & Meijde J. van der (2011). Ondersteunen van het eigen denkproces. Ethiek in FPC Dr. S. van Mesdag. *Tijdschrift voor Humanistiek*; 47, 96-105.
- Mensonides, F. (1999). Column Homepage Frans Mensonides en de Digitale Reiziger.
- Mill, J. S. (1999). *On Liberty*. London: Longman, Roberts & Green; (1869); Bartleby.com.
- Noddings, N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.
- Tervoort, M. (2009). *Forensische psychiatrie: tussen dwang en vrijblijvendheid*, Assen, Koninklijke Van Gorkum.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. London: Routledge.

Dit artikel is eerder gepubliceerd in Journal of Humanistic Studies, Waardenwerk, 2013, nr 52, p 89-97.

Artikel

Free will, responsibility & forensic psychiatry

An exploration of justifications of the insanity defense

Susan te Winkel

Summary

The question of when we can ascribe moral responsibility for actions to persons is important, in philosophy, but also in the law and in the forensic psychiatry. Persons with severe mental disorders who committed a crime may be held not responsible for their actions. This excusing from responsibility is put down in the insanity defense. In this essay, several possible justifications of the insanity defense are discussed. The excuse from causation and identity cannot justify the insanity defense, while, on the other hand, the excuses from lack of control and rationality are able to justify the insanity defense.

Introduction

The question of when we can ascribe moral responsibility for an action to someone is important. The topic of responsibility is widely discussed in philosophy, but also in the law and in forensic psychiatry, and in the latter two the topic bears practical implications. These implications may be that someone is viewed of as not responsible for his actions and therefore does not deserve punishment, but runs free or is sent to a forensic psychiatric hospital for treatment. The subject I want to address in this essay is the criminal responsibility for actions of people that have a severe mental disorder. In the law, persons are judged responsible for their own actions, and they thus have to bear the consequences in the form of punishment. That implicates that persons are viewed of as free moral agents. But, sometimes people are excused for responsibility. One of the cases that people are excused is when they have a severe mental disorder at the time of the crime.¹ The act of excusing is formulated in the insanity defense, of which there are several definitions.² The formulation of all these definitions is something like:

¹ When I in this essay refer to persons with mental disorders I refer to the cases in where it actually justified to excuse these persons from responsibility, for that is not the case for all persons with mental disorders. Most often, people with mental disorders are seen as responsible for their actions, because their disorder is not severe enough or didn't lead to the crime.

² There are different formulations of the insanity defense, under which the M'Naughten Rule, the Irresistible Impulse Test, the Model Penal Code formulation and the Product test. See: Meynen (2012).

persons with a severe mental illness are not responsible for their actions. But why are they not responsible? In this essay I want to address the question of why some persons with mental disorders are not held responsible for their actions and sane persons, most of the time, are held responsible. What can be the distinguishing factor(s) between being held responsible and not being held responsible for action? Why is it justified to judge some people not morally responsible and others morally responsible?

My aim is not to give a definite answer to the question, since it is more complicated than I can address in this essay. In philosophy, for example, it is closely related to the tacky problem of free will. I will discuss possible justifications of the insanity defense. Firstly, I will discuss the excuse that persons with severe mental disorders are not responsible because their actions are *caused* by their disorders. I argue that this excuse, and the relating excuse of identity, cannot be the justification of the insanity defense. The second justification I discuss is about lack of control: the severe mentally ill cannot control what they are doing or are not able to do otherwise. The third justification is about rationality: persons with severe mental disorders are not responsible because they don't know what it is for an action to be wrong or they don't know what they are doing. In the fourth part of this essay I will discuss the case of psychopaths, since they *prima facie* seem to be responsible following the second and third justifications that are discussed. I argue that they still may fall under the excuse of rationality. In conclusion, I will state that two possible justifications, control and rationality, may be actual justifications of the insanity defense.

Causation

The first formulation of the justification of the insanity defense is the justification by causation. This justification roughly follows these lines: to be truly responsible an agent must be able to be the *only cause* or *genuine source* of his actions. In the case of the person with a mental disorder, not the person, but the disorder causes an action to happen. Therefore, it is justified to refrain from ascribing responsibility to these mentally ill persons. We can look, for example, at a person with a bipolar disorder, who only in his manic period plots to kill innocent people and acts accordingly. We might say that this person is not responsible for his actions, for it is not himself who acted. The action was caused by the bipolar disorder. In this view, a set of constraints, such as obsessional neuroses, kleptomaniac impulses and threats, cause certain behavior, which deem the agent not free and therefore not responsible (Meynen 2009, Strawson 1994: p. 222).

Prima facie this justification of the insanity defense seems attractive. However, I think that there are three worries with this justification, one about the status of a mental disorder, one about the identity of persons with mental disorders. The last one is a deeper worry about the explanatory ability of the justification.

First, when stating that a certain mental disorder is the cause of an action, a mental disorder is stated as an entity that is independent of human thought. This means, that the psychiatric classification in DSM is a true resemblance of reality. There are serious problems with this view. Firstly, we may never know whether the taxonomy in DSM is the complete truth, we only know what works. Secondly, the psychiatric taxonomy changes: it is different 20 years ago from what it is now, it is depended on what is viewed as an disorder at a specific place and point in time. This means that persons may be viewed responsible 20 years ago but now is excused from responsibility. The question of justification would depend only on the way we classify mental illnesses, which is relative (Heusequin, 2009).

Another object to the causality excuse is about causality and identity. When stating that an agent is responsible because he is the only cause of his actions, then his actions come from his true identity.³ But when some persons with mental disorders, say schizophrenics, act, they are not responsible because their actions do not originate from their identity. With bodily diseases we can say: I *got* this illness. But with mental illness there is more to say than: he has *got* schizophrenia. That person not only has a mental illness, he is (*or becomes*) the illness in a certain way: the person and the disorder are not always separable. Although this might not be true of all persons with mental disorders, I think it may be true for some persons. Thus, when the disorder is a part of his identity, it follows that the agent is responsible because the actions follow from his person. If that is true, then the insanity defense is not justified in some cases. Here we must note that a person's identity may change because of the psychiatric disorder. I think it is fair to excuse these latter kind of people from responsibility. But still, the other problems with the justification by causation still stand. Also a noteworthy worry about causation arises when we hold children not accountable for their actions. It is not because children don't cause their actions, because they do, it has more to do with control or abilities to think rational.

A more fundamental argument against causation as justification is that it cannot account for the distinguishing factor between sane people and people with mental disorders. That justification leads to the conclusion that people are never responsible for their actions. It is famously put down by G. Strawson (1994). This leads Stephen Morse to reject the vision of causation as justification of the insanity defense. G. Strawson presents in this essay 'The Basic Argument', with which he wants to show that no-one is ever responsible for their actions. The argument runs as follows:

³ Identity, or character, is sometimes viewed as a different set of excuses. For example we may excuse an agent because it was not the real him, but the sleepwalking him, who killed his mother-in-law. Therefore, we may say that he is not responsible for this action. I won't discuss this class of argument here, but I will discuss it shortly in the section about control.

- (1) Nothing can be *causa sui* – nothing can be the cause of itself
- (2) In order to be truly morally responsible for one's actions one would have to be *causa sui*, at least in certain crucial mental aspects
- (3) Therefore nothing can be truly morally responsible (Strawson 1994, p.5)⁴

If this is true, then it does not matter for responsibility whether persons have a mental disorder or not: we are never free and therefore never responsible. This is a serious problem for proponents of the free will in the debate. But, our present concern is not to solve the problem of the free will, which remains a persistent problem in philosophy, but to justify the insanity defense. Following Strawson, causation cannot justify the insanity defense, because there is no discriminating factor between the sane and the insane. Morse agrees with the view that causation cannot justify the insanity defense:

If causation were an excuse, no one would be responsible for any conduct, and society would not be concerned with moral and legal responsibility and excuse (...) but such a moral and legal world is not the one we have (Morse 1985, p. 139)

Moreover, Morse states that causation in part by mental disorder does not excuse responsibility:

[I]magine cases in which mental disorder undeniably plays a causal role in legally relevant behavior but does not undermine rational capacity and therefore does not undermine responsibility. For example, a clinically hypomanic burglar who would not have engaged in the criminal behavior but for the heightened sense of energy, acuity and confidence his rising mood produced will have no excuse for his burglary. A person suffering from paranoid personality disorder who would not have joined a militant organization and engaged in its criminal program but for suffering from the disorder will have no excuse for the crimes he commits in support of the organization (Morse, 2007, p. 209)

A possible solution to this problem is that everything is caused, except for normal human behavior. Actions of children and mentally ill people are the only ones that are caused. However, this way out of the problem is very strange. Morse agrees with this:

The metaphysics of selective causation is wildly implausible, however. If this is a causal universe, then it strains the imagination also to believe that some human behavior somehow exits the “causal stream.” (Morse 1998, p. 351)

⁴ This is not the final formulation as Strawson has put his argument, but the exact formulation, which is lengthy, does not matter for present purposes.

The only solution we can point at now is that causation is not a justifying element for the insanity defense. I think that the initial sympathy with this position does not come from the idea of causation but from the idea of control over one's actions. In the next section I will discuss the justification by control.

Control

The second possible justification is the justification by control, which runs along these lines. A person is responsible for his actions if he can control what he is doing.⁵ When someone (with a mental disorder) cannot control what he is doing, he is not responsible for his actions. This is clear in cases of persons with an obsessive-compulsive disorder (OCD). In these cases a person can't control certain urges, for example washing his hands every time he has touched something. Such a person cannot control what he is doing. In other words, he feels he is compelled to wash his hands hundreds of times a day, he really cannot act differently. Therefore, this person is not responsible for washing his hands so often. In explaining how we must imagine internal compulsion, Morse makes a striking analogy with external compulsion, namely that mental disorders function like an internal gun to the head. This internal gun can be seen as an overwhelming urge against which it is very hard to resist. In the case with the OCD it is clear: the urge to wash the hands is too hard to resist. The justification of this excuse is thus: to be responsible you have to have control of your actions. Whereas healthy people feel that they can make free decisions and act freely, people with mental disorders are compelled to behave a certain way.

The question now, is how mentally sane people are able to make free decisions whereas persons with mental disorders are not? We can explain this by stating that a certain mental configuration takes an overriding strength in determining what a person can do. Take for example the case of a pedophile. This person has an unhealthy urge to have sex with children. This urge may be so big that his will is not big enough to resist it.⁶ He can know and feel that having sex with children is wrong, but his will can't control the urge. Or to use Frankfurt's terms, his second order desire (wanting to want something) is not able to control his first order desire (a thing e wants) (Frankfurt, 1971). Mentally healthy persons are able to control their first order volitions and are therefore responsible for what they do. Morse and Meynen both seem to hold the view that a minimum of control is necessary to be held responsible, and that this is sometimes lacking in people with mental disorders.

⁵ Sometimes this excuse is put as the ability to do otherwise. However, I think these two are very different justifications. The excuse from the ability to do otherwise I will not discuss here, for I think that one quickly runs into Frankfurt counter examples, in which a person chooses freely but couldn't do otherwise (Frankfurt, 1969).

⁶ To the case of the pedophile there might be more to it than irresistible urges, since there are pedophiles who believe that what they are doing is morally good, or not very bad. But, at the basis of the disorder, lies an urge, defined in DSM-IV-TR (2000).

The foregoing explains why some mental illnesses can account for not responsible agents. In the previous section I shortly mentioned the excuse by identity. I think that a (temporary) change of character can be explained in terms of control. For example, a person who is sleepwalking and, while sleeping, kills his mother-in-law is not in control over his sleep-walking persona and is therefore not responsible over this action. The action was caused by himself, but he has no control over his actions, he acted on automatisms. Also psychosis may be explained (partly) in terms of control. It may be the case that people living with psychosis feel compelled to defend themselves, for example when a person has the delusion that he is chased by the Russian secret service and therefore kills one of the persons he thinks want to murder him. The person then feels that he is compelled in a certain way, he feels like he needs to defend himself. But, I think that such a disorder might also be in need of another justification than only lack of control over ones actions. It is not true that the KGB plots to kill the person with psychosis, but this person cannot be convinced of this fact. Being able to reason properly seems to be more the case here. Therefore, it is useful to look at another justification of the insanity defense, namely the justification of rationality.

Rationality

The third possible justification of the insanity defense is about rationality. On this view, people are responsible when they have the ability to think rationally. People that don't have the ability to reason properly are not responsible, and therefore the insanity defense is justified. In the law there are two notions of what it means to have the capacity to reason (Heusequin 2011, p.50-52). The capacity to reason implies, in a sense, knowing what must be done to achieve a certain end. To do this, one needs to know what is going on and what certain actions mean. This is clear in cases of prudence (knowing the things we must do to be better off). If my goal is to do the dishes, I must know that there are dirty dishes and how to clean them. Thus, I can see a reason to buy soap.

But this justification by rationality does not limit itself to prudential reasons; it is mostly about moral reasons. The relation between rationality and moral reasons is a complicated and controversial one. Some authors argue that it is rational to be moral; others state that moral reasons are not like prudential reasons at all. My goal here is not to solve these issues. I think it is safe to assume that at least a minimum amount of rationality is needed to have the ability to form moral reasons. For example, small children have not yet developed their rational capacities and therefore can't see moral reasons. Also, intelligent animals are not able to form moral reasons because of their undeveloped intellectual capacities. Therefore, I conclude that rationality must be seen as a prerequisite of moral judgments.

I think this justification is able to explain why we sometimes excuse people

living with psychosis from their responsibility. Psychoses are characterized by both cognitive and affective disorders, including delusions. A person with a psychosis can experience paranoid delusions, which make him believe that people are plotting to murder him. Although it is clear that such a plot does not exist, the delusional person is not susceptible to reasons. Following this description, we may say that the person with a psychosis is not rational, because he cannot see what is wrong with his views. Therefore, people with psychosis may be excused on basis of missing rationality. Likewise, some people with a personality disorder may be excused for they may not know the reality and lack the capability to rationally view the world.

The view that irrationality is an excuse is widely endorsed in the literature. For example, Morse holds a view that the lack of rationality may be an excuse:

The primary, generic excusing condition is lack of the capacity for rationality, which is precisely the inability to be guided by good reason in a particular context. (Morse, 2004, p. 375)

Morse also states that lack of control is the justification of the insanity defense. He thinks that both rationality and compulsion are the only justifications possible:

Explanations of the excuses other than irrationality and a limited form of compulsion have been offered, but virtually all are confused, fail to explain our practices, or prove too much. (Morse, 2004, p.375)

On basis of the foregoing paragraphs I think Morse is right is saying this. In the literature there is a discussion whether both control and rationality are needed for a justification (see Meynen 2009, p.205 on this topic). I think that both control and rationality are needed, for we can say that there are cases in which people are rational but have no control over their actions. This may be the case for (certain) persons with sexual disorders. Because these persons lack one of the criteria to be a moral agent, they are excused from responsibility.

Until now, I discussed several mental disorders and most of them seem to fit either the control explanation or the rationality explanation. But I did not yet discuss the case of persons that are psychopaths. Psychopaths, in short, are persons with no conscience to whom social rules mean nothing. These persons are diagnosed with a antisocial personality disorder. I think the justification of the insanity defense in psychopaths is harder than for other mental disorders, because of the previously mentioned tension between rationality and moral reasons. Therefore, I will discuss the case of the psychopath in the next section.

The case of the psychopath

Psychopaths are viewed of as persons who can control their actions and also know what it means to be rational. Therefore, they seem to fit neither of the two excuses that are discussed. This means that either psychopaths are responsible for their actions or that we need to find another justification of the insanity defense. I argue in this section that neither of these options are the case, for psychopaths don't fit the mentioned description. Morse thinks that psychopaths are irrational (*redeloos*) in their moral actions:

Psychopaths can be guided by purely self-regarding prudential reasons, such as the avoidance of pain, but they are morally irrational (Morse, 2004, p. 376)

The question is, what does it mean to say that psychopaths are 'morally irrational'? Morse seems to defend a kind of moral rationalism, the view that moral reasons lead to moral action. Therefore, he can defend the view that one can be morally irrational. If this is true, then psychopaths have cognitive disorders. But Morse explains the moral irrationality of the psychopath by the incapability to emphasize with orders and the lack of an 'internal moral compass of conscience' (Morse 1985, p. 375). I am not sure what Morse exactly means with the internal moral compass, whether this is a feeling or a more cognitive capacity. But, the ability to emphasize with others, sure is an affective capacity. It surprises me that Morse defends the excuse or irrationality of psychopaths on basis of a lack of an affective capacity. This way of reasoning is not convincing to me: irrationality is best explained by the lack of cognitive capacity of psychopaths, since rationality is an cognitive capacity. This cognitive explanation is opted for by Fischer and Ravizza:

Certain psychopaths, it would seem, are not capable of recognizing that they have reasons for action stemming from others individuals' rights and interests (i.e., that there are moral reasons) (Fischer & Ravizza 1999, p. 79).

The excuse that some psychopaths are not responsible can be explained by the third excuse that we discussed, the justification of irrationality. We can say that psychopaths are rational as it concerns prudential reasons, but not where moral reasons are concerned. Their mechanism to see moral reasons, what Fischer & Ravizza call their reason-reactivity, is defective. This is also found in empirical studies on psychopaths (Kennet 2006, Maibom 2005). Also, a recent study shows that psychopaths do, in fact, have the ability to empathize with others:

(..) our finding that instructions to empathize can reduce group differences indicates that therapeutic efforts may actually not need to create a capacity for empathy, for such a capacity may already exist (at

least in our sample of incarcerated psychopathic offenders). Instead, therapies may need to focus on making the existing capacity more automatic, so that it will come into play even when inhibiting goal-directed behavior (Meffert et al., 2013).

Psychopaths, according to this study, have the ability to empathize with others. Nevertheless, this ability is underdeveloped, because psychopaths lack the attention that is needed for instrumental learning. Instrumental learning is central to moral development, but the attention that is needed for normal empathy is not triggered. This study thus shows that the 'case of the psychopath' is better explained by cognitive deficits than by affective deficits.

Conclusion

In this essay I have discussed several possible justifications of the insanity defense. First, the justification by causation was discussed. It was found that this justification cannot explain why some people are responsible and people with mental disorders are sometimes not responsible for their actions. All actions are caused, whether it is by disorder or not. In this view, no-one is responsible. But the law takes the position that people are most of the time responsible for their actions. Therefore, I think that the justification by causation is not true. After this, the justifications by control and rationality were discussed. Most disorders seem to fit either or both of these two excuses. The case of the psychopaths was the hardest to explain in terms of rationality or control, and therefore it was discussed in the last section. It is shown that some psychopaths may be excused for responsibility because they lack the capability to recognize that moral reasons must affect them; they are morally irrational. In conclusion, we can say that the insanity defense may be justified by both the lack of control and the lack of rationality.

Sources

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Via: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-iv-tr>
- Frankfurt, H. (1969). Alternate possibilities and moral responsibility. *Journal of Philosophy* 66 (23): 829–39.
- Frankfurt, H. (1971). Freedom of the Will and the Concept of a person, *The Journal of Philosophy*, 68 (1): 5-20.
- Fischer, J.M., Ravizza, M. (1999). *Responsibility and control: a theory of moral responsibility*. Cambridge: University press.

- Heusequin, S. (2011). Schuldig of niet voor toerekening vatbaar? Rol van rechters en deskundigen in het beslissingsproces rond de (on)toerekeningsvatbaarheid. *Masters thesis criminologische wetenschappen, faculty of law*. Ghent (Belgium): Ghent University.
- Kennett, J. (2006). Do psychopaths really threaten moral rationalism? *Philosophical Explorations*, 9 (19): 69–82.
- Maibom (2005). Moral unreason: the case of psychopathy. *Mind and Language*, 20 (2): 237–57.
- Meffert, H., Gazzola, V., Boer, den, J.A., Bartels, A.J., Keysers, C. (2013). Reduced spontaneous but relatively normal deliberate vicarious representations in psychopathy. *Brain*, 136: 2550-2562.
- Meynen, G. (2009). Should or should not forensic psychiatrists think about free will? *Journal of medical health care and philosophy*, (12): 203-212.
- Meynen, G. (2010). Free will and mental disorder: exploring the relationship. *Theoretical medicine and bioethics*, (31): 429-443.
- Morse, S.J. (1985). Retaining a modified insanity defense. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 477 (1): 137-147.
- Morse, S.J. (1998). Excusing and the new excuse defense: a legal and conceptual review. *Crime and Justice*, 23: 329-406.
- Morse, S.J. (2004). Reasons, results, and criminal responsibility. *University of Illinois Law Review*, 10 (2): 363-444.
- Morse, S.J. (2007). The non-problem of free will in forensic psychology and psychiatry. *Behavioral sciences and the law*, 25 (2): 203-220.
- Strawson, G. (1994). The impossibility of moral responsibility. *Philosophical Studies*, (75): 5–24.

Artikel

Some philosophical thoughts on how psychopaths can harm without caring

Lotte Koning

In forensic psychiatry, there are lots of individuals who violated some of the basic rules of our society. They were convicted for abuse, rape, or even murder. Some of these individuals are diagnosed with an antisocial personality disorder, according to the DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders). One of the antisocial personality disorders is psychopathy, often measured by a checklist from Hare (2003). In common sense, individuals who score high on this checklist are called psychopaths. According to the psychopathy checklist (Hare, 2003), psychopaths are notorious for their glibness, grandiose sense of self worth, manipulative behaviour, lack of remorse, guilt and empathy and a failure to accept responsibility for actions. They have a constant need for stimulation, are impulsive and antisocial.

Our common sense would say that the convicted psychopaths did not act according to our moral laws. On most instances, they violated the integrity of other individuals, to a greater or lesser extent. But what makes these people act the way they did? Didn't they understand their actions were wrong and that they hurt others? Didn't they care? Or maybe they did not fully understand the consequences, for their victims and even for themselves. Research seems to suggest that it is possible that a psychopath can be fully rational and judge that some action is morally required, without being motivated to do it (Nichols, 2002). They could lack the capacity for empathy, they could make a mistake in their moral judgement, they could be weak-willed, or there is something wrong with their moral motivation. I want to find out if one of these ideas could explain that psychopaths harm someone else, and not seem to care about their own actions. To examine this problem, I want to use an example from the practice of forensic psychiatry. If there is a philosophical explanation, it may provide some new insights, which could be used for the treatment of these patients.

A patient, let's call him Bill, was convicted for possession of illegal pornography, spying on women and four rapes and two attempts. He did not rape on an impulse, but the actions were planned. After several years in prison, he came to a forensic psychiatrist centre to receive treatment for his psychiatric problems. Bill scored high on Hare's checklist for psychopathy (2003), so in common terms he would be called a psychopath.

After a few years of treatment, he got permission to live outside the forensic psychiatrist centre, with psychological counselling once every two weeks. He is an intelligent man, and finds himself a nice fulltime job. For a while, everything goes very well. But then, an old friend tells him were to find pornography on the Internet. Before he even realises it, he is watching pornography during the weeknights and every weekend. His counsellor does not ask about his sexual behaviour, even though it is one of the main risks for him, given his history. Bill does not tell, because he knows it is wrong and he is afraid of the consequences of telling. After a while, pornography is not enough anymore, he feels the need to watch women in real. He decides to join a gym in the neighbourhood. First, he checks out if he can watch the women in the shower without being caught. The next time, he brings a mirror with him so he can look at the women to fulfil his sexual needs. After a few times, he is caught in the act. How is it possible that Bill, after years of treatment, still falls into this morally wrong behaviour?

First, Bill could lack the capacity for empathy. This is an explanation given in many books and articles on psychopathy (Palermo, 2012; Baron-Cohen, 2011; Mahmut, Homewood & Stevenson, 2008). When someone has a capacity for empathy, he is able to recognize emotions that are being experienced by someone else. If Bill lacks this capacity, he does not fully understand how it feels for someone else to be spied on, so it is possible that he sees no harm in this. A common trait in psychopaths is that they lack the capacity for empathy, so this could explain Bills behaviour. But since he is convicted for spying on women, he should know this is wrong. Additionally, in a recent study there was found evidence that psychopaths may have some form of capacity for empathy. Meffert, Gazzola, Den Boer, Bartels and Keysers (2013) found that psychopaths also have relatively normal deliberate vicarious representations when specifically instructed to feel with the actors in video clips. But the differences between the psychopaths and the control group were bigger when they did not receive specific instructions, so it might be possible that psychopaths have difficulties using their capacity for empathy in daily life. Since there is still discussion about the existence of a capacity for empathy in psychopaths, it might be useful to study if there is an additional explanation why Bill spied on these women.

A second explanation could be that there is something wrong with the moral judgement Bill made. He already has a history with sexual abuse and he spied on women in the past. He was convicted for his crimes and received treatment, so a normal intelligent man, who he is, should at least know that spying on women is not allowed in our society. According to Prehn et al (2007), a moral judgement can be defined as the evaluation of actions with respect to norms and values in a society. The fact that Bill did not tell his counsellor about his behaviour because he was afraid of the consequences also indicates that he knows that it is morally wrong what he does, and that it is against the norms and values in our society. So at this point, it seems

reasonable to say that there is nothing wrong with the moral judgement Bill made; he knew it was wrong to spy on women. But why did he do it anyway?

Third, it is possible that Bill knew it was morally wrong to spy on women but that he suffered from weakness of will, or another kind of irrationality. When someone suffers from weakness of will, he fails to act on his intentions (Holton, 1999). According to Holton, the basic idea is that just as it takes skill to form and employ beliefs, it takes skill to form and employ intentions. In particular, he says, if intentions are to fulfil their function, they need to be relatively resistant to reconsideration. Holton (1999) argues that weakness of will arises when agents are too ready to reconsider their intentions. When this happens, a healthy individual would feel some conflict. But examples of other psychopaths show that they know what they are doing, that they know it is wrong, but that they do it anyway, in a conscious manner (Smith, 1994). Smith (1994) argues that amoralists do not feel any conflict. An amoralist is someone who recognizes the existence of moral considerations and remains unmoved (Brink, 1986). It could also be the case that psychopaths, like Bill, do not feel any conflict. Bill knows spying on women is wrong, that is why he does not tell his counsellor. Because most of the women do not even notice that they are being spied on, he sees no harm in doing this. He felt no conflict, not even after years of treatment. So, it seems that Bill did not make a mistake in his moral judgement, or suffered from weakness of will. A lack of empathy could explain his behaviour, but there is also evidence that psychopaths may have this capacity for empathy (Meffert et al, 2013). Maybe there is an additional explanation. Could the behaviour of Bill be explained in terms of moral motivation?

Since Kant, several important philosophers defended versions of internalism. Internalism is the idea that moral judgement has a practical upshot (Smith, 1994). This means that if we have a moral judgement about something, we act accordingly. Smith (1994) is also one of these philosophers. One of the forms of internalism he defends is moral rationalism. Rationalism is often seen as an important source for moral judgement and motivation. Nichols (2002) wants to show that moral rationalism is threatened by considerations about psychopaths, because they seem to act against their moral motivation. I want to find out if internalism, and especially moral rationalism, as defended by Smith, could explain the behaviour of Bill.

Smith (1994) defends two forms of internalism, called the practicality requirement on moral judgement, and rationalism. The practicality requirement on moral judgement states that 'if an agent judges that it is right for her to do α in circumstances C, then either she is motivated to α or she is practically irrational (Smith, 1994). It means that we are motivated to act in a certain way, or else we are acting irrational. Healthy people would also feel some conflict when acting irrational, but psychopaths do not.

Rationalism states that ‘if it is right for agents to ϕ in circumstances C, then there is a reason for those agents to do ϕ in C’ (Smith, 1994). This means that moral facts are facts about our reasons for action.

To understand the claim that considerations about psychopaths threaten moral rationalism, we have to make a distinction between rationalism as a conceptual claim and rationalism as a substantive claim. If we want to know if moral facts exist, we must first ask a conceptual question. What is our concept of a moral fact? Then, we must ask a substantive question. Is there anything in the world answering to our concept of a moral fact (Mackie, 1977)? For now, we have to focus on the conceptual claim.

According to Smith, rationalism might be taken to be a conceptual claim: ‘the claim that our concept of a moral requirement is the concept of a reason for action; a requirement of rationality or reason’ (1994). So, rationalism is a claim about the best analysis of moral terms. According to Nichols and Brink (in Smith, 1994, p.67), the problem with conceptual rationalism is that common views about psychopaths do not capture our concept of moral requirements. Conceptual rationalism is committed to the claim that it’s a conceptual truth that people who make moral judgements are motivated by them, and psychopaths are not necessarily motivated to act by their moral judgements. It seems that a psychopath could be fully rational and judge that some action is morally required without being motivated to do it. This seems contrary to the Practicality Requirement, which states that if an agent judges that it is right to do something in certain circumstances, then either she is motivated to do it or she is practically irrational (Smith, 1994).

However, according to Smith (1994), amoralists do not really make moral judgements, they use something what Smith calls the ‘inverted comma sense’ of moral judgements. This means that they use the same words, but do not really understand these concepts. So, it could be that Bill, who peeked on women, also used an ‘inverted comma sense’ of moral judgement. He knew the moral words for it, he knew it was wrong, but he did not understand the true meaning of these words. It is possible that he saw the words ‘spying on women is morally wrong’ as ‘other people judge that spying on women is morally wrong’. In this way, if other people did not notice his actions, there would not be a problem for Bill, since he did not really understand the moral wrongness of his action.

The fact that psychopaths do not understand our moral concepts could be related to the idea that they lack the capacity for empathy. In several studies, the relationship between a capacity for empathy and a concept of morality is investigated (Greene, Sommerville, Nystrom, Darley & Cohen, 2001; Mercadillo, Luis Dias & Barrios, 2007). Mercadillo et al. (2007) argue that the psychopathic disorder is linked to distortions in interpreting socially-learned moral values, but also to alterations of cognitive processes required to link the affective system to moral values. So it is also possible that a lack of empathy influences the concept of morality in psychopaths.

In addition to the explanation that psychopaths use an ‘inverted comma sense’ of moral judgement, Smith states that amoralists try to make moral

judgements but fail. He gives an example of a girl who was born blind, and only knew colours by the feeling of their surface. According to Smith, 'when she makes colour judgements, she is not appropriately thought of as making judgements about what other people judge to be red or green' (1994). The blind girl, though she tries to make colour judgements, fails because she does not count as a possessor of colour concepts. In comparison, an amoralist, although he tries to make moral judgements, does not count as a possessor of moral concepts. It could be that psychopaths act comparable with amoralists, and that they also do not count as possessors of moral concepts. This may explain why Bill does not learn from his mistakes. This way, the amoralist, or psychopath, does not meet the conditions of the Practicality Requirement, and does not need to act according to it for the Practicality Requirement to be true. If a healthy individual does not act according to his moral judgements, he is practically irrational. He would also feel some form of guilt. Psychopaths do not feel guilty about their actions.

According to Nichols (2002), the empirical fact that psychopaths use moral concepts in an 'inverted comma sense' is not enough to defend Conceptual Rationalism. Conceptual Rationalism is supposed to characterize our ordinary moral concepts and intuitions, so he states that it is important to know what ordinary people think about moral judgements in psychopaths, in order to see if the explanation about psychopaths holds. In my opinion, this is a poor argument against Conceptual Rationalism. I think that ordinary people are well capable of deciding which moral rules count, but that they could have a problem identifying what the psychological problem is with someone else. If I want to know if there is something wrong with my health, I want to ask a doctor and not some nice neighbour, because I want to hear the opinion of an expert. The same holds for the moral concepts of psychopaths. I doubt that ordinary people could really judge about the moral concepts of psychopaths and how they use them, because they lack the expertise and because it is hard to imagine someone's weakness if you are horrified by his behaviour. People have a tendency to hold someone responsible for their actions, especially when these actions are horrible and incomprehensible, even though there is a clear explanation of why they could not be held responsible. So despite the arguments of Nichols (2002), it seems that the behaviour of Bill could be explained by the fact that he uses an 'inverted comma sense' of moral judgement. He tries to make moral judgements, but he fails. This is why he can harm someone else without caring about his actions.

In this essay, I tried to examine how it could be explained that Bill, or other psychopaths, harm others and not seem to care about their own actions. It tried to find out if this could be explained in terms of lack of empathy, moral judgement, weakness of the will or moral motivation. Lack of empathy is often used as an explanation, but there is some evidence that psychopaths might have some form of empathy. Since there is still discussion about this, I tried to find an additional explanation for Bills behaviour. At first, it seemed

that Bill did not made a mistake in his moral judgement, nor was he weak-willed. But then, it seems more probable, from the Conceptual Rationalism point of view, that Bill used an ‘inverted comma sense’ of moral judgement. He tried to make a moral judgement, but he failed. It could be that psychopaths, like Bill, although they try to make moral judgements, do not really possess moral concepts. In addition, the idea that psychopaths lack the capacity for empathy could be related to the idea that they do not really possess moral concepts. Whether or not he has a capacity for empathy, Bill might not really understand our moral concepts, and that is why he can harm someone else without caring about his actions.

Literature

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Rev. 4th ed.)*. Washington, D.C.: Author.
- Baron-Cohen, S. (2011). *The science of evil: On empathy and the origins of cruelty*. New York, NY, US: Basic Books.
- Brink, D. (1986). Externalist Moral Realism. *Southern Journal of Philosophy Supplement*. p. 23-42. In: Smith, M. (1994). *The moral problem*. Blackwell, p. 64-72.
- 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*, Vol 293, No 5537, pp. 2105-2108. DOI: 10.1126/science.1062872
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, ON: *Multi-Health Syst.* 2nd ed.
- Holton, R. (1999). Intention and weakness of will. *The journal of philosophy*, Vol 96, No 5 pp. 241-262.
- Mackie, J.L. (1977). *Ethics. Inventing right and wrong*. Penguin.
- Mahmut, M.K., Homewood, J. & Stevenson, R.J. (2008). The characteristics of non-criminals with high psychopathy traits: Are they similar to criminal psychopaths? *Journal of Research in Personality*, Vol 42, No 3, pp. 679-692.
- Meffert, H., Gazzola, V., Den Boer, J.A., Bartels, A.A.J. & Keysers, C. (2013). Reduced spontaneous but relatively normal deliberate vicarious representations in psychopathy. *Brain*, Vol 136, No 8, pp. 2550-2562.
- Mercadillo, R.E., Luis Dias, J., & Barrios, F.A. (2007). Neurobiology of Moral Emotions. *Salud Mental*, Vol 30, No 3, pp. 1-11.
- Nichols, S. (2002). How psychopaths threaten moral rationalism: Is it irrational to be amoral? *The Monist*, Vol 85, No 2, pp. 285-301.
- Palermo, G.B. (2012). Do psychopaths feel empathy? *International journal of offender therapy and comparative criminology*. Vol 56, No 8, pp. 1147-1148

- Prehn, K., Wartenburger, I., Mériaux, K., Scheibe, C., Goodenough, O.R., Villringer, A., Van der Meer, E., Heekeren, H.R. (2007). Individual differences in moral judgement competence influence neural correlates of social-normative judgements. *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, Vol 3, No 1, pp. 33-46.
- Smith, M. (1994). *The moral problem*. Blackwell, pp. 64-72.

Artikel

Modern zielsverlies

De neuropsychiater en het pact met de duivel

Frits Milders

De moderne neuropsychiater is vervuld van het goede. Die wil ziektes genezen, patiënten beter maken, lijden opheffen. En toch, hoe bizar dit ook op het eerste gehoor klinkt, wil ik beweren dat deze psychiater niet gevrijwaard is van het kwaad, integendeel, het ziet er zelfs naar uit dat hij een regelrecht pact met de duivel gesloten heeft.

Voor wie nu verbaasd opkijkt: als dat al klopt, in welke zin heeft de moderne psychiater dan een pact met de duivel gesloten? Natuurlijk niet in de zin dat hij dit bewust heeft gedaan. Want de moderne neuropsychiater is zeer nuchter. Duivelse kwesties zal hij met hoongelach verwijzen naar het rijk der fabels. Toch is er iets ongemakkelijks. Het gaat om zijn wetenschappelijke attitude en om iets waar hij waarschijnlijk geen oog voor heeft: dat mooie medische idealen in hun tegendeel kunnen verkeren waardoor zij een negatief, ja duivels karakter aannemen. Deze omslag wordt bewerkstelligd door verabsolutering van zijn wetenschappelijke methode. En dat heeft iets 'duivels' of zoals de Duitsers het mooi zeggen: 'Jede Konsequenz führt zum Teufel.'

Wat bedoel ik eigenlijk met het begrip 'neuropsychiater'? Dat staat voor een materialistische mentaliteit, die tegenwoordig kenmerkend is voor diverse invloedrijke hersenwetenschappelijke publicaties en veel psychiatrische literatuur. Materialisme betekent hier de 'heilige' overtuiging dat de materie (in dit geval, de hersenen) de laatste werkelijkheid is. Aan ziel en geest worden geen eigenstandig leven toegekend. Zij zijn slechts hersenproducten en dus illusies. Ook begrippen die onlosmakelijk aan de menselijke geest gekoppeld zijn zoals vrijheid, zingeving en verantwoordelijkheid zijn mooie maar onwerkelijke fantasieën. Dat geldt ook voor godsdienstige ervaringen, geloof en alle vormen van 'irrationaliteit', die slechts aberraties van hersenfuncties zijn en dus niet serieus te nemen. De moderne neuropsychiater denkt dat absolute kennis over psychiatrische stoornissen gevonden kan worden in het brein onder het motto 'geestesziekten zijn hersenziekten'. Dankzij veel hersenonderzoek zal het raadsel van de psychiatrische stoornissen over tien, twintig jaar opgelost zijn.

Kennis van de Faustmythe, in het bijzonder het toneelstuk van Goethe over de man die zijn ziel aan de duivel verkocht in ruil voor absolute kennis en onbeperkte geneugten, kan ons gevoelig maken voor het (duivels) verleidelijke aspect van zo'n absolute, naïef optimistische opvatting. Je voelt dat het om een 'geloof' gaat, verpakt in een wetenschappelijk jasje. En dat er hoogmoed in het spel is. Kortom, hier is een zwavelluchtje speurbaar.

De twintigste-eeuwse variant van de Faustmythe, de roman *Doktor Faustus* van de Duitse schrijver Thomas Mann, kan naar mijn idee helpen om deze kwesties te verhelderen.

Maar eerst: wie was Thomas Mann?

Nazistisch barbaardom

Voor veel deskundigen behoort Thomas Mann (Lübeck, 1875 - Zürich, 1955), naast Joyce, Proust, Musil en Kafka, tot de grootste romanschrijvers van de twintigste eeuw. In 1901 brak Thomas Mann in de literaire wereld door met de realistische roman *Buddenbrooks - Verfall einer Familie*. Hierin beschrijft hij - zich mede baserend op zijn eigen familiegeschiedenis - de ondergang in de loop van vier generaties van een Lübeckse koopmansfamilie. Voor deze roman werd hem in 1929 de Nobelprijs voor de literatuur toegekend. In 1912 schreef hij zijn beroemdste novelle *Der Tod in Venedig* (in 1971 verfilmd door Visconti). Gaandeweg, wat onder andere tot uitdrukking komt in de grootse roman *Der Zauberberg* (1924) ontwikkelde hij zich tot een strijdbaar humanist. Aanvankelijk stelde hij zich wat terughoudend op ten opzichte van het opkomend nationaal-socialisme. Mede op aandringen van zijn politiek veel alertere zoon Klaus emigreerde hij in 1936 samen met zijn vrouw Katia naar Zwitserland en vervolgens in 1939 naar de Verenigde Staten, waar hij in 1944 het Amerikaanse staatsburgerschap verwierf. Gedurende de Tweede Wereldoorlog ontpopte hij zich als een energieke antifascist waarbij hij een scherp oog had voor de wortels van het nazisme in de irrationeel romantische lagen van de Duitse cultuur. Zo kon hij Hitler als een gelijke beschouwen (in zijn essay *Bruder Hitler*). Deze houding bereikte haar literaire hoogtepunt in de roman *Doktor Faustus*, uit 1947. De voorboden, de opgang en ondergang van het nazisme in Duitsland werden door hem beschreven in samenhang met de tragische levensloop van de gefingeerde componist Adrian Leverkühn, waarvoor de filosoof Nietzsche model stond.

In *Doktor Faustus* wordt de lezer – die wellicht niet vertrouwd is met demonie en duivelse listen – meegesleept in een duizelingwekkend avontuur van de geest waardoor hij meer oog krijgt voor de onvermijdelijke aanwezigheid van irrationele en demonische onderstromen in het menselijk bestaan, maatschappij, kunst, wetenschap en godsdienst. Hoe kon het humanistische Duitsland van Goethe en Beethoven vervallen tot het nazistisch barbaardom? Ik zal proberen aan te tonen dat bestudering van deze kwesties vruchtbaar is voor een reflectie op de grondslagen van de neuropsychiatrie.

Hiermee samenhangend is Leverkühn's pact met de duivel – een opzettelijke besmetting met syfilis om zijn creatieve vermogens te vergroten en geniale werken te componeren – een leerzaam discussieonderwerp voor de moderne neuropsychiater. Voor een beter begrip sta ik even stil bij de syfilitische infectie en de daardoor veroorzaakte dementia paralytica.

Dementia paralytica

De diverse stadia die het beloop van een syfilitische infectie kenmerken heeft Thomas Mann goed bij zijn hoofdpersoon beschreven. Na de syfilitische besmetting ging Adrian Leverkühn met een 'lokale Erkrankung' naar een dokter. Er was waarschijnlijk sprake van een zweer op de penis, die na korte tijd verdween. Na enkele jaren kreeg Leverkühn regelmatig last van hevig stekende pijnen in de benen. Dat Leverkühn de duivel op een gegeven moment ziet en hoort kan wijzen op een hallucinose. Daarmee wordt bedoeld: gehoors- en gezichtshallucinaties, bij helder bewustzijn, met een buitengewoon sterk werkelijkheidskarakter.

De hallucinose kan een eerste manifestatie zijn van dementia paralytica. Kenmerkend voor dit stadium, tussen de vijf en twintig jaar na het primair affect, zijn ook de pupilveranderingen. Ook die werden bij Leverkühn opgemerkt. Ten slotte ontstond bij hem vrij plotseling een geëxalteerd, psychotisch toestandsbeeld en verviel hij na korte tijd in een zwijgzame, initiatiefloze, demente toestand. Dat zijn klassieke verschijnselen die bij dementia paralytica worden beschreven. Daarbij kunnen ook verlamingsverschijnselen optreden. Pathologisch anatomisch is er sprake van onder andere frontale hersenatrofie. Met microscopisch onderzoek kunnen de ziekteverwekkers, de Spirochaeta Pallida, in het hersenparenchym worden aangetroffen.

Tegenwoordig is er weinig belangstelling voor dementia paralytica omdat deze ziekte nog maar weinig voorkomt. De infectie is immers goed te behandelen met penicilline. Toch heeft deze ziekte een belangwekkende historische status. Ik noem vier voorbeelden.

De historicus Edward Shorter verklaart de toenemende institutionalisering van psychiatrische patiënten in de tweede helft van de negentiende eeuw door de enorme aanwas van neurosyfilis: 'the disease of the century'. Voor velen is dementia paralytica het klassieke voorbeeld van een ziekte-eenheid in de zin van Kraepelin: een zelfde oorzaak (syfilitische besmetting), een zelfde lichamelijk en psychisch toestandsbeeld, een zelfde beloop en afloop en een gelijk pathologisch-anatomisch substraat. Hoewel dit prototype klinisch veel diverser was dan aanvankelijk leek, bleef dit ideaal voor de moderne neuropsychiater levend. In diens materiële werkelijkheid zijn psychiatrische stoornissen geen abstracte constructies maar concrete en duidelijk afgrensbare ziekten waarbij de aard van de stoornis zichtbaar kan worden gemaakt door middel van neuro-imaging.

Een derde voorbeeld is het verbijsterende succes van de malaria-koorts therapie bij dementia paralytica, ontwikkeld door Von Wagner-Jauregg, die voor deze hoopgevende prestatie in 1927 de Nobelprijs kreeg.

Ten slotte is dementia paralytica volgens de psychiater H.C. Rümke altijd een ziekte geweest die in hoge mate tot de verbeelding sprak. Het was een ziekte die menige geniale persoonlijkheid, juist op de top van zijn leven, in volle scheppingskracht, te gronde richtte, dikwijls nadat aan deze ondergang

een plotselinge laatste opbloei van grandioze vermogens was voorafgegaan. Zo ging het ook bij Adrian Leverkühn. ‘Maar dat is literaire verbeelding’, zal de neuropsychiater roepen: ‘niet van belang voor de psychiatrie’.

Een tragisch leven

Het tragische levensverhaal van de geniale componist Adrian Leverkühn, zoals opgetekend en becommentarieerd door zijn vriend Serenus Zeitblom, vormt de inhoud van Doktor Faustus. Zeitblom is zijn hele leven, vanaf hun gemeenschappelijke gymnasiumtijd in Kaisersaschern, gefascineerd geweest door de buitengewone creatieve begaafdheid van zijn vriend. Tegelijkertijd is er van het begin ook een invoelende bezorgdheid over diens zielenheil. Serenus voorvoelt al vroeg dat Adrian tot iets groots en verschrikkelijks in staat zou kunnen zijn. Adrian is geen warme en innemende persoon. De kilte die om hem heen voelbaar is lijkt op te stijgen uit een afgrondelijke eenzaamheid waarin gevoelens in het niets verdwijnen. Door zijn hoogmoedige, onverschillige en geringschattende houding maakt hij zich op het gymnasium niet bepaald geliefd. Hij is het merkwaardige specimen van de slechte leerling die altijd de eerste van de klas is en die uit hoogmoed theologie gaat studeren. Zaken van grote ernst en gewichtigheid zoals kunst, muziek en theologische kwesties roepen bij hem niet zelden spot of een onbedaarlijke lachlust op. Voor de burgerlijke en wat droge Zeitblom, die filologie studeert en later leraar aan het gymnasium wordt, heeft dit lachen iets onbehaaglijks, ja demonisch. Toch schrijft hij aan het begin van zijn aantekeningen nadrukkelijk en zonder voorbehoud:

[...] Ik heb van hem gehouden, met ontzetting en tederheid, met erbarmen en opofferende bewondering, en mij daarbij zelden afgevraagd of hij dat gevoelen ook maar enigszins beantwoordde.

Deze houding van onvoorwaardelijke en onbaatzuchtige toewijding, mede gevoed vanuit een liberaal humanistische levensopvatting, maakt Zeitblom tot de ideale *participant-observer* van de contradicties en paradoxen niet alleen in het tragische leven van zijn vriend Adrian maar ook in de noodlottige ontwikkelingen die Duitsland in de eerste helft van de twintigste eeuw doormaakte. Zeitblom schrijft de biografie in de laatste jaren van de Tweede Wereldoorlog.

De biografie loopt twee decennia vooruit op de Duitse tijdgeest van na de Eerste Wereldoorlog. We zien hoe opvattingen van enkele sleutelpersonages (o.a. de muziekleraar van Adrian) een transformatie ondergaan naar een onheilspellende toespitsing op esthetische en maatschappelijk idealen van de gemeenschap, gedragen door een primitieve cultus die de burgerlijke, humanistische levenssfeer verdringt en individuvijandig is. Idealen met een sterk reactionair (demonisch, c.q. pre-nazistisch) karakter, waarin de avant-garde en het archaïsche in elkaar overgaan. Opvattingen die in het

interbellum bon ton zijn in intellectuele kringen in München, maar die Zeitblom sterk verontrusten vooral omdat de composities van zijn vriend daarmee geestelijk overeenstemmen.

Zeitblom's biografische vertelling en tijdsdocument ademt deze geestesgesteldheid waardoor al zijn opmerkingen over het demonische voorafschaduwingen worden van de huiveringwekkende ontmoeting die Adrian Leverkühn uiteindelijk zal hebben met de duivel in eigen persoon. Eigenlijk wil hij duidelijk maken dat zijn vriend is voorbestemd voor een reële dialoog met de grote tegenstrever. Een voorbeschikking door zijn hoogmoedige en kille gemoed, een hoge begaafdheid en een grote gevoeligheid voor demonisch-heilige configuraties in de Duitse cultuur. Bovendien zijn er enkele noodlottige ontmoetingen. Nadat Adrian Leverkühn zijn studie theologie in Halle heeft afgebroken gaat hij muziek en filosofie studeren in Leipzig. Want muziektheorie is een vroege, min of meer verborgen passie. In een brief aan Zeitblom schrijft Leverkühn dat op de eerste dag na aankomst in Leipzig een reisgids hem na een rondgang door de stad misleidt en hem naar een Gasthaus brengt dat een bordeel blijkt te zijn. Temidden van schaars geklede 'Nymphen und Töchter der Wüste' probeert hij zich een houding te geven door enkele akkoorden aan te slaan op een piano.

Als onverwachts een vrouw (door hem later Esmeralda genoemd) gekleed in een Spaans jasje, met een bruine huidskleur, grote mond, mopsneus en amandelogen, met haar naakte arm zijn wang streelt, ontvlucht hij overhaastig deze 'Lusthölle'. Leverkühn doet in een brief nogal laconiek over deze gebeurtenis, maar Zeitblom, de invoelende bezorgde vriend, voelt plaatsvervangend de warme naakte arm dagen lang op zijn eigen wang gloeien. Hij is bevreesd dat Adrian met zijn grote geest maar met te weinig ziel – dat wil zeggen een bufferende sentimentele, warm menselijke levenslaag - onverhoeds en weerloos is overgeleverd aan het dierlijke, naakte instinct. En zo is het ook.

Pact met de duivel

Als Adrian Leverkühn de duivel ontmoet is er geen sprake van een opzienbarend en verleidelijk voorstel waarop na enig nadenken wordt ingegaan en het pact bezegeld is. De fatale beslissing is al vier jaar eerder door Leverkühn zelf genomen. Bij hem brandde het verlangen de vrouw die hem in het bordeel vluchtig had aangeraakt, te zoeken. Hij vond haar niet meer in het bordeel in Leipzig maar wel later in Graz. 'Uit zijn mond kwam zij te weten dat hij de reis om harentwil had gemaakt, en zij bedankte hem daarvoor *door hem voor haar lichaam te waarschuwen.*'

Zij waarschuwde hem; en komt dit er niet op neer dat zij een weldadig onderscheid maakte tussen de hogere menselijkheid van het schepsel en

haar aan lager wal geraakte, tot miserabel gebruiksvoorwerp afgezakte fysieke deel? De ongelukkige waarschuwd de verlangende man voor 'zichzelf', dat betekende een daad van vrije geestelijke verheffing boven haar deerniswaardige fysieke bestaan, een daad van menselijke distantiëring daarvan, een daad van ontroering, - het woord zij mij vergund – een daad van liefde. En, goede hemel, was het niet ook liefde, of wat was het anders, welke begerigheid, welke wil tot waagstukken die God tarten, welke drang om de straf in de zonde te verwickelen, en ten slotte: welk diep, geheim verlangen naar demonische bevruchting, naar dodelijke ontketening door een chymische mutatie van zijn natuur leidde ertoe dat de gewaarschuwd de waarschuwing in de wind sloeg en dit vlees met alle geweld wilde bezitten?

Aldus het emotionele verslag van Zeitblom.

Hoewel Adrian Leverkühn zich lichamelijk gezond blijft voelen en het eerste symptoom van syfilis (primair affect) snel verdwijnt stelt hij zich onder medische behandeling die echter abrupt wordt afgebroken. De eerste dokter overlijdt plotseling op mysterieuze wijze en de tweede geraadpleegde arts ook. Later begrijpt Leverkühn van de duivel dat dit noodzakelijke eliminaties waren geweest om het infectieuze proces mooi langzaam in het lichaam te laten opstijgen via de ruggemergswaterwegen richting hersenen. De duivel legt hem later uit:

dat artsen die menen dat er onder de “kleintjes” (spirocheten, c.q. *treponema pallidum*) hersenspecialisten moeten zitten, liefhebbers van de cerebrale sfeer, er volkomen naast zitten. Het is andersom: de hersenen zijn tuk op het bezoek van de kleintjes, “net zoals jij het mijne [...] alles komt aan op gedisponeerd zijn, de bereidheid, de uitnodiging. Dat sommige mensen meer aanleg hebben voor het volbrengen van heksenwerk dan anderen, en wij die weinigen goed weten te kiezen, daarvan reppen reeds de waardige auteurs van de *Malleus maleficarum*”.[..] Je bent een attractief geval, dat geef ik openhartig toe. We hadden al van kindsbeen af een oogje op je, op je griffe, hovaardige brein, je treffelijk ingenium en memoriam. [...] Wisten wij soms niet dat je te pienter en koud en kuis bent voor het elementaire, en wisten we soms niet dat je je eraan ergerde en je verschrikkelijk ennuyeerde met je bedeesde pienterheid? Dus regelden wij het vlijtig aldus dat je ons in de armen liep, dat wil zeggen mijn kleintjes, Esmeralda, en dat je het kreeg, de illuminatie, het afrodisiacum voor de hersenen, waar je met lijf en ziel en geest zo hevig vertwijfeld naar haakte.

De ontmoeting met de duivel vindt plaats in Italië waar Leverkühn en zijn vriend Schildknapp tijdelijk wonen. Na een verschrikkelijke dag van migraineaanvallen, gepaard gaande met kokhalzen en braken, brengt de avond enige verlichting. Leverkühn zit alleen in een zaal Kierkegaards essay over Mozarts Don Giovanni te lezen. Plotseling wordt hij getroffen door een snijdende koude die hem tot op het bot verkleumt. Iemand zit

in de schemering op de canapé, maar het is niet Schildknapp, het is een ander, kleiner dan hij, lang zo fors niet en hoegenaamd geen echte heer. Voortdurend dringt de koude tegen hem aan. Op de met verstikte stem geroepen vraag *Chi è costà!* antwoordt de ander, een als het ware geschoolde stem met aangename neusresonantie:

‘Spreek maar Duits! Lekker fris Oudduits van de lever, zonder elke bewimpeling ofte fymelarij. Ik versta het. Is toevallig echt mijn lievelingstaal. Soms versta ik zelfs alléén Duits’.

[...] Het is een man, nogal stakerig van postuur, [...] een sportpet over het oor getrokken, en aan de andere kant spriet daaronder rossig haar van de slaap; rossige wimpers ook aan rood ontstoken ogen, kazig het aangezicht, met enigszins scheef afbuigende neuspunt; op een overdwars gestreept tricothemd een geruit jasje met te korte mouwen, waar de plompvingerige handen uit steken; weezinwekkend krap zittende broek en gele, afgedragen schoenen, die men niet langer poetsen kan. Een souteneur. Een pooier. En met een stem, de articulatie van een toneelspeler.

Adrian Leverkühn probeert de duivel af te troeven door diens verschijning te verklaren als een hallucinatie veroorzaakt door de cerebrale koortshaard, waarop de duivel riposteert dat zijn bestaan niet aan Leverkühn's ‘incipiërende roes’ gebonden is maar dat de kleintjes in zijn hersenen hem slechts in staat stellen de duivel waar te nemen.

De duivel citeert Bismarck die zou hebben gezegd dat de Duitser een halve fles champagne nodig heeft om zijn natuurlijke niveau te bereiken. Zo behoeft de begaafde maar slome Leverkühn zijn illuminatie. Ziekte is daarvoor een noodzakelijke voorwaarde. De kunstenaar is de broer van de misdadiger en de krankzinnige. Natuurlijk is het zo dat ‘creatieve, genie schenkende ziekte, ziekte die hoog te paard de hindernissen neemt, in vermetele roes van rots naar rots galoppeert, het leven duizend maal liever is dan de te voet gaande voortsloffende gezondheid’.

Niets is dommer dan de gedachte dat van iets zieks alleen maar iets zieks kan komen. De duivel benadrukt dat de goede dingen niet uit het niets voortkomen. Hij brengt dus niets nieuws – dat is zaak van anderen. Hij helpt alleen bij de bevalling en maakt vrij. Wat kunstenaars in klassieke tijden nog zonder hem konden, kan heden ten dage alleen de duivel bieden. En dat is kwaliteit, het archaische, het oeroude, het sinds lang niet meer beproefde. ‘De authentieke inspiratie en geestdrift niet besmet met kritiek, slome omzichtigheid en dodelijke verstandscontrole, kortom de heilige geestvervoering.’

Het gaat erom de verlammende problemen van deze tijd te doorbreken, zich verstouten tot barbaarsheid die volgt op de humaniteit en de burgerlijke verfijning. Ook de ontwikkeling in muziek stagneert volgens de duivel.

‘Componisten praten zichzelf en anderen aan dat het vervelende interessant is geworden omdat het interessante vervelend begon te worden.’

De tonaliteit moet worden opgeheven, tonen en dissonanten moeten vrij

komen, alle muzikale dimensies moeten indifferënt tegenover elkaar staan, binnen een volmaakte orde. Leverkühn kan het keurslijf van de hedendaagse muziek doorbreken zodat hij tot duizelingwekkende bewondering voor zichzelf daar bovenuit zal stijgen en composities maken waarvoor het heilige afgrijzen hem zal bekruipen. De duivel geeft hem vierentwintig jaar van hoogst lustvolle scheppingsdrang afgewisseld met snijdend helse pijnen. Ingegeven door de legitieme ijverzucht van de hel, is liefde en warme menselijke genegenheid hem verboden. De duivel wil hem koud hebben, ‘zo koud dat de vlammen van het produceren nauwelijks heet genoeg zullen zijn om zich daarin te warmen. In hen zal hij vluchten uit zijn levenskoude.’

Strijd tegen het onzichtbare

De lezer zal tot dusverre mogelijk niet veel wijzer zijn geworden. Wat heeft de moderne psychiater nu te maken met een romanfiguur als Adrian Leverkühn? Wat hebben ze toch met elkaar gemeen? Ik zal beweren dat ze overeenstemmen in attitude.

Er zijn in dat verband enkele ongemakkelijke kwesties waar de neuropsychiater voor wegloopt, die hij het liefst wil ontkennen, of in hun tegendeel wil doen verkeren. Daartoe is de verleiding zeer groot, want als ze zijn geëlimineerd, als de kritiek is gesmoord en er geen ruis meer is, staat niets een vrij en zorgeloos onderzoek van de hersenen meer in de weg. Deze verleiding heeft een duivels karakter zoals Leverkühn in de ijzige kou van ‘De Boze’ mocht vernemen:

De duivel een man van de ondermijnende kritiek? Laster vriend!
Potneukerloot! (In het Duits: “Potz Fickermant”). Als hij iets haat, als iets ter wereld tegen zijn aard indruist, is het de ondermijnende kritiek. Wat hij wil en schenkt is juist het triomfale over alle kritiek heen, de pralende onbekommerdheid.

De (voor de neuropsychiater) pijnlijke kwesties en de daarop gebaseerde analyserende kritiek komen uit het rijk van het ‘het onzichtbare’. De belangrijkste methodologische uitgangspunten van de neuropsychiatrie zijn immers onzichtbaar, namelijk abstract complex, niet concreet, niet meetbaar. Karl Jaspers vindt die uitgangspunten zo belangrijk dat hij er op bladzijde één van zijn *Allgemeine Psychopathologie* meteen mee begint. De mens heeft volgens hem veel aspecten die door verschillende wetenschappelijke methoden benaderd kunnen worden. Iedere benaderingswijze stoot uiteindelijk op een grens, een raadsel dat deels ontsluitend kan worden door een alternatieve methode. Maar de mens als geheel blijft voor de wetenschap onkenbaar omdat daar de menselijke vrijheid in het geding is. Alleen filosofisch of theologisch valt daar iets over te zeggen. Wat zijn de consequenties van deze visie?

De onzichtbare en onkenbare persoon is een belangrijk ordenend kader

voor termen zoals intellect, wil, denken, voelen, waarnemen etc. Volgens Hacker gaat het hier niet om theoretische of wetenschappelijke concepten maar a-theoretische termen die noodzakelijk zijn om onze subjectieve ervaring vorm te geven. Het zijn dus geen functies van de geest en ook niet van de hersenen. Zij hebben louter betrekking op een persoon in een talige context. Wat deze begrippen betekenen kunnen we alleen achterhalen door hun plaats te onderzoeken in de alledaagse waardebeladen taal. Het zijn dus geen psychologische begrippen maar meerduidige existentiële noties. Zodra ze worden opgenomen in een psychologische of neuropsychiatrische theorie krijgen ze een contextloze, concrete, waarde vrije en pseudowetenschappelijke status. Als in wetenschappelijk onderzoek geen rekening wordt gehouden met de achtergrond van deze termen ontstaan volgens Hacker gemakkelijk zinloos taalgebruik en onwetenschappelijke uitspraken zoals 'hersenen denken' of 'wij zijn ons brein'.

Van dezelfde abstracte aard als de persoon zijn de onzichtbare psychiatrische klassen (DSM-5). Classificatie is een nominalistische activiteit die geen betrekking heeft op concrete afgrensbare psychiatrische ziekten. Klassen zijn constructies die tot stand komen door afspraken van deskundigen. De DSM was opgezet als een systeem van a-theoretische klassen die door empirisch onderzoek gevalideerd moesten worden. Hoopte men. Validering is vrijwel niet mogelijk gebleken waardoor hersenonderzoek en genetica niets belangrijks hebben opgeleverd over de oorzaken en behandeling van psychiatrische stoornissen.

Eveneens nauw samenhangend met de persoon zijn fenomenen zoals authenticiteit en empathie, die kenmerkend zijn voor de goede arts-patiënt relatie. Zoals bekend is deze onzichtbare kwaliteit een essentiële en onvervangbare factor in iedere geslaagde psychiatrische behandeling.

Geen personen meer

In de Westerse cultuur heeft zichtbaarheid het primaat. Onder het motto 'een foto zegt meer dan duizend woorden' willen we 'eerst zien en dan geloven'. Visualiseren is een elementaire activiteit. Iets met een woord aanduiden geeft het bedoelde al iets concreets. Kenmerkend voor medisch denken is het zoeken naar een zichtbaar pathologisch-anatomisch substraat voor de oppervlaktesymptomen. Kortom, verleiding genoeg om de in essentie nominalistische psychiatrische klassen (zoals depressie, ADHD en schizofrenie) voor te stellen als reële dingachtige afgrensbare entiteiten. De ontwikkeling van beeldvormende technieken in het hersenonderzoek heeft aan deze reïficatie ongetwijfeld bijgedragen.

Een invloedrijke en prototypische representant van deze manier van denken is Nancy Andreasen. Zij stelt dat de psychopathologie pas wetenschappelijk is geworden sinds neuropsychiaters in de hersenen kunnen kijken. Een voorbeeld. Nare ervaringen worden opgeslagen in de amygdala en onder stressvolle omstandigheden kan dit hersendeel gaan vuren naar de prefrontale

cortex zodat een depressie optreedt. Dat is te zien op de hersenscan. Maar wat zegt dit nu? Een simpele maar terechte tegenwerping is dat de zichtbaarheid van depressieve verschijnselen in de hersenen niets met wetenschappelijkheid te maken heeft. De hersenen kunnen moeilijk anders dan het depressieve gedrag weerspiegelen. Wat zichtbaar wordt in de hersenen is niet de oorzaak van de depressie maar alleen het correlaat van depressieve beleving en gedrag. En de samenhang tussen nare gebeurtenissen en depressie is al meer dan 2000 jaar bekend.

Deze voorstelling van zaken zal voorlopig niet veranderen zolang andere partijen grote belangen hebben in hersenonderzoek, zoals de farmaceutische industrie. Ook het grote publiek is mede door populair-wetenschappelijke literatuur zeer 'hersens-minded' geworden. Vermeende hersenziekten zoals ADHD en autisme zijn een valide legitimatie voor extra zorgtoeslagen. Sommige auteurs (Rose) veronderstellen zelfs dat de moderne mens steeds meer een hersenbiologische identiteit zal krijgen. Dit laatste is een voorbeeld van wat we de demonie van het zichtbare kunnen noemen, waarin het onzichtbare niet meer van belang is. Mensen raken hun ziel kwijt die traditioneel werd bepaald door onzichtbare, niet meetbare psychologisch-culturele factoren. Ze zijn geen 'personen' meer. Als dat zo is heeft dat grote gevolgen voor de zelfbeleving en de omgang met tegenslag en ziekte. Bij de neuropsychiater is er ook sprake van zielsverlies. Dat houdt in dat de (onzichtbare) relatie met de patiënt minder betekenis krijgt, waardoor ook de waarde van psychotherapie daalt. Als de neuropsychiater nog enige betekenis hecht aan psychotherapie zal hij deze niet meer zelf doen maar delegeren aan anderen. In deze ontwikkeling is de neuropsychiater geen generalist meer, maar een interventiespecialist op het gebied van de farmacotherapie. Dat het zover is gekomen kan ook op conto van de beroepsverenigingen (NVvP en KNMG) worden geschreven die indertijd een (duivels) verbond hebben gesloten met de zorgverzekeraars. De gereïficeerde DSM-IV vormde de basis voor de diagnose-behandelcombinaties (DBC's), die leidde tot een simplistische rationale verkaveling van de zorg in zorgpaden, waarbinnen economische motieven belangrijker zijn dan zorginhoudelijke. Soms lijkt het erop of de zorgverzekeraars en de farmaceutische industrie heimelijke handlangers van de duivel zijn, die de ziel van de neuropsychiater hebben gekocht en hem het eigendomsrecht van de psychiatrie betwisten. Waar demonie van het zichtbare onder extreme maatschappelijke omstandigheden toe kan leiden, laat een van de zwartste bladzijden uit de geschiedenis van de psychiatrie zien. Lifton vraagt zich af waarom de psychiaters in Nazi-Duitsland nauwelijks protesteerden toen hun patiënten op last van het regiem naar de vernietigingskampen werden afgevoerd. Zijn hypothese is dat het gaat om een combinatie van overheidsgetrouwheid en de harde opvatting dat psychiatrische ziekten hersenziekten zijn, en dat een psychologische benadering onwetenschappelijk is. Hierdoor hadden deze psychiaters mogelijk minder empathie met het lot van hun patiënten. Hoe dan ook, het zielsverlies bij de neuropsychiater en het verdwijnen van de patiënt als persoon doen denken aan het liefdesverbod dat de duivel Leverkühn oplegt.

Neuropsychiatrische literatuur van de laatste twee decennia heeft nogal eens een triomfale ondertoon, ingegeven door lustbeleving: ‘we hebben goud in handen, de doorbraak komt er aan’. De neuropsychiater realiseert zich echter niet dat hij door verwaarlozing van het onzichtbare zijn eigen vak ondermijnt. De hersenwetenschap is niet de basiswetenschap voor de psychologie zoals hij denkt, maar andersom! Studie van beleven en gedrag is de koninklijke weg naar het begrijpen van hersenprocessen. Onderzoekers kunnen voorlopig beter hun energie steken in goed conceptueel en gedragsonderzoek dan naar hersenplaatjes te kijken. In de hersenen ligt niet het antwoord op conceptuele vragen. Hoe zou het zijn om een hersenbeeldverbod in te stellen voor de komende twintig jaar? Zolang de neuropsychiater deze methodologische problemen niet ‘ziet’ en blijft geloven in zijn absolute waarheid, zaagt hij in de tak waarop hij zit. Dan kunnen goede bedoelingen van het uit de wereld helpen van psychiatrische stoornissen, in hun tegendeel gaan verkeren.

De duivel, de grote vernietiger, memoreert daarom graag de uitspraak van Jaspers dat ‘in iedere verabsolutering een waarheid ligt besloten die juist door de verabsolutering vernietigd wordt’.

Een nieuwe attitude

Zo kan het niet langer doorgaan. Een ommekeer in deze absolutistische wereld van hersenbeeldreligie zal misschien lijken op een godsdienstige hervorming, net zoals indertijd Mozes het gouden kalf vernietigde dat als zichtbare afgod door de Israëlieten werd geprefereerd boven een onzichtbare God. Wat dat betreft heeft het tweede gebod uit de tien geboden (maak geen godenbeelden) interessante wetenschapstheoretische consequenties. Het wordt tijd om de demon van het zichtbare ‘uit te drijven’. Of treedt er uiteindelijk een implosie van het materialisme op door gebrek aan klinkende wetenschappelijke resultaten?

De laatste tijd komt er steeds meer kritiek. Zo was er nogal wat ophef rond de recente introductie van de DSM-5. In de literatuur wordt al gesproken over dehumanisering van de psychiatrie. En critici van de wetenschappelijke grondslagen van hersenonderzoek gaan zich roeren. Echte verandering gaat helaas langzaam en met stoten.

Wat is nu een goede wetenschappelijke attitude voor de neuropsychiater? Allereerst het besef dat de relatie tussen gedrag en hersenafwijking uitermate complex is. We hebben nota bene uit de mond van de duivel kunnen horen hoe multifactorieel bepaald het ontstaan van de herseninfectie is. Dat *dementia paralytica* tegenwoordig gemakkelijk te voorkomen is door een penicillinebehandeling, maakt de literaire verbeelding van deze ziekte niet tot een anachronisme. Deze roman maakt gevoelig voor het wezenlijke belang in de neuropsychiatrie van complexiteit, dubbelzinnigheid, onzekerheid, persoonlijke zingeving en het humane. Zo zou het inhumain zijn om bij de

behandeling van de demente patiënt alleen te focussen op hersenafwijkingen en niet op de context, de persoonlijkheid en het adaptatievermogen.

Op zoek naar een goede wetenschappelijke attitude moeten we misschien kijken naar de verteller Serenus Zeitblom. Hij is de wat droge gewetensvolle burgerman met veel geest en ziel, die gelukkig getrouwd is met zijn 'gute Helene'. Door zijn grote belesenheid op wetenschappelijk, literair, muzikaal, filosofisch en theologisch gebied onderkent hij de complexiteit van de mens en heeft hij oog voor diens tegenstrijdigheden, eenzijdigheden en zwakke plekken. In tegenstelling tot de duivel kent hij nog verwondering en eerbied voor hetgeen hij onderzoekt. Hij is geen God en wil dat niet worden. Voor verleidingen van de duivel is hij is min of meer immuun. Zoals eerder opgemerkt is Zeitblom door deze eigenschappen de ideale *participant-observer*.

Is de moderne neuropsychiater nu een nieuwe Doctor Faustus? Ja, voor zover het gaat om hoogmoed en gebrek aan ziel. Maar er is ook een groot verschil. De neuropsychiater heeft te weinig Geest. Hij weet niet zoals Adrian Leverkühn van de hoed en de rand. Hij heeft wel een goed verstand maar hij is filosofisch naïef en ongeletterd, waardoor hij geen oog heeft voor de vóóronderstellingen en menselijke fundamenteën van zijn vak. Kenmerkend voor hem is een rigide en simpele rationaliteit met smalle marges, waarbuiten alles irrationeel is. Maar het 'irrationele' slaat nu juist op de onmisbare voorwetenschappelijke, filosofische, culturele en existentiële fundamenteën van de psychiatrie: het onzichtbare.

Aan het eind van zijn verhaal bericht Zeitblom over de plotselinge waanzin waaraan zijn dierbare vriend ten prooi is gevallen. Tijdens een bijeenkomst voor vrienden en kennissen, die was bedoeld als pianovoordracht van delen uit zijn laatste grandioze compositie *Dr. Fausti Weheklag* biecht Leverkühn, in een toenemend verward en waanachtig betoog, zijn pact met de duivel op. In de loop van zijn verhaal verlaten steeds meer ontzette toehoorders het vertrek. Korte tijd later wordt hij voor drie maanden opgenomen in een psychiatrisch gesticht waarna hij in een toestand van 'Geistige Umnachtung' tot aan zijn dood tien jaar later, in het ouderlijk huis door zijn moeder wordt verzorgd.

Het slot van de vertelling van Zeitblom valt samen met het einde van de Tweede Wereldoorlog. Duitsland, dat ook een pact met de duivel had gesloten, ligt in puin en is moreel bankroet. Serenus Zeitblom vraagt zich vertwijfeld af hoe hij in de nabije toekomst de paar hoogste klassen van een humanistisch gymnasium de cultuurgedachten op het hart [kan] binden, waarin eerbied voor de godheden van de diepte met de zedelijke cultus van olympische rede en helderheid tot één vroomheid samensmelt?

Dat is een belangwekkende en moedige vraag, die voortkomt uit een mescherpe analyse van Duitslands grootheid en demonie. En het is een opdracht. Is Zeitblom hier ook niet een rolmodel voor de neuropsychiater wiens taak het zou moeten zijn de grandeur en misère van de psychiatrie on-

bevooroordeeld, met verwondering en eerbied te onderzoeken? De psychiatrie te zien in al haar complexiteit, tegenstellingen, paradoxen, zichtbare en onzichtbare domeinen, veelbelovende en doodlopende wegen. Maar ook hoe duivelse verleidingen het kwaad doen ontstaan uit goede intenties. Alleen iemand met de attitude van Serenus Zeitblom kan begrijpen en waarderen dat de mooiste list van de duivel is te doen geloven dat hij niet bestaat.

Verwijzingen

- Hacker, P.M.S. *Human Nature: The Categorical Framework*, Oxford: Wiley-Blackwell, 2007.
- Lifton, R.J. (1986), *The Nazi Doctors*. New York, Basic Books, 1986.
- Mann, T. *Doktor Faustus*, Frankfurt am Main: Frankfurter Ausgabe, S. Fischer Verlag, 1947. (Vertaald als *Doctor Faustus*, Uitgeverij De Arbeiderspers, Amsterdam)
- Rose, N. *The Politics of Life Itself*, Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2007.
- Rümke, H.C. *Psychiatrie II, de psychosen*. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1960.

Artikel

Als kringen in het water

Over de toename van ADHD en autisme¹

Edo Nieweg

Inleiding

De toename van ADHD en autisme is een beladen onderwerp, dat veel discussie oproept. Misschien denkt u ‘typisch een verschijnsel van deze tijd’, maar dat staat nog te bezien.

Laten we eerst eens een flink eind terug gaan in de tijd. In 1785 schreef de vooraanstaande arts Lambertus Bicker – hij was onder andere stadsarts van Rotterdam – een verhandeling over de sterke toename van de Zenuwziektens, zoals dat toen heette. Die waren volgens Bicker sinds het begin van de 18e eeuw ‘...zoo aanmerkelijk vermeerderd, dat thans ten minsten twee derden van de inwoners der zeven vereenigde gewesten zenuwziek is of zulks, vroeg of laat, geweest is...’, en hij vreesde dat het alleen maar erger zou worden. Het ging om vrijsterziekte, melancholie, hypochondrie en vele andere aandoeningen. Ruim 100 jaar later schreef de vooraanstaande psychiater Jelgersma (1897): ‘Het is een onbetwistbaar feit, dat de ziekten van het zenuwstelsel in de laatste 20 jaar sterk zijn toegenomen.’, en het ging daarbij met name om de nu vrijwel vergeten neurasthenie. En als we nog weer ruim 100 jaar verder gaan, naar onze tijd, dan spreekt de psychiater Kupfer (2010), voorzitter van de DSM-V werkgroep, van ‘onechte epidemieën’ van autisme, ADHD en bipolaire stoornissen, en hij vindt dat DSM-V daar iets aan moet doen.

U voelt wel waar dit naar toe gaat: een toename van psychiatrische aandoeningen lijkt iets van alle tijden, dat is de constante, maar de vorm is verschillend per periode, het gaat steeds om andere aandoeningen. Onze diagnostische categorieën zijn instabiel, veranderlijk. De Duitse psychiater-filosoof Jaspers (1913-1959), een van de grondleggers van de moderne psychiatrie, zei het zo: ‘Er komen in de psychiatrie geregeld ziekten op die, net als kringen in het water, eerst klein en duidelijk zijn en dan steeds groter worden tot ze elkaar opslokken en aan hun eigen grootte ten onder gaan.’ In Nederland hebben onder andere Rümke en Pols gewezen op de invloed van de tijdgeest op de psychiatrie. Rümke (1957) schreef dat ‘... de ontwikkeling der psychiatrie voor het grootste deel wordt bepaald door de heersende ideeën in een bepaald tijdvak.’, Pols (2004) sprak van ‘...een bijkans

¹ licht bewerkte tekst van een voordracht op de studiedag ‘Trends in de GGZ. Het komen en gaan van stoornissen’, Amsterdam, 27 november 2012

verbijsterend aantal diagnoses dat een tijdlang het discours heeft beheerst en thans weer totaal verdwenen is...’

Psychiatrische stoornissen zijn in deze opvatting sterk beïnvloed door de cultuur, door hun tijd en plaats. Maar dat is moeilijk te rijmen met het beeld dat bijvoorbeeld ADHD en autismespectrumstoornissen (ASS) in de natuur gegeven neurobiologische aandoeningen zijn. Dus hoe zit dat nou, wat zijn onze diagnostische categorieën dan eigenlijk, dat die instabiliteit mogelijk is? We zien dus dat een snelle blik op de geschiedenis ons direct bij een kernprobleem van de psychiatrie brengt, namelijk bij de vraag wat psychiatrische stoornissen zijn. Dit kernprobleem zorgt voor veel verwarring, controversen, cirkelredeneringen enz., en daar zullen we dus eerst bij stilstaan. Ook dit is overigens een oud probleem, Bicker schreef in 1785 over de Zenuwziektens: ‘...en daar zijn ook geene ziekten, over wier aart, oorzaken en toevallen [kenmerken] men zo verschillend denkt.’

Natuurlijke en kunstmatige soort

Om misverstand te voorkomen: wat ik ga zeggen over psychiatrische stoornissen komt niet voort uit het idee dat de psychiatrie er op nosologisch gebied niks van bakt. Het punt is niet dat de psychiatrie er niks van bakt of nog zo'n jong vak is, zoals vaak wordt gedacht, maar dat het terrein van de psychiatrie, het grensgebied van lichaam en geest, het bio-psycho-sociale, zo complex is. Daar hoeven we ons niet voor te schamen, maar we moeten de problemen ook niet verdoezelen.

De vraag is dus wat psychiatrische stoornissen zijn, zodat ze dat kring-in-het-water gedrag kunnen vertonen. Om wat structuur in het denken hierover aan te brengen bespreek ik de begrippen natuurlijke soort en kunstmatige soort, die de uiteinden vormen van een continuüm (Nieweg 2005). Het schoolvoorbeeld van natuurlijke soorten zijn scheikundige elementen zoals goud, ijzer enz. Bij zulke natuurlijke soorten is er een onderliggende causale structuur, de essentie, die belangrijke eigenschappen van de soort bepaalt. Bij de scheikundige elementen is die essentie het atoomnummer. De essentie zorgt voor homogeniteit en voor afgrenzing van de soort. Hebben we een klompje dat niet op goud lijkt, maar wel atoomnummer 79 heeft, dan is het toch goud, en lijkt het goud maar heeft het niet atoomnummer 79, dan is het geen goud. Een classificatie van natuurlijke soorten is in de natuur gegeven, mensonafhankelijk, waardevrij, stabiel, universeel. Als er ooit aliens komen die deze wereld gaan onderzoeken, dan zou je verwachten dat zij dezelfde ordening in natuurlijke soorten zullen vinden.

Aan het andere eind van het continuüm staan kunstmatige soorten, en als voorbeeld neem ik talen en dialecten. Zo werken taalwetenschappers al meer dan een eeuw aan een indeling van dialecten van het Nederlands, maar de

ene keer onderscheiden ze 6 dialecten, dan 28 en dan weer 8. Blijkbaar kun je ze op heel veel manieren classificeren, afhankelijk van je criteria. Hier is geen onderliggende essentie die houvast geeft, de grenzen liggen niet vast in de wereld. Een ordening van kunstmatige soorten is afhankelijk van hoe wij er naar kijken, van onze waarden, behoeften, theorieën en afspraken, en is dus veranderlijk, instabiel. Die aliens komen misschien weer tot een heel andere classificatie van talen en dialecten dan wij.

Nu is het model van de waarde vrije, tijdloze, universele natuurlijke soorten voor veel wetenschappen het ideaal, maar het wordt meestal niet gehaald; veel wetenschappelijke classificaties zitten ergens tussen de natuurlijke soorten en de kunstmatige soorten in. In de geneeskunde komen onder andere infectieziekten in de buurt van natuurlijke soorten, met micro-organismen als essentie, maar de vraag voor ons is natuurlijk waar de DSM-categorieën staan op dat continuüm. Ik bespreek dit aan de hand van de drie criteria die zojuist aan de orde kwamen.

DSM-categorieën: kunstmatige soorten

Ten eerste kennen we van verreweg de meeste DSM-categorieën geen essentie, iets onderliggends dat bepaalt wat de echte schizofrenie of sociale fobie is. Dat is niet omdat we nog niets gevonden hebben en nog wat moeten door-researchen, nee we hebben volgens de Amerikaanse psychiater Kendler (2012) juist teveel gevonden, we weten dat psychiatrische stoornissen heterogeen zijn, multifactorieel op alle niveaus, het gaat om netwerken van causale factoren die elkaar onderling beïnvloeden. Dat biedt dus geen houvast voor een ordening zoals we die kennen bij bof, mazelen enz. Het tweede punt is dat de afgrenzing in de psychiatrie problematisch is. Omdat een essentie ontbreekt, moeten we de afgrenzing baseren op de oppervlakte, op de symptomen, en die zijn meestal specifiek en dimensioneel. Waar houdt de ene categorie op en begint de andere of de normaliteit? Het derde punt is het belang van waarden in de psychiatrie. In principe zijn ook somatische diagnoses waarde geladen begrippen, maar omdat we daar vaak hetzelfde over denken, speelt die waarde geladenheid in de praktijk geen rol. Bof en mazelen vinden we allemaal een ziekte, dat levert geen problemen op. Maar als het over gedrag en beleven gaat, denken mensen veel meer verschillend, er is waardendiversiteit (Nieweg 2008, 2011). Een sombere stemming, een kort lontje of een eenzijdige belangstelling beoordelen we verschillend, afhankelijk van onze waarden en van de context. Psychiatrische categorieën zijn dus sterker waarde geladen dan somatische. Daarom is er ook wel transculturele psychiatrie, maar geen transculturele neurologie.

Kortom, onze DSM-categorieën hebben meer overeenkomst met kunstmatige soorten dan met natuurlijke. Er is niet zoiets als 'de ware' schizofrenie of ASS, waar elke volgende DSM weer een beetje dichterbij

komt, tot de laatste DSM ze echt helemaal blootgelegd heeft. Wat schizofrenie is, hangt af van de opvattingen en de afspraken van dat moment, het is een moving target. Daarmee zeg ik niet dat de biologie geen rol speelt bij hallucinaties of wanen, maar de biologie kan ons niet vertellen of we daarbij met een stoornis van doen hebben en hoe we die moeten definiëren. Dat kunnen we alleen maar zelf, en dat maakt dat psychiatrische stoornissen gevoelig zijn voor de heersende ideeën. In feite is dit overigens geen eenrichtingsverkeer, maar een wisselwerking. De Canadese filosoof Hacking (1999) spreekt van *looping effects*, er zijn – in de menswetenschappen – allerlei onderlinge invloeden van classificatie, geïnclassificeerden, classificatoren en andere groeperingen in de maatschappij. Dat is omdat het subject van de menswetenschappen, de persoon, reageert op wat er over hem of haar gezegd wordt. Ik kom daar nog op terug.

Reïficatie

Het terrein van de psychiatrie is dus niet door de natuur klaargelegd in keurige ziektepakketjes. Maar daar hebben we het wel moeilijk mee. We zouden graag de zekerheid, het houvast en ook de status willen, die hardere disciplines hebben. En dat versterkt de neiging, die denk ik toch al in ons cognitieve apparaat zit ingebakken, om de DSM-categorieën als natuurlijke soorten te zien, om wat menselijke constructies zijn, voor te stellen als zelfstandige, concrete dingen. Dit heet wel reïficatie (Nieweg 2005).

Bij reïficatie, de stolling van talige categorieën tot neurobiologische entiteiten, gebeurt heel veel tegelijk: het probleem wordt in het individu geplaatst, de waarden verdwijnen uit beeld, beschrijvingen krijgen de status van verklaringen, conceptuele kwesties worden aangezien voor empirische, er ontstaan cirkelredeneringen. Een voorbeeld: als de onderzoekers Moffitt en Melchior (2007) stellen ‘The question is whether DSM-IV overidentifies ADHD or ICD-10 underidentifies ADHD. The answer matters.’, dan lijken zij ervan uit te gaan dat er een ‘ware ADHD’ is, en de vraag is welke beschrijving, die van DSM-IV of die van ICD-10, deze ware ADHD identificeert. Dat ADHD is wat we ADHD noemen, en dat verschillende mensen (of standaardisatieorganisaties) verschillende opvattingen kunnen hebben wat we ADHD moeten noemen, lijkt niet bij de auteurs op te komen. Het antwoord op hun vraag zal dan ook wel nooit komen.

Uitspraken als ‘mensen die ADHD hebben, vertonen hyperactief gedrag met stoornissen in aandacht, concentratie en impulsiviteit’, ‘ADHD uit zich in drie soorten gedrag’, ‘ADHD is gekarakteriseerd door symptomen van afleidbaarheid en hyperactiviteit/impulsiviteit’, ‘...dat er een verklaring is voor de jarenlange klachten geeft vaak al opluchting’, ‘ADHD treft wereldwijd 8-12% van de kinderen’, die bijna standaard zijn in de literatuur en de praktijk, duiden alle op reïficatie, op een misplaatste verzelfstandiging

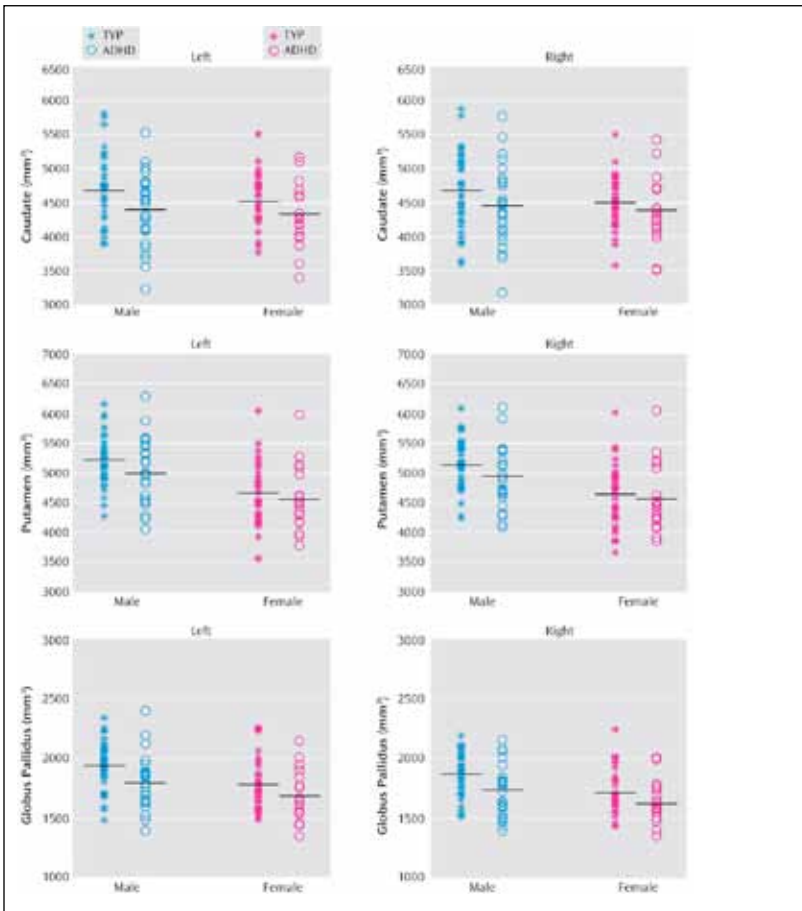
van een afgesproken begrip tot een in de natuur gegeven entiteit. Het is realistischer om te zeggen 'bij mensen die afleidbaar en hyperactief/impulsief gedrag vertonen spreken we van ADHD', dan te zeggen 'mensen die ADHD hebben, vertonen afleidbaar en hyperactief/impulsief gedrag'. ADHD verklaart ook geen gedrag, het is een naam voor gedrag, net zoals alcoholisme niet verklaart dat iemand teveel drinkt, rijkdom niet verklaart dat iemand veel geld op de bank heeft, enz.

De concepten ADHD en ASS

Ik hoop dat ik u hiermee heb laten zien dat de tijdgevoeligheid van psychiatrische stoornissen, het onderwerp van vandaag, inherent is aan de psychiatrie, het is niet een teken van onrijpheid van het vak. Dit geldt ook voor ADHD en ASS. Ook dat zijn, een aantal ernstige gevallen daargelaten, geen harde neurobiologische aandoeningen, die de patiënt nu eenmaal heeft of niet, maar veranderlijke concepten, waar de psychiatrie al mee worstelt zolang ze bestaan. Om dat te laten zien, ga ik de drie eerder genoemde punten kort bij langs.

Ten eerste de essentie. Er is bij ADHD en ASS op geen enkel niveau een onderliggende essentie, iets dat eenheid schept in het concept en dat diagnostisch houvast biedt. Integendeel, het is steeds duidelijker geworden dat dit heterogene constructen zijn, en er is dan ook discussie of we ze elk apart wel als één aandoening moeten blijven beschouwen. 'It's a dull month that goes by without a new cause for autism', zei de autisme-expert Rutter eens, en 30 jaar voor hem hadden andere experts al hetzelfde gezegd. [De voorzitter van de studiedag noemde één die net die dag in De Volkskrant stond, luchtvervuiling] 'Evidence has demonstrated that a unifying brain dysfunction does not exist.', zegt Waterhouse (2013) over autisme, 'There are almost as many causes as there are cases.', zeggen Fernell, Eriksson en Gillberg (2013). Over ADHD schreef de psycholoog De Zeeuw (2011) in zijn proefschrift: 'In sum, finding a unitary, unifying etiology of ADHD is highly unlikely.' Er is niets dat alle mensen met ADHD of ASS hebben, en niets dat alleen mensen met ADHD of ASS hebben.

Die heterogeniteit, dat uiteenvallen op alle niveaus, wordt vaak onvoldoende onderkend, waarschijnlijk omdat het ingaat tegen het aantrekkelijke idee van de ziekte-eenheid. Experts schrijven bijvoorbeeld 'kinderen met ADHD hebben kleinere hersenen of hersenstructuren', waardoor het lijkt alsof dat een gemeenschappelijk kenmerk is bij ADHD. Maar is dat ook zo? De meest robuuste structurele hersenafwijkingen die gevonden zijn bij ADHD, zijn volgens een recente meta-analyse (Nakao e.a. 2011) kleinere basale ganglia. In een grafiek (Qiu e.a. 2009) van die basale ganglia ziet u aldoor op het linker verticale balkje de volumes van controle-kinderen, en op het verticale balkje rechts daarvan de volumes van ADHD-kinderen, elk rondje



Figuur 1

staat voor een kind (zie figuur 1). Aan die kleine zwarte dwarsbalkjes ziet u dat weliswaar het gemiddelde volume in de ADHD groepen iets kleiner is, maar de volumes van de meeste individuele ADHD-kinderen liggen in het normale gebied. Kortom, de meeste kinderen met ADHD hebben geen kleine basale ganglia en de meeste kinderen met kleine basale ganglia hebben geen ADHD. Eigenlijk is het daarom ook vreemd om bij zo iets te spreken van pathologie, van afwijkingen in de hersenen; de meeste kinderen met die 'afwijkingen' hebben geen problemen.

Bijgevolg, en dat is het tweede punt, moeten we het ook bij ADHD en ASS voor de afgrenzing hebben van de symptomen, en die zijn dimensioneel en specifiek. Over autisme schrijft Rutter (2006): '...we have not yet got really satisfactory ways of differentiating social difficulties of an autistic type from, say, the social difficulties associated with schizophrenia or antisocial behavior or social anxiety.' Die afgrenzingsproblemen zijn er ook altijd geweest. Veertig jaar geleden schreef de Utrechtse hoogleraar kinderpsychiatrie Kamp

(1973): ‘Rekenen wij zeer lichte, maar toch eigenlijk wel duidelijke gevallen nog tot het autisme of dreigt hier al een olievlekkachtige uitbreiding van een enigszins modieuze term?’ Kanner, die in 1943 het begrip autisme in de Engelstalige kinderpsychiatrie introduceerde, schreef eens een artikel met de titel ‘The children haven’t read those books’ – de kinderen hebben onze classificatieboeken niet gelezen en houden zich dan ook niet aan de door ons gemaakte indelingen.

Derde punt is de rol van waarden. De gedragingen die we benoemen als ADHD en ASS kunnen heel verschillend worden gewaardeerd. Je hebt bijvoorbeeld de Aspies for Freedom, die ijveren voor erkenning van Asperger als een variant, geen stoornis, en er blijken culturele invloeden te zijn op het oordeel over druk gedrag. Sommige onderzoekers zien ADHD-gedrag en ASS-gedrag vanuit evolutionair perspectief als gedragsvarianten die ooit overlevingswaarde hebben gehad, maar niet meer matchen met de huidige leefomgeving (Nieweg 2011).

Kortom, ook ADHD en ASS hebben geen natuurlijke soort-karakter, het zijn veranderlijke, instabiele concepten. Er zijn voortdurend definitieproblemen (Taylor 2009, Boucher 2011), wat hoort erbij en wat niet, is Asperger iets anders dan High Functioning Autism (Ozonoff 2012, Tsai 2012), is ADD iets anders dan ADHD (Taylor 2011), enz. Een aantal van die veranderingen zien we inmiddels in DSM-V. Maar om misverstand te voorkomen: als de bestaande ordening van problemen in DSM-categorieën verdwijnt, verdwijnen de problemen zelf nog niet. Een mooie uitspraak uit de jaren 1970 is: ‘Ook al weten we niet of het MBD-kind bestaat, het heeft wel dringend onze zorg nodig.’ (Dinnage, 1970). Voor MBD kun je van alles invullen; in het boek van Waterhouse (2013) over autisme is de titel van het laatste hoofdstuk ‘Autism symptoms exist but the disorder remains elusive.’ Wellicht zal de psychiatrie in de toekomst steeds minder uitgaan van de bestaande diagnostische categorieën, en steeds meer van symptomen of problemen. Het Research Domain Criteria project van het Amerikaanse National Institute of Mental Health lijkt een stap in die richting.

Enkele cijfers

Tot nu toe heb ik stilgestaan bij de conceptuele kwesties die de toename van ADHD en ASS mogelijk maken. Nu kunnen we ons verdiepen in die recente toename zelf. Eerst wat cijfers.

Autisme was vroeger een zeldzame aandoening, lange tijd ging men ervan uit dat ongeveer 1: 2500-5000 mensen autistisch is. In de VS was dat in 2006 opgelopen tot 1: 110 kinderen, en twee jaar daarna al tot 1: 88 (CDC 2009 en 2012). In Zuid-Korea kwam men recent zelfs uit op 1 op de 38 kinderen. Voor ADHD worden sterk uiteenlopende cijfers genoemd. Volgens een rapport van de GezondheidsRaad (2000) varieert de prevalentie van 0,5

tot 24%. In 2007 had volgens het Amerikaanse Center for Disease Control (CDC 2010) 9,5% van de kinderen van 4-17 jaar ooit de diagnose ADHD gekregen, inmiddels is dat volgens de meest recente gegevens van het CDC (gerapporteerd in de New York Times 31 maart 2013) 11%. De piek ligt in Amerika in de puberteit. Volgens de nieuwe gegevens heeft 19% van de jongens van 14-17 jaar de diagnose ADHD gekregen en 10% van de meisjes. Ongeveer 1: 10 high-school jongens gebruikt momenteel ADHD-medicatie. In een aantal zuidelijke staten heeft zelfs 23% van de schooljongens de diagnose gekregen. De in Nederland genoemde getallen liggen een stuk lager.

De verbreding van ADHD en ASS in de klinische praktijk

Dan de praktijk. Er is veel te zeggen over de achterliggende redenen waarom ADHD en ASS zo toenemen, aan welke behoeften dat tegemoetkomt, welke maatschappelijke en economische ontwikkelingen daarbij spelen, maar als kinderpsychiater wil ik hier vooral iets over de praktijk zeggen. Ik maak daarbij, een beetje kunstmatig, onderscheid tussen de informatie die we krijgen van de patiënt, de interpretatie daarvan en de toepassing van de diagnostische criteria.

Informatie

Welke informatie we krijgen hangt mede af van waar we als klinici naar kijken en vragen, waar we voor open staan, en is dus gekleurd door onze bril. We zien wat we verwachten te zien. Dat kan leiden tot tunnelvisie, wat we ook kennen uit de rechtspraak. Rooijmans deed hier zijn promotieonderzoek naar en concludeerde dat de psychiater de neiging heeft toe te werken naar de verwachte diagnose: ‘...de diagnosticus neigt ertoe later binnenkomende gegevens te interpreteren, resp. te selecteren, vanuit zijn al tot stand gekomen mening. [...] Het valt met wat goede wil vaak niet moeilijk in de uitkomsten van anamnese en onderzoek de eigen mening bevestigd te vinden.’

(Rooymans 1973). Het ligt voor de hand dat alle aandacht voor ADHD en ASS een zichzelf bevestigende of versterkende werking zal hebben. Ook de praktische organisatie van de gezondheidszorg is hierbij van belang, zo is het goed voor te stellen dat het bestaan van ADHD-poli's en autisme-centra een aanzuigende werking op deze diagnoses heeft.

Maar niet alleen de bril van de clinicus, ook de beleving van de patiënt zelf, en dus zijn presentatie van de klachten, is al gekleurd door wat hij weet over psychiatrische stoornissen. Zo hoorde ik tot een paar jaar geleden bij kinderen nooit over het symptoom ‘druk in het hoofd’, nu hoor ik het dagelijks. Ik vermoed dat deze klacht-beleving en -formulering is begonnen in de wereld van de volwassenen ADHD, en vervolgens is doorgesijpeld naar de kinderen. Onze diagnostische categorieën vangen niet alleen de realiteit, ze vormen die ook (Mol & van Lieshout 1989, Hacking 1999). Het gaat hier over de eerder genoemde looping mechanismen.

De informatie die de patiënt geeft kan ook beïnvloed zijn door de behoefte aan een diagnose of bijvoorbeeld aan ADHD-medicatie, die als prestatieverbeteraar kan worden gebruikt. Veel klinici ervaren dan ook druk om een diagnose te stellen (Kupfer 2010). Ter illustratie een paar opmerkingen uit een recent krantenartikel over autisme: “Toen ze [moeder van autistische jongen] de diagnose te horen kreeg, was dat confronterend, maar vooral een opluchting. “Ik zou zwaar ontgoocheld geweest zijn, mocht er niets uit al die tests zijn gekomen. Dan was hij gewoon een lastig kind en wij slechte ouders. Maar nu klopte het plaatje, eindelijk erkenning.” Het is iets wat ook Wilfried Peeters [een Vlaamse autisme-expert] wel vaker ziet, zo’n reactie op de diagnose: “De grootste groep reageert opgelucht. Door die diagnose krijgen ze een verklaring voor problemen waar ze vaak al langer mee rondliepen.”’ (De Standaard, 6 augustus 2012). Een diagnose betekent hier dus ‘opluchting, erkenning, verklaring’, geen diagnose betekent ‘zwaar ontgoocheld, lastig kind, slechte ouders’. Dat zet uiteraard de diagnostiek onder druk.

Interpretatie

In de praktijk zie je dat allerlei aspecifieke klachten en verschijnselen gemakkelijk als ASS- en ADHD-symptomen geïnterpreteerd worden. Dat komt doordat ze in uitgebreide lijsten staan van bijvoorbeeld autisme-kenmerken, en doordat we, als gevolg van de dominantie van het DSM-systeem, autisme niet meer zien als een Gestalt of prototype, maar zijn gaan opvatten als een rijtje losse kenmerken. Daardoor worden items uit die lijsten van wat allemaal bij autisme voorkomt, maar die op zich heel weinig zeggen over de diagnose autisme, gemakkelijk los van de context als autisme-kenmerken opgevat. Je leest dan bijvoorbeeld over een kind dat adequaat contact maakt ‘er zijn PDD-NOS kenmerken, zoals angsten en woedeuitbarstingen’. Even ter verduidelijking: moeheid staat weliswaar in alle lijstjes met depressiesymptomen, maar je kunt het niet omdraaien en elke moeheid een depressiesymptoom noemen, dat wordt het immers pas in de context van andere depressiekenmerken. Nog enkele voorbeelden van verschijnselen die vaak automatisch worden opgevat als autisme-symptomen, maar dat niet hoeven te zijn: grapjes niet goed begrijpen, vroegwijs praten, moeite met veranderingen, sterke gevoeligheid voor zintuiglijke prikkels, eenzijdige belangstellingen, fladderen, tenen lopen enz. De kinderpsychiater-epidemioloog Verhulst (2010) zei dan ook onlangs: ‘Er is dus bijzonder veel ruimte voor subjectieve beoordeling. ... Zelfs al verrichten ervaren professionals de diagnostiek, dan nog zullen er grote verschillen blijven tussen hun beoordelingen of er al dan niet sprake is van een ASS’.

Diagnostische criteria

De DSM-criteria voor ASS en ADHD zijn rekbaar, men spreekt wel van criterion creep. Zo stelt DSM-IV dat het bij PDD-NOS moet gaan om '...a severe and pervasive impairment in the development of reciprocal social interaction', maar in de praktijk wordt PDD-NOS ook vastgesteld bij kinderen die geen of lichte problemen op dat vlak hebben. En neem de beoordeling of voldaan wordt aan de criteria voor ADHD. In alle ADHD symptoom-criteria staat dat het gedrag 'vaak' moet voorkomen, bijvoorbeeld het kind is vaak vergeetachtig of praat vaak voor zijn beurt, maar wat is 'vaak'? Bovendien moet dat symptoom voorkomen op een wijze die niet past bij de leeftijd, en ook dat laat ruimte voor subjectiviteit. Zo concluderen grote recente studies dat vroege leerlingen in de klas vaak twee keer zoveel kans maken op de diagnose en behandeling voor ADHD als late leerlingen (Krabbe e.a. 2013). Ook moet er 'impairment' zijn, dat wil zeggen je mag alleen ADHD vaststellen als de symptomen samengaan met beperkingen in het functioneren, en dat is een tamelijk subjectieve en contextafhankelijke zaak. Als bijvoorbeeld een kind qua intelligentie VWO zou kunnen doen, maar door zijn concentratieproblemen zit het een niveau lager, is er dan impairment in de zin van de DSM? De deskundigen komen hier niet uit, omdat dit een waardenkwestie is. Overigens wordt het impairment-criterium in de praktijk nogal eens vergeten, dan functioneert een kind goed ondanks zijn onrust of afleidbaarheid, maar wordt toch ADHD vastgesteld. Dat wordt ook in de hand gewerkt doordat de meeste ADHD-scorelijsten alleen naar symptomen vragen, niet naar impairments. 'Alles wat je in de psychiatrie wil zien, kun je ook zien', zegt de Maastrichtse psychiater Van Os (2010), en anderen zeiden het vóór hem. Wie bijvoorbeeld door een autisme-bril kijkt, ziet overal autisme. De DSM conditioneert ons denken. De diagnostiek van ADHD en ASS is geen neutraal proces, waarbij de stoornissen als objectieve feitelijkheden aan de patiënt worden vastgesteld, zoals hun lengte of gewicht.

Overdiagnose

Wat moeten we nu denken van die toename van ASS en ADHD? Is er overdiagnostiek, onderdiagnostiek of is het zo goed? Wat ADHD betreft is er volgens sommige experts (Pereira, Kooij & Buitelaar 2011) in Europa en in Nederland nog steeds onderdiagnostiek en onderbehandeling, volgens anderen zijn er aanwijzingen voor overdiagnostiek (Batstra 2012, Bruchmüller e.a. 2012). Er is in elk geval druk in de richting van meer diagnoses en meer behandeling, en als we de recente Amerikaanse cijfers voor ADHD zien, dan ligt het mijns inziens voor de hand te pleiten voor terughoudendheid.

Wat ASS betreft is er in de Nederlandse kinderpsychiatrie de laatste tien jaar geregeld kritiek geweest op overdiagnostiek van PDD-NOS. Zo zei Van der Gaag dat er gebieden zijn in Nederland ‘... waar bijna iedereen PDD-NOS heeft.’ (Van der Gaag 2003) en dat ‘... PDD-NOS maar al te vaak een verlegenheidsdiagnose is die onvoldoende gefundeerd wordt gesteld.’ (Van der Gaag 2006). Ook andere deskundigen hebben zich in die zin uitgelaten, maar veel effect lijken die opmerkingen niet te hebben. Overigens is overdiagnostiek van PDD-NOS een typisch Nederlands verschijnsel, elders is er meer kritiek op een te ruim gebruik van de diagnose Asperger. PDD-NOS in Nederland is mijns inziens een goed voorbeeld van zo’n ‘kring in het water’ waar Jaspers over schreef, een diagnose die allerlei andere heeft opgeslokt, daardoor weinig meer betekent en uiteindelijk weer verdwijnt (in DSM-V).

Het moeilijke bij de beoordeling van over- of onderdiagnostiek is dat we geen essentie, geen gouden standaard voor deze diagnoses hebben. Er is geen ‘ware’ ADHD of ASS. Je zou misschien kunnen zeggen dat de DSM-criteria zelf de gouden standaard vormen, maar die zijn rekbaar, zoals we zagen. Hang je een brede visie op ADHD of ASS aan, dan zal je allicht vinden dat er onderdiagnose is, en andersom.

Eén van de bezwaren tegen het sterk verbreden van ASS en ADHD is dat die diagnoses meestal uitgelegd en opgevat worden als levenslange aandoeningen op basis van een defect in de hersenen. Dat mag gerechtvaardigd zijn bij echt ernstige gevallen, de grote groep kinderen met lichtere problemen en hun ouders zouden we niet met die boodschap moeten belasten. Naarmate de term ASS voor lichtere gevallen wordt gebruikt, komt er meer onderzoek dat laat zien dat een substantieel deel van de kinderen de diagnose later ook weer kwijtraakt (bijvoorbeeld Close e.a. 2012, Fein e.a. 2013). Wat ADHD betreft lijkt dit meer algemeen bekend te zijn.

Slot

Het komen en gaan van psychiatrische stoornissen laat het vermogen zien van bepaalde diagnoses in een bepaalde tijd om te dienen als een soort vangnet of buffer, waarin allerlei klachten, problemen, stress en onvermogen opgevangen en gekanaliseerd kunnen worden, zodat men zich daarmee herkend en erkend voelt. Diagnosen worden vaak beleefd als erkenning, als verklaring, als boodschap dat het niet je schuld is, en ze legitimeren de ziekterol. Zo hoorde ik onlangs een collega vertellen over een vriendin die altijd en overal te laat komt, wat in de omgeving ergernis oproept. Die vriendin heeft nu de diagnose ADHD en de omgeving reageert minder geërgerd, want ‘ze is nu eenmaal zo, ze kan het niet helpen’.

Moeten we dus denken: ‘als mensen behoefte hebben een diagnose, waarom daar dan moeilijk over doen?’ Mijn inziens is dat te makkelijk: de psychiatrie, als onderdeel van de reguliere gezondheidszorg, moet ook stil staan bij hoe wetenschappelijk onderbouwd de genoemde (ideeën over) diagnoses zijn,

welke nadelen diagnoses kunnen hebben en welke alternatieven er zijn. En hebben mensen die niet aan de criteria voor een stoornis voldoen soms minder recht op begrip, is het dan wel je eigen schuld?

ADHD en ASS zijn belangrijke maatschappelijke realiteiten, maar niet omdat het onvermijdelijke natuurverschijnselen (natuurlijke soorten) zijn, maar omdat wij ze belangrijk gemaakt hebben. Al lijkt in de voorhoede van de wetenschappelijke psychiatrie het focus langzaam te verschuiven van stoornissen naar symptomen, categorieën zoals ADHD en ASS zijn zo ingebed geraakt dat ze nog lange tijd het discours zullen beheersen.

Literatuurlijst op te vragen bij de auteur: e.nieweg@lentis.nl

Artikel

De Filosofische Bijsluiter

Joost Kraaijenbrink en Timo Kuipers

Het vaststellen van psychische stoornissen is ook voor een professional een lastige en complexe taak. Verschijnselen die op een stoornis wijzen kunnen verkeerd geïnterpreteerd worden, waardoor bijvoorbeeld ‘gewone’ terneergeslagenheid aangezien kan worden voor een klinische depressie of andersom. De vraag wat abnormaal gedrag is berust deels op subjectieve oordelen: sommige personen zijn van nature in zichzelf gekeerd. Wijst hun sociale terughoudendheid nu op autisme, of is dergelijk gedrag normaal onderdeel van hun persoonlijkheid, of een reactie op omstandigheden? Waar ligt de grens? Met andere woorden: de classificatie van psychische stoornissen is niet exact of zelfs maar eenvoudig te noemen. Desalniettemin is het wenselijk om zowel op individueel als algemeen niveau zo duidelijk mogelijk onderscheid te kunnen maken tussen verschillende vormen van gestoord en normaal gedrag. Dit kan belangrijk zijn voor behandeling van of wetenschappelijk onderzoek naar stoornissen, maar ook voor het welzijn en de veiligheid van zowel patiënten zelf als hun omgeving. Juist omdat psychische stoornissen zo moeilijk objectief te beoordelen zijn is het belangrijk om een gestandaardiseerd, breed toepasbaar criterium of maatstaf te hebben die gebruikt kan worden door verschillende disciplines en vakgebieden en in verschillende culturele settings. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, of DSM (huidige versie DSM-IV-TR), is een door de American Psychiatric Association opgesteld handboek dat werkt als een sociaal algoritme. Dat wil zeggen, het is een systeem (of probeert dat te zijn) waar aan de ene kant gegevens over personen of patiënten wordt ingestopt, waarna er aan de andere kant een classificatie ‘uitrolt’.

Een algoritme voor het vaststellen van psychische stoornissen impliceert echter wel een verantwoordelijkheid aan de kant van de diagnosticus: diagnoses van stoornissen hebben een grote impact op degenen die eraan worden onderworpen, maar ook op hun omgeving. Een diagnose kan meer zekerheid geven, of verklaringen voor bestaand gedrag of bestaande gevoelens en daarmee de patiënt helpen deze te accepteren of ermee om te gaan, maar kan ook zorgen voor verwarring en allerlei sociale implicaties met zich meebrengen. Iemand kan zo bijvoorbeeld ‘verdwijnen achter zijn diagnose’, waardoor zijn omgeving alleen nog maar de stoornis ziet, en niet de persoon (Rowe, 2010), een fenomeen dat men ook wel stigmatisering of ‘labeling’ noemt. Maar ook letterlijke verdwijning is mogelijk, zoals wanneer de inschatting gemaakt wordt dat de patiënt een gevaar is voor zichzelf en/of anderen en opgesloten moet worden. Het is ook denkbaar dat diagnostici willens en wetens onzorgvuldig met diagnoses omgaan, bijvoorbeeld omdat hun belangen verstrengeld zijn met die van de farmaceutische industrie (Cosgrove et al., 2006).

Het opstellen van een classificatiesysteem voor psychische stoornissen behelst dus de lastige taak om aan de ene kant op een duidelijke manier stoornissen in kaart te brengen, maar aan de andere kant rekening te houden met het feit dat het om mensen gaat, en niet alleen hun stoornissen, en dat, net als de mensen die eronder lijden, elke stoornis in principe (en in meer of mindere mate) uniek is waardoor categorisering misschien tekort doet aan deze uniciteit. Ieder mens reageert bijvoorbeeld anders op traumatische gebeurtenissen, en de grens tussen gezond en ongezond is lang niet altijd duidelijk. En veranderingen in opvattingen over wat gezondheid eigenlijk is kunnen van grote invloed zijn (Huber, in Evenblij, 2012).

Aan de ene kant is het dus zo dat psychische stoornissen (of juist gezonde psychische toestanden) lastig in te schatten en af te bakenen zijn, terwijl er aan de andere kant veel van de manier van inschatting en afbakening af kan hangen, zowel voor patiënten als hun omgeving. Om deze redenen is met een kritische blik gekeken naar de categorisatie in de DSM. Vervolgens werd onderzocht hoe de termen in de DSM een eigen leven kunnen gaan leiden buiten de psychiatrische praktijk en hoe vanuit de zorgethiek de DSM beoordeeld kan worden. Dit onderzoek leidde tot een product dat op filosofische wijze probeert te interveniëren in de psychiatrische praktijk: de Filosofische Bijsluiter. Dit onderzoek en de ontwikkeling van de Filosofische Bijsluiter zelf, kwamen tot stand door de inzet van studenten Wijsbegeerte aan de Rijksuniversiteit Groningen J. Kraaijenbrink en T. Kuipers.

Het categorisatiesysteem in de DSM

Voordat commentaar geleverd kan worden op het categorisatiesysteem van de DSM is het belangrijk om uiteen te zetten hoe dit systeem werkt. Voor een volledige en gedetailleerde uiteenzetting is hier geen ruimte, maar een samenvatting van hoe de DSM in grote lijnen gebruikt dient te worden (volgens de DSM zelf) is geen overbodige luxe.

De belangrijkste eigenschap van het diagnostisch systeem in de DSM-IV is de lijst met stoornissen. Deze stoornissen zijn ingedeeld in hoofdcategorieën, waarvan de individuele stoornissen als het ware subcategorieën vormen.

Sommige hoofdcategorieën bevatten nog enkele lagen van subcategorisering; bij substantie-gerelateerde stoornissen staan de verschillende substanties (zoals alcohol, cannabis of cocaïne) waaraan stoornissen gerelateerd kunnen zijn als subcategorieën, waaronder dan weer de individuele stoornissen bij hun respectievelijke substantie (c.q. subcategorie) staan.

Bij de individuele stoornissen zelf wordt een fenomenologisch plaatje geschetst met een beschrijving van de diagnostische kenmerken, het typische verloop, specifieke culturele of geslachtelijke kenmerken, etc. Naast deze beschrijving van de stoornissen wordt er ook een lijst met diagnostische criteria gegeven, een bepaald aantal waarvan aan voldaan moet worden om de classificatie toe te kunnen passen. In het geval van bijvoorbeeld acute stress disorder moet er sprake zijn van gevoelens van intense angst, hulpeloosheid of

verschrikking na een traumatische gebeurtenis waarbij dreigende of daadwerkelijke verwondingen of sterfgevallen of anderzijds bedreigingen van de fysieke integriteit van de persoon zelf of een ander aan de orde was. Bovendien moeten er een bepaald aantal symptomen na of tijdens de gebeurtenis aanwezig zijn, en moet dit minstens 2 dagen en maximaal 4 weken na deze gebeurtenis aanhouden (DSM-IV, p. 431-432). In combinatie met de andere criteria (het op bepaalde manieren herleven van de gebeurtenis, het vermijden van prikkels die doen denken aan de gebeurtenis, etc.) wordt zo als het ware een checklist gevormd aan de hand waarvan de psychiater of psycholoog iemand in de klasse van acute stress disorder kan indelen.

Omdat psychische stoornissen zo divers zijn, is het onmogelijk om alle situaties te benoemen en correct te classificeren. Daarom hebben alle diagnostische klassen een NOS-categorie (DSM-IV, p. 4). NOS staat voor Not Otherwise Specified en wordt gebruikt wanneer er wel duidelijk sprake is van een psychische stoornis, maar het anderzijds niet mogelijk is om de patiënt in een specifieke klasse in te delen. Dat kan bijvoorbeeld zijn omdat de patiënt niet genoeg symptomen vertoont om gediagnosticeerd te kunnen worden, of omdat er onduidelijkheden zijn over de stoornis van de patiënt, zoals wanneer de vertoonde symptomen niet in de DSM voorkomen. Ten slotte kunnen classificaties genuanceerd worden door middel van specificaties over de ernst en het verloop van de stoornis. De diagnosticus kan bij zijn diagnose aangeven of de stoornis een milde, gematigde of hevige vorm aanneemt. Daarnaast kunnen stoornissen in gedeeltelijke of volledige remissie zijn wanneer de symptomen respectievelijk gedeeltelijk of volledig verdwenen zijn. Ten slotte kan aangegeven worden dat er in het verleden sprake is geweest van een stoornis die nu volledig verdwenen is (prior history) (DSM-IV, p. 2). Bovenstaande informatie wordt in het daadwerkelijke proces van classificatie ondergebracht in vijf verschillende assen. Het totaal van deze assen geeft een beeld van de mentale en sociale toestand van de patiënt. De invulling van de assen is als volgt:

- As I: hieronder vallen alle klinisch waarneembare, primaire stoornissen van de patiënt. Is de patiënt bijvoorbeeld duidelijk depressief, dan wordt dit op deze as genoteerd.
- As II: hieronder vallen alle persoonlijkheidsstoornissen. Is iemand bijvoorbeeld zeer anti-sociaal ingesteld, dan wordt dat op deze as genoteerd.
- As III: hierop worden alle eventuele fysieke medische aandoeningen genoteerd. Het kan bijvoorbeeld relevant zijn voor de diagnosticus dat iemand een ernstige ziekte heeft, of een arm of been verloren heeft in een ernstig ongeluk.
- As IV: hieronder vallen alle psychosociale stressfactoren. Alle relevante omstandigheden van de patiënt worden op deze as genoteerd, zoals wanneer iemand net gescheiden is of veel gepest wordt op school.
- As V: op deze as wordt een GAF (Global Assessment of Functioning) score gegeven op een schaal van 1 tot 100; hoe beter iemand functioneert in het dagelijks leven, hoe dichterbij de score bij de 100 zal liggen.

Bij de uiteindelijke diagnose zal nu veel van de psychiater/psycholoog afhangen. Hij of zij zal in moeten schatten hoe belangrijk de verschillende onderdelen van de classificatie in elk specifiek geval zijn. Zo kan het zijn dat iemand wel sporen vertoont van een persoonlijkheidsstoornis, en dat dit ook op as II genoteerd wordt bij de diagnose, maar dat de persoon eigenlijk prima met deze stoornis om kan gaan en het eigenlijke probleem de depressie is die op de eerste as genoteerd staat. Overigens is het ook mogelijk om bij één of meerdere assen niets te noteren: het kan bijvoorbeeld zijn dat iemand op een persoonlijkheidsstoornis na helemaal in orde is. In zo'n geval zal alleen op as II iets genoteerd worden.

Het probleem van coördinatie

De vraag is nu wat er vanuit filosofisch standpunt op of aan te merken valt aan de DSM-classificatie. Een filosofisch probleem gerelateerd aan de problematiek van het opstellen van een classificatie van zoiets complex en divers als psychische stoornissen is het probleem van coördinatie. Kort gezegd is dit het probleem wat we tegenkomen als we ons afvragen “hoe relateren we theoretische noties aan de ‘echte’ wereld?”. Hans Reichenbach probeerde het antwoord hierop te geven door middel van coördinatieve definities; we weten alleen waar we het over hebben als we iets aanduiden als “een meter lang” omdat we de theoretische notie ‘meter’ per conventie gekoppeld hebben aan de standaardmeter die zich in Parijs bevindt. Met andere woorden, we hebben het theoretische begrip ‘meter’ coördinatief gedefinieerd. Op deze manier zouden we nu dingen in de wereld moeten kunnen meten. Niet iedereen is echter tevreden met deze oplossing, en dit probleem staat nog steeds ter discussie. Bas van Fraassen stelt bijvoorbeeld dat coördinatieve definities alleen gegeven kunnen worden in een historische context waar voorgaande coördinaties al aanwezig zijn (Fraassen, van, 2008). Hoe kunnen we dan toch de structuur van de wereld vaststellen? Van Fraassens eigen oplossing is niet eenvoudig, maar komt neer op een gebruiker-gerelateerde opvatting van wat representatie eigenlijk is. Dat wil zeggen: theorie zegt ons feitelijk niks, tenzij we onszelf erin kunnen positioneren ten opzichte van de inhoud ervan (Fraassen, van, 2008).

Dit alles geldt ook voor psychische stoornissen en de DSM. Conventies en de gebruiker (diagnosticus) spelen een grote rol in de classificatie van psychische stoornissen, zoals ook in de DSM-IV staat aangegeven (p. xxi). Er is dus geen directe relatie tussen theorie en werkelijkheid c.q. DSM en mentale toestanden, laat staan of die überhaupt mogelijk is. Het is maar de vraag of er echt zoiets bestaat als ‘autisme’ of ‘schizofrenie’ buiten onze theorie. We leggen immers alleen maar ons theoretische framework over een spectrum van empirische bevindingen; of we deze structuur ‘op de wereld kunnen prikken’, ofwel kunnen coördineren, is een andere vraag.

Dit wil niet zeggen dat classificatie geheel onmogelijk of zinloos is. In de praktijk vinden we vele soorten reële stoornissen die daadwerkelijk een (ne-

gatieve) invloed hebben op het leven van patiënten en voor verminderd functioneren zorgen, en classificatie hiervan op basis van empirische bevindingen en conventies kan wel degelijk nut hebben voor de diagnose en behandeling hiervan. Het is echter wel belangrijk dit inzicht in het achterhoofd te houden om de diagnose en de daaruit voortvloeiende classificatie op waarde te kunnen schatten. Uiteindelijk is de indeling die we maken niets meer dan een op conventies gebaseerde structuur die we over een lastig, of zelfs onmogelijk grijpbare werkelijkheid leggen die uit zichzelf niet de verdelingen vertoont die wij er op toepassen.

Het domein van de DSM, psychische stoornissen, is een vloeibaar, inexact continuüm dat zeer lastig in kaart te brengen is, laat staan accuraat op te delen. Zwakke punten in de categorisering zullen dan ook onvermijdelijk zijn. Bovendien groeit kennis en veranderen inzichten over de psyche door de jaren heen. Dit alles wordt ook door (de makers van) de DSM zelf onderkend: niet voor niets is in mei 2013 de vijfde editie verschenen. De verschillen tussen edities kunnen groot zijn, getuige het voorbeeld van het verdwijnen van de categorie homoseksualiteit uit de DSM in 1973. Bovendien wordt op verschillende manieren rekening gehouden met de diepgang en de nuances die komen kijken bij diagnosticeren. Zo kunnen diagnostici de ernst en het verloop van stoornissen aangeven, en hebben zij enige ruimte om rekening te houden met bijvoorbeeld omstandigheden van de patiënt. Met andere woorden, de DSM is een sociaal algoritme, waarbij menselijke gegevens door mensen worden ingevoerd om tot een classificatie te komen. Het is dan ook niet een volledig rigide systeem zoals bij een wiskundig algoritme.

Niettemin is het zo dat de DSM een poging doet tot het vastpinnen van een theoretisch framework op een moeilijk te definiëren empirische werkelijkheid. Hoewel er veel discussie is of een dergelijke coördinatie in principe mogelijk is, kan zeker gezegd worden dat ten minste in het geval van de menselijke psyche dit problematisch is. De vraag is dan wat er met het framework bereikt wil worden: willen we met de DSM achter de waarheid komen over de menselijke geest? Nee, de DSM is eerder bedoeld als handig hulpmiddel voor klinici over de hele wereld om om te kunnen gaan met psychische stoornissen en om deze in te kunnen delen. Enige mate van 'slordigheid met de werkelijkheid' kan dus wel vergeven worden, als het doel in het achterhoofd gehouden wordt: dit is immers eerder pragmatisch dan epistemologisch. Hierbij moet wel gezegd worden dat de DSM een handboek is voor klinici in tegenstelling tot leken. De leken zijn meestal echter wel degenen die het label (de classificatie) van de DSM krijgen, en hier ook mee moeten leven. Met andere woorden, de leken, die waarschijnlijk minder goed beseffen wat het doel is van de DSM en de daaruit voortvloeiende classificaties, zijn degenen die hier het meest mee te maken hebben. Nu zullen personen die een hevige of chronische stoornis hebben na verloop van tijd zeer waarschijnlijk meer te weten komen over wat hun diagnose precies betekent, maar mensen die in het diagnoseproces verwickeld zitten of die maar net hun diagnose ontvangen hebben zullen zeer waarschijnlijk een vervormd beeld hiervan hebben.

Er moet met zorg naar gekeken worden hoe met dit beeld en deze patiënten wordt omgegaan.

Zorgethiek en Reïficatie

De DSM is een classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen dat wordt gebruikt in de psychiatrische hulpverlening. Classificatie met behulp van de DSM kan invloed hebben op de zorg die iemand ontvangt. Welke rol speelt zorg in de DSM zelf? Dit kan worden onderzocht met behulp van de zorgethiek. 'Care ethics' of 'relational ethics' zijn de termen die in het Nederlands worden gedekt door zorgethiek. Zorgethiek is een vrij recente ethische stroming, ze bestaat nog slechts enkele decennia. Het opkomen van zorgethiek in de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw hangt samen met de opkomst van het feminisme en de roep om meer emancipatie. De gevestigde stromingen in de ethiek als de deugdenethiek, de Kantiaanse deontologische (plichten)ethiek of het utilitarisme missen volgens de zorgethiek de nadruk op reële personen binnen hun relaties met andere personen. De redeneringen zijn sterk abstract en bepalen zich vooral op universele morele regels waaraan iedereen zich moet houden. Zorgethiek probeert dichter bij de praktijk te blijven, met een nadruk op vanzelfsprekende zorg. In ieder geval de eerste jaren van ons leven, en vaak ook de laatste, zijn we namelijk afhankelijk van (de zorg door) andere mensen. Het idee van de mens als geïsoleerd egoïstisch individu gaat voor vrijwel geen enkele persoon op. De interpersoonlijke relaties die gedeeltelijk onze identiteit bepalen worden gewaardeerd door de zorgethiek. Een ander punt is dat van emoties. In de klassieke ethische stromingen worden deze veelal als niet belangrijk beschouwd, omdat het gaat om een rationele benadering van goed, slecht en rechtvaardigheid. De zorgethiek maakt gebruik van een brede definitie van emoties, waarbij empathie en gevoel voor wat een ander nodig heeft binnen het emotionele spectrum vallen. Sympathie en empathie zijn erg belangrijk als het gaat om intermenselijke relaties, en bepalen ook wat onze houding ten opzichte van elkaar is in morele zin. Hoe we met elkaar omgaan wordt immers beïnvloed door hoe we ons in (kunnen) leven in een ander. Verder houdt zorgethiek zich bezig met het private leven ten opzichte van het publieke. We leven in een sociale wereld, met afhankelijkheidsrelaties en emoties die we bij elkaar(s gezelschap) voelen. Dat zorgt ervoor dat morele overwegingen niet onpartijdig zijn. We voelen een morele verplichting om bijvoorbeeld bij onze (groot)ouders op bezoek te gaan, terwijl we dat bij mensen zonder familiale relatie niet hebben. In de zorgethiek verschillen de meningen over welk aspect van zorg als activiteit het primaat zou moeten hebben. Nel Noddings legt de nadruk op de houding of attitude die gepaard gaat met zorgen. In zorg draait het om aandacht voor de gevoelens en behoeften van degene voor wie gezorgd wordt. Bij het zorgen past een "receptief-intuïtieve" houding, die meer met inleven en meevoelen te maken heeft dan met rationeel denken. Diemut Bubeck legt de nadruk juist niet op de houding of attitude, maar bij de behoeften van

degene voor wie wordt gezorgd. Zorgen wordt gedefinieerd door direct contact tussen zorgontvanger en zorggever, en de behoeften moeten van zo een aard zijn dat de ontvanger er niet zelf in kan voorzien. Dit geeft aan de ene kant het probleem dat het niet uitmaakt wat het motief is om voor iemand te zorgen, zolang de zorg maar adequaat is. Het voordeel is dat dit de deur openit voor betaalde zorg, zoals aan bejaarden en kleine kinderen, om binnen zorgethisch perspectief (positief) beoordeeld te worden. Het ideaal van een samengaan van een zorgzame of zorgende attitude met het direct menselijk contact dat zelf een menselijke behoefte is zou beide filosofes misschien tevreden kunnen stellen. De sociale (zorg)relaties die ontstaan en in stand worden gehouden door zorgactiviteit zijn de kern van waar de zorgethiek om draait. De persoon binnen een netwerk van andere personen, die zorg voor elkaar dragen.

Trudy Dehue is een wetenschapsfilosofe en psychologe die in *De Groene Amsterdammer* een artikel heeft gepubliceerd over een probleem van de psychiatrische praktijk dat te maken heeft met de DSM (Dehue, 2011). Als het belangrijkste doel van de DSM stelt zij het tegengaan van spraakverwarring in de geestelijke gezondheidszorg. Door het gebruik van het handboek met haar categorisering is tussen psychiatrische professionals duidelijk waarnaar verwezen wordt door een term als depressie of ADHD.

Het probleem dat ze signaleert is dat bijvoorbeeld de term ADHD, die slechts een afkorting is van 'attention deficit hyperactivity disorder', gereïficeerd wordt. Dit betekent dat de (ontologische) status van de term verandert. De term ADHD is slechts een beschrijving die aangeeft dat iemand zich zo slecht kan concentreren, (eventueel) in combinatie met teveel activiteit, dat deze een stoornis mag heten. Als deze term reïficeert, wordt ze als op zichzelf staande entiteit beschouwd. Deze definitie van gedrag wordt gezien als een ding op zichzelf. Dit 'ding' wordt gezien als de oorzaak van het hyperactieve gedrag en het gebrek aan concentratie. De criteria die worden gegeven in de DSM, ("raakt vaak dingen kwijt", "is dromerig" (Dehue, 2011)) op basis waarvan je zou kunnen spreken van ADHD, worden gezien als symptomen van de stoornis of ziekte ADHD. Dit is vanzelfsprekend niet de bedoeling van de DSM, maar een ontwikkeling als deze is niet zomaar te stoppen. De classificatie ADHD geeft slechts aan psychiatrische professionals aan in welke categorie het afwijkende gedrag (en emoties) van een patiënt vallen.

Vervolgens kan die classificatie dus een eigen leven gaan leiden, waarbij het gedrag van de patiënt als uiting van een ziekte wordt gezien. Het idee van ziekte als een abstracte entiteit met haar eigen bestaan dat een steeds betere afspiegeling vormt van een natuurlijk verschijnsel heeft een plek in onze maatschappij veroverd. Er wordt een hypothetische ziekte-entiteit gecreëerd die op een bepaalde manier werkt, en een aantal experts discussieert over de juistheid ervan. Zelfs zonder overeenstemming over de manier waarop de ziekte (biologisch) werkt wordt over (het bestaan van) een dergelijke ziekte gedebatteerd.

Volgens Dehue zijn psychiaters en auteurs van de DSM tegen reïficatie van psychiatrische ziektecategorieën gekant. Dit heeft als reden dat er geen neurobiologisch correlaat voor psychiatrische stoornissen kan worden vastgesteld. Er kan niet worden verwezen naar een specifieke afwijking in de hersenen die zorgt voor een psychiatrische stoornis. Wetenschapsfilosofen stellen zelfs dat als de biologische afwijking is gevonden dat nog geen reden is om te reïficeren. Het gaat namelijk om gedrag dat we ontoelaatbaar vinden in de maatschappij, omdat schade aan de patiënt zelf of de omgeving wordt berokkend. De term stoornis drukt uit dat het gaat om gedrag waarvan we vinden dat er op medische wijze mee moet worden omgegaan. Bij ander ongewenst gedrag vinden we dat bijvoorbeeld politie en justitie of het onderwijs naar een oplossing moeten zoeken. Een oplossing in deze context kun je lezen als analoog aan de behandeling, de zorg die iemand met een psychiatrische stoornis hoort te ontvangen. De persoon die het problematische gedrag vertoont moet geleerd worden hiermee om te gaan, zodat hij of zij zelf alsook de omgeving geen schade meer wordt berokkend. Het reïficeren leidt tot verkeerd denken over wat het betekent om in een DSM-categorie te worden ingedeeld. Er wordt gedacht: "Ik ben druk want ik heb ADHD". De classificatie drukt slechts uit: "Omdat ik voldoe aan bepaalde criteria, zoals druk zijn, val ik binnen de DSM-categorie ADHD".

Voor de patiënt kan een classificatie nog steeds een handvat zijn om aan de slag te gaan met de bestaande problemen. Het reïficeren van een term kan juist helpen om afstand te nemen van de (gedrags)problemen. Deze problemen zijn het gevolg van de op zichzelf staande ziekte die iemand overkomt. De stoornis krijgt een eigen entiteit, die dus meer los kan worden gezien van het individu. Aan de andere kant bestaat echter het gevaar dat iemand "die lijdt aan ADHD" door anderen en zichzelf zo ook wordt gezien, het eerder genoemde stigmatiseren of labelen. Het classificatie-algoritme plaatst een persoon met bepaalde problemen in een bepaalde categorie. De patiënt heeft de diagnose gekregen omdat hij problemen heeft waarmee hij moet worden geholpen. De patiënt is dus zorgbehoevend, en de DSM geeft door middel van een classificatie richting en structuur aan de zorg die verleend wordt. De DSM staat tussen de zorgbehoevende patiënt en de zorg verlenende psychiatrisch professional in. De classificatie verwijst door het vanuit de DSM gezien ongewenste proces van reïficatie naar een ziekte. Een entiteit met een ontologische status, iets waaronder de patiënt gebukt gaat. De ziekte bestaat als entiteit in ieder geval voor de leek. We willen hier niet betogen dat reïficatie altijd een positief effect heeft of kan hebben op de patiënt. Echter, het zou onvolledig zijn te stellen dat reïficatie, hoewel ongewenst vanuit het perspectief van de DSM, slechts negatieve gevolgen heeft.

De DSM staat aan de basis van het proces van reïficatie. Hoewel het proces buiten de DSM om plaatsvindt, kan reïficatie niet plaatsvinden zonder een verzameling termen die binnen een praktijk wordt gebruikt. De DSM is die verzameling termen, die onmisbaar is voor een uniforme classificatie van mensen met mentale stoornissen in de psychiatrische praktijk. De DSM be-

invloedt zo het maatschappelijke proces van reïficatie, maar de DSM zelf wordt beïnvloed door wetenschappelijke zowel als maatschappelijke ontwikkelingen. De diagnose van een mentale stoornis is niet slechts een classificatie binnen de psychiatrische praktijk, maar ook een uiting van een culturele norm. Gedrag dat als afwijkend of onwenselijk wordt beschouwd kan gemedicaliseerd worden binnen de bestaande classificatie-structuur.

Vanuit de zorgethiek wordt reïficatie niet per definitie als iets goeds of slechts gezien. Dat een ziekte een eigen entiteit verkrijgt of heeft verkregen scheidt afstand tussen de persoon met de problemen en de term die weergeeft in welke categorie die problemen vallen. De patiënt is bepalend voor een beoordeling van reïficatie. Door een diagnose als entiteit te zien kan de afstand die geschapen wordt tot het onderwerp helpen om duidelijk voor ogen te krijgen wat de problemen zijn. Reïficatie speelt dan een positieve rol in het gebruik van de diagnose als handvat om vat te krijgen op de problemen van de patiënt. Bij een classificatie als depressie bijvoorbeeld kan het de patiënt helpen om op die manier naar een ziekte te kijken, in plaats van naar zichzelf als iemand met wie iets mis is.

Vanuit zorgethisch perspectief gaat hier evenwel iets verloren. Juist het persoonlijke dat geassocieerd wordt met directe zorg wordt enigszins naar de zijlijn verwezen. Het ligt echter aan de patiënt, de psychiatrisch professional en de (zorg)relatie die tussen hen bestaat of dit goed of slecht is.

Door een zorgethische houding bij de psychiatrisch professional, met aandacht voor de gevoelens en behoeften van de patiënt, moet worden onderzocht dat dit negatieve gevolgen heeft. De empathische vermogens van de zorggever zijn hierin dus erg belangrijk. Daarnaast blijft het belangrijk voor de zorggever om te onthouden dat degene die zorg nodig heeft de persoon zelf is, en niet de classificatie of stoornis. Gedrag dat wordt afgekeurd kan worden toegeschreven aan de stoornis, niet aan de persoon zelf.

Filosofische Bijsluiter

Zonder de positieve gevolgen van (de op zichzelf staande status van) een classificatie volgens de DSM teniet te willen doen, is het doel van de Filosofische Bijsluiter mogelijk negatieve gevolgen tegen te gaan. Deze mogelijk negatieve gevolgen van een DSM-classificatie komen voort uit reïficatie en labeling.

Aan de ene kant worden de classificaties gezien als ziektes, iets dat je overkomt. Aan de andere kant is het een label dat je krijgt opgeplakt, waardoor je anders kunt worden bekeken door jezelf en je omgeving. De bedoeling van de Filosofische Bijsluiter is om dit proces tegen te gaan door een relativering tot stand te brengen. De relativering komt tot stand door de tekst op de Filosofische Bijsluiter. Deze is naar het format van een (medicinale) bijsluiter vormgegeven. Hierop wordt uitgelegd, volgens format: wat is het; de samenstelling en voor wie het is bedoeld. Vervolgens worden aanwijzingen gegeven voor het gebruik van de classificatie. Dit wordt gedaan onder de kopjes: wanneer wel/niet te gebruiken; invloed op uw leven; classificatie in sociale situa-

ties; houdbaarheid en een algemene waarschuwing aan de ontvanger van de bijsluiter zich niet te vereenzelvigen met zijn of haar classificatie.

De Filosofische Bijsluiter wordt aangeboden in een doosje, dat met opzet is gefabriceerd om eruit te zien als een medicijndoosje. Het doel hiervan is het teweegbrengen van een conceptuele switch. Het idee van de ziekte als een ding op zichzelf, als iets dat je overkomt wordt hiermee op de proef gesteld. Een classificatie is juist iets dat je kan helpen om te gaan met de problemen die gevat kunnen worden onder een term die uit de DSM komt. In een medicijn doosje zitten normaal gesproken werkzame stoffen, vaak in pilvorm, die kunnen helpen bij het omgaan met problemen. Bij een infectie kun je denken aan pillen met penicilline. Die stof geeft je lichaam de mogelijkheid of de hulp die het nodig heeft om het probleem vervolgens zelf (verder) op te lossen. Een classificatie moet op dezelfde manier worden gezien. Door het ontvangen van een classificatie kan de eerste stap worden gezet naar het op een goede manier omgaan met de aanwezige problemen of de oorzaak daarvan. De problemen die mensen ervaren waarop een DSM-classificatie van toepassing is zijn niet zo tastbaar als bij bijvoorbeeld een ontsteking. Daarom is het doosje op de bijsluiter na leeg. De manier waarop wordt omgegaan met de classificatie is van groot belang voor het welslagen van de behandeling van die classificatie. Met de Filosofische Bijsluiter kan hopelijk (in bepaalde gevallen) een bijdrage worden geleverd aan een beter begrip van wat een classificatie inhoudt, waardoor de kans op een succesvolle behandeling groter wordt. In de bijsluiter zelf wordt echter ook opgemerkt: “Beslis nooit zelf over eventuele veranderingen in medicatie of therapie, maar doe dit altijd in dialoog met uw behandelaar(s).”

Depressie

Depressieve stoornis (Major Depressive Disorder)

Bij correct gebruik kan een DSM-diagnose een positief effect hebben op uw leven. Het doel van deze bijsluiters is u op weg te helpen met een correct gebruik van uw diagnose.

Wat is het:

Men spreekt van een depressieve stoornis wanneer er sprake is van gedeprimeerde stemmingen of verlies van belangstelling en/of genoeg in dagelijkse activiteiten. Dergelijk gebrek aan/verlies van plezier in het leven kan chronisch zijn of in episodes voorkomen.

Het doel van uw diagnose is de mensen die werkzaam zijn in de medische, psychiatrische of psychologische praktijk een gedeeld vocabulaire te bieden. De mensen die hierin werkzaam zijn hebben dan een idee van de problemen waarmee u moet omgaan. Door de diagnose wordt u ingedeeld in een categorie in het handboek voor de psychiatrie: de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ofwel DSM. De verschillende manieren waarop uw problemen tot uiting kunnen komen worden hierin beschreven. Door het gedeeld vocabulaire is heldere communicatie tussen bijvoorbeeld verschillende behandelaars mogelijk. Het doel van de diagnose is te helpen u een handvat te bieden om met uw problemen om te kunnen gaan.

Samenstelling:

De diagnose van depressieve stoornissen wordt gesteld met behulp van de volgende criteria uit de DSM-IV:

- ▲ Gedeprimeerde stemming gedurende het grootste deel van de dag, vrijwel iedere dag
- ▲ Duidelijke daling van belangstelling of plezier in activiteiten
- ▲ Duidelijke gewichtstoename of gewichtsverlies en dagelijks veranderende eetlust
- ▲ Verstoord slaappatroon: slapeloosheid of juist meer slapen dan normaal
- ▲ Verstoord bewegingspatroon:

waarneembare rusteloosheid of vertraagde beweging

- ▲ Vrijwel iedere dag vermoeidheid of energieverlies
- ▲ Gevoelens van waardeloosheid of overdreven of misplaatste schuldgevoelens
- ▲ Verminderd concentratievermogen of besluiteloosheid
- ▲ Aanhoudende gedachten over de dood, suïcidale gedachten en/of acties

Voor wie is het:

De diagnose depressie is voor mensen die last hebben van een gedeprimeerde stemming of verlies van belangstelling of plezier in het leven. Een of beide van deze verschijnselen is voldoende voor de diagnose depressie als er tevens sprake is van tenminste 4 van de criteria onder *Samenstelling*. Deze mensen ervaren op basis van deze verschijnselen significant lijden en/of belemmering in sociale of beroepsmatige omstandigheden.

Mensen die dezelfde of gelijkende problemen hebben vallen niet binnen de categorie 'Depressie' als deze problemen worden veroorzaakt door: een fysieke/fysiologische aandoening, stemmingsincongruente wanen, hallucinaties of door het gebruik van verdovende middelen of medicatie. Tevens kunnen de verschijnselen niet beter worden verklaard door rouw, bijvoorbeeld om het verlies van een geliefde.

Wanneer te gebruiken:

- ▲ Als mensen vragen wat er met u aan de hand is
- ▲ Als uw behandelaar bij een inleidend gesprek vraagt: "Waarvoor bent u hier?"
- ▲ Als u zich afvraagt welke gedrags- of emotionele factoren van invloed zijn op de problemen die u ervaart in het dagelijks functioneren
- ▲ Als u behoefte heeft aan een naam voor deze factoren om aan te geven welke problemen u ervaart

Depressie

Depressieve stoornis (Major Depressive Disorder)

- ⤴ Als u professionele hulp nodig heeft om om te (leren) gaan met de problemen die u ervaart
- ⤴ Als u een handvat nodig heeft om om te (leren) gaan met uw problemen en u een algemene benaming hiervoor kunt gebruiken

Wanneer niet te gebruiken:

- ⤴ Niet te gebruiken als excuus of vrijbrief voor het kwetsen van anderen of het hinderen van uw eigen functioneren
- ⤴ Niet te gebruiken als kapstok om uw problemen aan op te hangen
- ⤴ Niet te gebruiken als een ziekte waaraan u lijdt, die u daarmee vrijpleit van uw eigen verantwoordelijkheid (als persoon)

Invloed op uw leven:

Een DSM-diagnose kan een grote invloed hebben op uw leven. Doordat uw problemen een algemene benaming hebben gekregen kunt u hiermee (beter) geholpen worden. Om beter met uw problemen om te kunnen gaan kan u worden aangeraden medicijnen te gaan gebruiken of (andere) veranderingen door te voeren in uw dagelijks leven. Voor correcte werking van uw diagnose is het van belang dat u er goed mee omgaat. Wanneer u hierover persoonlijk advies wilt, kunt u overleggen met uw behandelaar of contact opnemen met een filosofische praktijk.

Houdbaarheid:

U kunt de ervaring hebben dat uw diagnose na verloop van tijd niet meer klopt, ofwel niet meer houdbaar is. Overleg in dit geval hierover met uw behandelaar(s). Beslis nooit zelf over eventuele veranderingen in medicatie of therapie, maar doe dit altijd in dialoog met uw behandelaar(s).

Diagnose bij sociale situaties:

Uw omgeving heeft waarschijnlijk een beeld bij wat uw diagnose inhoudt. Dit beeld hoeft niet noodzakelijk te kloppen. Het kan van belang zijn dat u duidelijk

uitlegt wat uw diagnose inhoudt. Uw omgeving kan hiermee dan rekening houden. Eventueel kunt u hierbij deze bijsluiter gebruiken.

Algemene waarschuwing:

U kunt uw diagnose gaan zien als de oorzaak van uw problemen, als een ziekte die u is overkomen. Dit is niet wat uw diagnose is. Zoals hierboven beschreven is uw diagnose een categorisering binnen het diagnostisch systeem van de DSM. Ook al heeft u bepaalde problemen, een diagnose ontheft u niet van uw eigen verantwoordelijkheid. Hoe u met andere mensen omgaat kan worden beïnvloed door uw problemen, maar dit betekent niet dat u mag schermen met uw diagnose als verdediging voor uw gedrag. Uw diagnose kan nooit de verantwoordelijkheid overnemen voor uw gedrag of problemen.

Belangrijk

Dit is *geen* medisch document. De Filosofische Bijsluiter is tot stand gekomen in het kader van de cursus Filosofische Interventies aan de faculteit Wijsbegeerte van de Rijksuniversiteit Groningen.

Het doel van de Filosofische Bijsluiter is mensen met (of zonder) DSM-diagnose te helpen een conceptuele switch te maken. De conceptuele switch die we voor ogen hebben met de Filosofische Bijsluiter is die van diagnose als ziekte(beeld) naar diagnose als handvat voor het omgaan met persoonlijke problemen. Het krijgen van een psychiatrische diagnose volgens de DSM betekent volgens ons niet dat iemand een ziekte heeft gekregen. Het format van de Filosofische Bijsluiter dient als metafoor voor het idee dat een diagnose juist als medicijn kan functioneren.

De Filosofische Bijsluiter is gemaakt door J. Kraaijenbrink en T. Kuipers
28-01-2013, Groningen



Belangrijk

Dit is geen medisch document. De Filosofische Bijsluiter is tot stand gekomen in het kader van de cursus Filosofische Interventies aan de faculteit Wijsbegeerte van de Rijksuniversiteit Groningen.

Het doel van de Filosofische Bijsluiter is mensen met (of zonder) DSM-classificatie te helpen een conceptuele switch te maken. De conceptuele switch die we voor ogen hebben met de Filosofische Bijsluiter is die van classificatie als ziekte (beeld) naar classificatie als handvat voor het omgaan met persoonlijke problemen. Het krijgen van een psychiatrische classificatie volgens de DSM betekent volgens ons niet dat iemand een ziekte heeft gekregen. Het format van de Filosofische Bijsluiter dient als metafoor voor het idee dat een classificatie juist als medicijn kan functioneren.

De Filosofische Bijsluiter is gemaakt door J. Kraaijenbrink en T. Kuipers 28-01-2013, Groningen

Referenties

- Copp, D., (ed.) The Oxford Handbook of Ethical Theory, 2007, ISBN: 9780195325911 Published to Oxford Handbooks Online: Sep 2009, http://www.oxfordhandbooks.com.proxy-ub.rug.nl/oso/private/content/oho_philosophy/9780195325911/p038.html?q=ethics|care#oxfordhb-9780195325911-chapter-19
- Cosgrove, L., Krinsky S., Vijayaraghavan, M., Schneider, L. (2006). Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry, *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Dehue, T., in: *De Groene Amsterdammer* 03-11-'11.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (1994). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Evenblij, M. (2012). Parel Voor Een Nieuw Concept van Gezondheid. In: *Mediator*, nummer 5, jaargang 23, p. 9.
- Fraassen, B. van (2008). Scientific Representation: *Paradoxes of Perspective*. Oxford University Press.
- Rosenberg, C.E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience, In: *Milbank Quarterly*, Volume 80, Issue 2, pages 237–260, June 2002, Article first published online: 14 AUG 2002, DOI: 10.1111/1468-0009.t01-1-00003.
- Rowe, Dorothy, <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2010/jul/29/mental-health-diagnostic-manual>.

Artikel

Andipunten in de GGZ

Een werkbaar concept?

Eite P. Veening

De thematiek

Wanneer 'ben' je depressief? Wanneer 'heb' je ADHD? Wanneer nemen we iemand op? Wanneer verhogen we de medicatie? Wanneer is iemand te laat op een afspraak? Wanneer komt iemand tot een wanhoopsdaad? Wanneer moeten we ingrijpen? Wanneer is een aandachtsfunctionaris noodzakelijk geworden? Wanneer is iets epidemisch?

Wat is het gemeenschappelijke in al dit soort vragen?
Het andipunt.

Andipunten

Als voorbeeld begin ik bij diagnostiek: in de psychiatrische diagnostiek is een diagnose pas geldig als aan een aantal criteria is voldaan: een persoon mag alleen dan de diagnose 'depressie' of ADHD krijgen als die persoon gedurende tenminste een bepaalde periode tenminste een specifiek aantal klachten heeft of gedragingen vertoont. Daar is DSM op gebaseerd. Bij de meeste diagnoses is er sprake van een aantal 'schalen', van niets tot veel; en ergens is een streep gezet. Onder die streep is het ziektebeeld strikt genomen afwezig en boven die streep is het strikt genomen aanwezig. Dus: in een continuüm wordt een streep gezet en dus een punt gemarkeerd. Min-of-meer wordt niet-of-wel. Grijs wordt zwart of wit. Een kwantitatief, analogo verschil gaat kwalitatief, digitaal verschil maken.

Dat is in alle kwesties en voorbeelden uit de startalinea aan de orde: ergens, in een overgangsgebied van meer of minder, wordt een punt gezet, wordt iets-(nog)*niet* iets-(al)*wel*.

Daar situeer ik het *andipunt*, een woord dat ik heb gemaakt door de AN van ANaloog met de DI van DIgitaal te combineren. Dus het verschil wat Verschil maakt, met dank aan Bateson.

(Deze term heb ik jaren geleden bedacht, omdat ik merkte dat er geen goed woord voor was en er dus een 'semantische vacature' bestond voor iets waar we allemaal intuïtief heel goed van weten wat het is en 'zien' wat er gebeurt, maar waar we vaak onvoldoende aandacht aan geven. Omdat er geen woord voor was en we het er dus niet over kunnen hebben.)

Overall waar we in een continuüm van niets tot veel (van nooit tot altijd) een lijn trekken en dus een punt zetten, het punt waar *niet* tot *wel* wordt; daar is een andipunt. Overall waar een kwantitatief verschil kwalitatief verschil gaat maken; waar in een analoog continuüm een digitaal onderscheid wordt gemaakt, daar is een andipunt.

En elk andipunt is mensenwerk, een besluit, een afspraak. Eigenlijk zijn ze arbitrair: het kan anders! Wij mensen maken, zetten andipunten. Over andipunten valt dus te twisten.

Veel, heel veel twisten gaan dan ook over andipunten.

In alle zorgpraktijken en zeker ook in de ggz worstelt men al heel lang met die andipunten. In de theorie, zoals in de eerdergenoemde diagnostiek, gaat dat dan onder de noemer “dimensie” versus “categorie”. Dat dimensionele past bij het continuüm; dat categorische bij wel-of-niet ziek. Je zou kunnen zeggen dat het categorische denken andipunten zocht en zette en dat het dimensionele denken daar terughoudend in was en is. En beide standpunten hebben hun sterke en zwakke punten en konden en kunnen de ander niet altijd overtuigen.

Maar in de praktijken zijn ze ook steeds aan de orde: overall waar een (digitale) reactie (een interventie of een maatregel) wordt gegeven op een (analoge) situatie is blijkbaar sprake van een andipunt: het werd ‘te veel’, ‘te erg’ of ‘erg genoeg om te’ etc.

Andipunten in soorten

Voor mij als filosoof is het een uitdaging om nog eens een adequate systematiek van andipunten te ontwerpen, maar het voert in het kader van dit artikel te ver om dat uit te werken. Maar er zijn zeker enkele onderscheidingen te maken.

We kunnen in elk geval onderscheid maken tussen:

- a. **Semantische andipunten.** Bij een semantisch andipunt gaat het om de vraag: wanneer heeft iets een bepaalde benaming? Wanneer is een term van toepassing? Alledaagse voorbeelden zijn: wanneer is iets een “berg”? Wanneer is iets een “orkaan”? Daar zijn maten voor vastgesteld en dat zijn lijntjes in een continuüm van hoogte of van windsnelheid. Het zijn geen “natuurlijke soorten”, zoals een paard of een boom. In de psychiatrische diagnostiek gaat het altijd om semantische andipuntkwesties. DSM-IV of DSM-V: het gaat om semantische andipunten. Zet men dat punt elders, maakt men bijvoorbeeld de norm voor de duur van de symptomen lager, dan zijn er opeens veel meer mensen met die stoornis of ziekte en zo maakt een kwantitatief verschil opeens enorm veel uit. In een cultuur waarin klachten en kwalen belangrijk worden voor iemands identi-

teit en sociale positie (en dat geldt voor tal van syndromen), kan een in feite heel klein en arbitrair verschil in de theorie opeens veel verschil maken voor de praktijk van mensen. Ben ik wel of niet een autist? Heb ik wel of niet een depressie?

- b. Normatieve andipunten.** Bij een normatief andipunt gaat het om het aanleggen van een evaluatieve maat. “Beter” wordt dan “goed”. “Minder” wordt dan “te weinig!”. “Later” wordt “te laat!”. Een cijfer voor een proefwerk is ‘voldoende’ of ‘onvoldoende’. Waar wordt de norm gesteld en overschreden? Een andipunt is aan de orde als het gaat om iets dat een schaal heeft; het ‘hellend vlak’ dus!
- c. Interventieve andipunten.** Bij een interventief andipunt gaat het om de vraag wanneer een interventie gerechtvaardigd is. Wanneer ‘moeten’ we ‘ingrijpen’? Dat kan een opname of een maatregel of een ‘spuit’ zijn. Er is een scala aan factoren die meer of minder merkbaar zijn en ergens wordt een grens getrokken; een grens waarop een interventie wordt gedaan. Ook hiervan zijn in de ggz talloze voorbeelden te vinden en deze andipunten zijn ook inherent aan ‘handelen’: je doet iets wel of je doet iets niet.

Dan is het duidelijk dat er verschil is tussen:

Persoonlijke andipunten: wanneer wordt iets *iemand* te veel? Een alledaags voorbeeld daarvan is wanneer iemand voor een afspraak “te laat” is. Is dat na 4 of na 12 minuten na het afgesproken tijdstip? Wanneer vindt iemand dat de ander ECHT te laat is? Een kwestie van een persoonlijk andipunt. Wanneer vindt iemand iets een reden voor een echtscheiding? Persoonlijk andipunt. Een collega negeert tijdens een vergadering jouw inbreng twee keer en jij negeert zijn inbreng ook twee keer; hij valt vervolgens naar jou uit en jij vindt het zelf nog best kunnen, maar je zou bij vier keer ook uitvallen: verschillen in persoonlijke andipunten. In de (g)gz: wanneer vindt iemand dat haar of zijn klachten zo ernstig worden dat zij naar de dokter moet? Wanneer vindt iemand dat het leven ondragelijk is geworden en beëindigd moet worden? Daarin zijn mensen heel verschillend: persoonlijke, meestal normatieve en soms ook interventieve, andipunten.

Collectieve andipunten: wanneer neemt een groep of een organisatie of een institutie een stap? Daarvan zijn er talloze en binnen die verzameling van collectieve andipunten zijn er tal van soorten te onderscheiden. Zo zijn er de talloze politieke andipuntkwesties: wanneer moeten “we” “ingrijpen”? Bij drie straatroven per week of bij vijf? Bij 50.000 WAO’ers of bij 150.000? Zo zijn er ook de professionele andipunten en zeker in de ggz: bij hoeveel klachten van een specifieke soort dient bijvoorbeeld een speciale aandachtsfunctionaris te worden aangesteld? Ook in een buurt of straat zijn collectieve andipunten aan de orde: wanneer wordt gedrag tot “overlast” en “gaan we er wat aan doen”?

Welbeschouwd zijn semantische andipunten een specifieke vorm van collectieve andipunten: afspraken over terminologie en het gebruik ervan zijn collectieve afspraken en “daden” van de professionals. Artsen, psychiaters stellen de benamingcriteria vast en trekken daarmee de streep tussen wie en wat *wel* en wie en wat *niet* de naam mag hebben.

Welbeschouwd zouden de serieuze normatieve en interventieve andipunten ook altijd collectieve moeten zijn: afspraken over interventies zouden moeten zijn vastgelegd in protocollen op basis van normen die door een beroepsgroep worden gedragen en er is wat dat betreft veel uit de sfeer van de ‘persoonlijke’ gehaald. Patiënten en cliënten moeten immers zo min mogelijk afhankelijk zijn van toevallige persoonlijke voorkeuren van professionals.

Ten slotte is er onderscheid te maken tussen **enkelvoudige** en **samengestelde** andipunten. Of een hoogte op de aardkorst een “berg” of een “heuvel” genoemd moet worden, is slechts van een enkele factor afhankelijk: hoogte. Of iemand een boete krijgt voor te hard rijden, is slechts afhankelijk van een enkele factor: rijsnelheid. Dit zijn voorbeelden van enkelvoudige andipunten; bij die berg een semantisch en bij die snelheid een collectief andipunt. Maar of een persoon met stemmingsschommelingen “depressief” genoemd moet worden is afhankelijk van een reeks factoren en dit is dus een voorbeeld van een samengesteld andipunt. Het zal duidelijk zijn dat in de ggz vooral samengestelde andipunten aan de orde zijn: het gaat om een combinatie van punten op een reeks continua. En elke verschuiving heeft dan gevolgen: we kunnen hogere eisen stellen aan de duur van de symptomen, of aan de ernst ervan, of aan de frequentie en steeds verandert het andipunt van plaats.

Andipunten doen er toe!

Semantische andipunten zijn in het maatschappelijk leven heel concreet. Een groot deel van de maatschappelijke orde is immers afhankelijk van de mate waarin semantische andipunten worden gedeeld en aanvaard. Stel je voor dat een groep mensen zou besluiten dat de ‘*maximumsnelheid*’ in de bebouwde kom niet 50 maar 30 km per uur ‘is’. Dat wordt dan lastig. Stel je voor dat een groep mensen de vastgestelde hoogte voor de benaming ‘*berg*’ wil verlagen; om zo veel meer bergen te laten bestaan. Dat wordt weer lastig. Men ‘moet’ het immers eens worden, maar dat blijft een keuze, of een compromis.

In de ggz geldt dat als de eerder vastgestelde criteria voor een ‘*depressie*’ veranderen, er epidemiologisch plotseling veel meer of minder patiënten ‘bestaan’. Zijn er minder patiënten, dan is er ook minder geld nodig voor de zorg. Maatschappelijk hangt er dan ook heel veel van de acceptatie van semantische andipunten af; net zoals er in veel menselijke relaties veel afhankelijk is van persoonlijke andipunten...

Het semantische andipunt heeft trouwens een heel lange geschiedenis in de filosofie: in oude tijden heette dat het “sorites-probleem” en de vraag was dan

bij hoeveel een aantal zandkorrels een “hoopje” vormde. Daarover werden lange debatten gevoerd, maar het probleem bleek logisch onoplosbaar. Semantische andipunten zijn afspraken en gelden alleen voor wie die afspraak wil delen.

Er zijn in de natuur ook tal van voorbeelden waar een kwantitatief verschil kwalitatief verschil maakt: bij 100 graden wordt water (meestal) stoom, bij een gewicht van bijvoorbeeld 20 kilo breekt een tak en zo voorts. Maar wat mij betreft zijn dat geen andipunten; ik wil de term ‘andipunt’ reserveren voor die **menselijke** ‘punten’ en dus ook voorzichtig zijn met de veelgebruikte analogie tussen de ‘natuurlijke’ en ‘menselijke’ punten: “er brak iets in hem”, “de stoppen sloegen door”. Andipunten betreffen oordelen; menselijke oordelen.

Andipunten in de ggz

Het moge duidelijk zijn dat de psychiatrische diagnostiek vooral een andipuntenkwestie is. Voor bijna alle of voor alle ziektebeelden geldt dat er een aantal continua zijn, vanaf het ontbreken van enig symptoom tot een overmaat en van een enkel moment tot maanden of jaren. Psychiatrische diagnostiek betreft samengestelde semantische en dus collectieve andipunten.

Maar dergelijke semantische andipunten zijn in de ggz zeker niet altijd onvermijdelijk. Zoals we ons niet afvragen of een gebouw ‘hoog’ is of ‘laag’, maar ‘hoe hoog?’, zo zou men in de ggz ook kunnen bedenken dat iedereen ‘depressief’ is, maar de ene persoon heeft een andere depressiviteitgradiënt dan de ander; de een heeft 0 en een ander bijvoorbeeld 4, of 7, of 10. En als er dan diverse relevante aspecten zijn (zoals dat bij samengestelde semantische andipunten onvermijdelijk is), dan zou men tot een diagnostisch systeem kunnen komen waarbij mevrouw Jansen qua depressiviteit a3, b0, c2 en d7 zit en meneer Pietersen a6, b7, c2 en d0 heeft; dus een *mate* per *aspect*. Maar hiermee begeef ik mij op het terrein van de psychiaters en dat past een filosoof natuurlijk niet. Maar dit lijkt me wel uit te werken en te ‘valideren’ en dat zou heel veel verschil maken; het semantische andipunt is dan verdwenen (maar het interventieve blijft natuurlijk!).

Die interventieve andipunten zijn in de praktijk van de behandelingen en de zorg voortdurend aan de orde. Bijvoorbeeld in situaties waarin besloten moet worden of iemand tegen haar of zijn wil opgenomen moet/mag worden. Dat mag/moet, als het gevaar voor de persoon zelf of voor anderen **te** groot wordt. Blijkbaar is er een gevaar/kans van 0 tot 1 en bij 0,7 trekken we de lijn. Of bij 0,6? Bij 0,7 (of 0,6?) en hoger wordt het gevaar TE groot en dat betekent niet dat er bij 0,6 (of 0,5?) geen vrij groot gevaar zou zijn, maar dat het nog niet TE groot is. We hebben weliswaar geen gevaarmeter waarmee we 0,4 of 0,5 of 0,8 vast kunnen stellen, maar intuïtief doen we aan

risicotaxatie met een waarschijnlijkheidswaarde tussen 0 en 1. En natuurlijk is dit ook aan de orde bij: wanneer stoppen we een behandeling? Wanneer krijgt de patiënt een elektroshock? Wanneer geven we medicatie? Wanneer zijn de bijverschijnselen **te** ernstig? Interventieve, (collectieve) samengestelde andipunten.

Zo zijn andipunten ook ethisch uiterst relevant. Immers: een professioneel andipunt dat niet correspondeert met een persoonlijk andipunt kan gewelddadig zijn voor de persoon in kwestie en helemaal als er macht in het spel is. Daarmee is een criterium gemeoid dat in het recht heel gebruikelijk is; proportionaliteit. Als interventies als disproportioneel worden ervaren, dan is er iets mis gegaan. Die interventies worden dan eigenlijk ‘grensoverschrijdingen’ die door de persoon zelf scherp worden ervaren, maar door de zorgverlener soms of vaak onvoldoende worden onderkend. In tal van egodocumenten uit de ggz zijn de voorbeelden hiervan te vinden; voorbeelden van verschillen van oordeel over andipunten.

Andipunten en ethiek

Ik zou het daarom zowel uitnodigend als ook uitdagend willen formuleren: zijn er wel ethische kwesties in de ggz te vinden die niet nauw verweven zijn met andipunten?

Zijn er verschillen van inzicht en mening tussen enerzijds patiënten en andere burgers en anderzijds professionals (weer andere burgers...) die niet over andipunten gaan?

Ik waag het te betwijfelen.

Waar een buurt vindt dat “ze” er iets aan moeten doen, daar gaat het om een andipunt. Waar de zorgverlener vindt dat er niet hoeft te worden ingegrepen of zelfs niet mag worden ingegrepen, daar gaat het om een andipunt. Waar de patiënt zich verzet tegen een diagnose of tegen een maatregel, is voor de patiënt een grens nog niet overschreden die door de hulpverlener was getrokken. De grens van de een is niet bij voorbaat beter dan die van de ander. Immers: andipunten worden door mensen gemaakt. Over andipunten valt te twisten.

Alleen persoonlijke andipunten blijken soms vrijwel onverzettelijk; collectieve en dus ook semantische en interventieve andipunten kunnen altijd worden verplaatst en daarover is discussie mogelijk. Ze zijn en blijven immers mensenwerk....

Andipunten zijn ethisch dus zo relevant omdat ze ook riskant zijn. Macht is immers duidelijk bij de deskundigen gesitueerd en daarom moeten zij met andipunten zeer zorgvuldig zijn. En terughoudend! Er zijn zeker veel meer andipunten in gebruik (zeker semantisch) dan noodzakelijk. De basale vraag of iemand “patiënt” is of niet, is al een andipuntkwestie, is een waarschijnlijk te deconstrueren en af te schaffen semantisch professioneel collectief

andipunt met vergaande consequenties voor de betrokkenen. Ook daarover kan worden getwist tussen hulpverlener en burger en dan gaat het om een verschil tussen een collectief en een persoonlijk andipunt.

Dan is er die belangrijke interactie tussen professionele en persoonlijke andipunten. Waar de deskundigen een lijn trekken en een persoon aan de ene kant zetten en typeren als patiënt met stoornis X, daar kan een psychologisch zeer complex maar zeker niet altijd wenselijk proces bij de getypeerde ontstaan. Daar is identificatie (“sorry, ik ben anders dan anderen, ik ben X”) mogelijk en verzet (“ik ben heus niet gek, ik ben geen X!”), angst (“ben ik echt X?”), opluchting (“eindelijk duidelijkheid; ik ben X!”), en zo voorts.

Enkele suggesties voor beroepsethische uitgangspunten in de GGZ

Op basis van het voorgaande is een andipuntenmoraal te ontwikkelen. Natuurlijk omvat deze in iets andere woorden heel veel van wat al tot de normale beroepsethische canon behoort, maar is een vertaling mogelijk en wellicht ook zinnig.

Of dit vruchtbaar is zal moeten blijken en een belangrijk criterium is (en dat is voor mij ook het enige criterium om over andipunten te gaan schrijven...) of het met deze manier van overdenken mogelijk is om met het andipunt kwesties aan de orde te stellen die anders onderbelicht blijven, ofwel om kwesties expliciet te maken die anders impliciet blijven.

Op basis van het voorgaande zou ik alvast de volgende normen willen formuleren:

1. Persoonlijke andipunten van “patiënten” verdienen aandacht en respect; tal van professionele andipunten zijn zo arbitrair dat ze niet bij voorbaat zwaarder mogen wegen dan die persoonlijke.
2. Over die collectieve andipunten in de zorg moet maximale transparantie bestaan; zij moeten bekritiseerbaar zijn en beargumenteerd worden; met name vanwege de inherente risico’s op geweld en willekeur.
3. In de zorg moet het denken in tweedelingen (rond de andipunten) zo veel mogelijk worden vermeden, omdat de meeste digitale ook de meest gewelddadige en ‘geforceerde’ zijn. Geen ziek/gezond, maar meer of minder gezond. Welke andipunten zijn ook bij nader inzien echt onvermijdelijk? Grijs is meestal mooier dan zwart/wit!
4. In de diagnostiek en in de behandeling moet zo veel mogelijk worden gezocht naar graduele continua waarin “op maat” kan worden gediagnosticeerd en behandeld. De dosering van medicijnen kan als het ware para-

digmatisch zijn; daar is proportionaliteit standaard: dosering is gerelateerd aan klachten!
Andipunten zouden dan vervangen worden door andikomma's...

Afronding

Andipunten zijn in de ggz en in het leven onvermijdelijk; proportionaliteit is niet altijd mogelijk. Maar andipunten zijn riskant en vragen daarom ook om zorgvuldige aandacht.

Meer en ook systematische aandacht voor andipunten; er is binnen de ggz en elders in de maatschappij studie van te maken! Maar dat kan alleen als het concept wordt onderkend en de term wordt benut!.

Symposium 'Filosofie in de forensische psychiatrie'

Suzanne Matthijsen

Druk bezocht en zeer geslaagd was het symposium 'Filosofie in de forensische psychiatrie' dat op 8 november 2012 plaats heeft gevonden in het FPC Dr. S. van Mesdag. Dit symposium werd georganiseerd ter ere van het 10-jarige bestaan van de afdeling Onderzoek van de Mesdag.

De dag werd geopend door dagvoorzitter en directeur Behandelzaken, Harry Beintema. Vervolgens trapte Elleke Landeweer, medior onderzoeker en docent van het VU Medisch Centrum, af met haar lezing over de toegevoegde waarde van empirisch onderzoek naar dwang in de psychiatrie. In een recent exploratief onderzoek is getracht een antwoord te vinden op de vraag hoe een beslissing om dwang toe te passen tot stand komt en welke onderliggende normen en waarden hierbij een rol spelen. Dit is onderzocht bij drie opnameafdelingen, waardoor duidelijk werd dat iedere afdeling op een verschillende manier omgaat met het toepassen van dwangmaatregelen. Door dit onderzoek zijn leerprocessen voor de betrokken afdelingen naar voren gekomen en impliciete waarden geëxpliciteerd. Er is bewustwording ontstaan over de invloed van teams op het nemen van morele beslissingen ten aanzien van dwang. Een belangrijke ontwikkeling voor verder onderzoek naar de mogelijkheden om dwang te verminderen.

De tweede lezing werd gehouden door Karel Oei, emeritus hoogleraar forensische psychiatrie. Oei vertelde op filosofische wijze over de (belevings)wereld van de forensisch psychiatrische patiënt en ging dieper in op de vraag hoe een individu kan oordelen over goed en kwaad. Wat is goed en wat is kwaad? En wie bepaalt wat het is? In deze context werd er ook gesproken over het waarborgen van de (gedrags)wetenschappelijke integriteit; beschrijf wat je waarneemt en niet je eigen interpretatie. Oei illustreerde zijn visie op deze onderwerpen aan de hand van voorbeelden uit de praktijk, filosofische citaten en krantenartikelen. Al met al een lezing die stof tot nadenken gaf. Susan te Winkel, masterstudente wijsbegeerte aan de RUG, heeft getracht een antwoord te vinden op de vraag of het zinvol is om bij de concepten van geluk onderscheid te maken tussen categorieën mensen. Tijdens haar stage binnen de Mesdag verrichtte zij onderzoek naar de geluksbeleving van vijf psychotisch kwetsbare patiënten en hun mentoren. Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat er bij patiënten met een psychotische kwetsbaarheid waarschijnlijk een ander verband is tussen cognitie (oordeel over levensvredeheid) en affect (genieten van leuke dingen) dan bij mensen uit de 'normale populatie'. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen wat de oorzaak is van dit verschil.

De vierde lezing ‘Mag het een onsje meer zijn?’, werd gehouden door filosofe Swanny Kremer. Binnen de Mesdag is zij werkzaam als onderzoeker. In deze lezing heeft zij ons meegenomen in de zoektocht van de Mesdag naar de beste werkwijze voor moreel beraad. Door medewerkers worden vaak lastige dilemma’s ingebracht bij de werkgroep Ethiek. Om tot een weloverwogen beslissing te komen wordt er binnen de werkgroep gebruik gemaakt van het oplossingsgerichte vijfstappenplan van Bauduin. In de houdingsgerichte benaderingen voor moreel beraad is meer ruimte voor morele sensitiviteit en cultuur in een kliniek. Een voorbeeld is het Socratisch gesprek van Kessels. Er lijkt sprake te zijn van een kloof tussen deze twee benaderingen. De vraag is of ze gecombineerd kunnen worden, zodat er tijdens het morele beraad niet alleen aandacht is voor het vinden van een oplossing voor een moeilijk probleem, maar ook voor cultuur en morele sensitiviteit. Uitgebreid literatuuronderzoek en interviews met professionals wijzen uit dat er een brug geslagen kan worden om deze kloof te dichten. Hoe dit in de praktijk voor de Mesdag zal uitpakken moet nog blijken.

Na een goed verzorgde en smakelijke lunch kwam Gerben Meynen, bijzonder hoogleraar forensische psychiatrie, zijn visie geven op het onderwerp toerekeningsvatbaarheid en het probleem van de vrije wil. Meynen suggereert dat we afstand zouden kunnen doen van de term ‘vrije wil’ en probeert een antwoord te vinden op de vraag hoe mentale stoornissen kunnen leiden tot strafvermindering en wat het begrip ‘toerekeningsvatbaarheid’ omvat. Mooij (2004) omschrijft het als een situatie waarin een ‘gevoel van wilsvrijheid ontbreekt’. Deze definitie roept de vraag op of er überhaupt een vrije wil bestaat en wat dat nu precies is. In de literatuur ontbreekt een eenduidige definitie. Volgens Walter (2000) bestaat de vrije wil uit drie elementen: je kunt anders handelen, je handelt vanuit redentatie en tenslotte ben je de bron van je eigen handelingen. In de filosofie is er discussie over deze opvatting en de uitwerking hiervan. Toerekeningsvatbaarheid is volgens Meynen een juridisch begrip en om deze reden pleit hij ervoor dat alleen de rechter deze vraag beantwoordt en niet de gedragsdeskundige. Op deze manier wordt het vrije wil probleem op afstand geplaatst voor de psycholoog en psychiater. Een interessante lezing die het actuele onderwerp ‘de vrije wil’ in een ander perspectief plaatst.

Cisca Joldersma is voormalig Tweede Kamerlid en was lid van de parlementaire onderzoekscommissie naar het tbs-stelsel. Ook was zij werkzaam als universitair (hoofd)docent beleids- en organisatiewetenschappen. Momenteel studeert Joldersma forensische psychologie en werkt zij als beleidsmedewerker bij FPC Veldzicht. Vanuit deze brede achtergrond heeft Joldersma in haar onderzoek een antwoord geprobeerd te vinden op de vraag hoe politiek, professionals in de forensische psychiatrie en de maatschappij bij elkaar kunnen komen wanneer het gaat over het tbs-systeem. Joldersma heeft binnen FPC Veldzicht kwalitatief dossieronderzoek gedaan naar 80 behandeltrajecten en de bevindingen hiervan geplaatst in de huidige politieke en maatschappelijke context. Haar onderzoeksresultaten laten zien dat de essentie van de forensisch psychiatrische zorg niet in beleid te vatten is en dat er

sprake is van een kloof tussen forensisch psychiatrische professionals en de politiek. Joldersma pleit voor een betere samenwerking tussen beide partijen, waarin een ontmoeting op inhoud plaatsvindt en de beleidscontext waarbinnen gewerkt moet worden, wordt verbeterd.

De laatste lezing werd gehouden door Niek Heidanus. Hij vertelde op een betrokken en gepassioneerde manier over zijn werk als strafrechtadvocaat. Heidanus benadrukt dat het zijn kerntaak is om als spreekbuis te fungeren voor zijn cliënt en dat het belang van de cliënt altijd bovenaan staat. Er zijn situaties, bijvoorbeeld wanneer een cliënt psychotisch is, dat er twijfel bestaat over de wensen en visie van de cliënt. Wanneer er sprake is van een juridisch ethisch dilemma kiest Heidanus voor een eerlijke en confronterende opstelling. In deze context vertelde Heidanus dat het voorkomt dat een psychotische cliënt in scheurkleding tijdens een rechtszaak verschijnt. Heidanus vindt dit niet meer van deze tijd, is bedroefd wanneer dit gebeurt en schorst in dit soort situaties dan ook de rechtszaak om het belang van de cliënt te behartigen.

Ten slotte vond er nog een boeiende forumdiscussie plaats waarbij het mogelijk was vragen te stellen aan de sprekers. Marinus Spreen, manager van de afdeling Onderzoek binnen de Mesdag, sloot het symposium af en bedankte de sprekers, de deelnemers, de organisator van deze dag (Swanny Kremer) en de redactie van het jubileumboek (Swanny Kremer en Petra de Maar). Alle deelnemers ontvingen een exemplaar van dit boek, waarvan de titel luidt 'Mesdag wetenschappelijk; tien jaar wetenschappelijk onderzoek in FPC Dr. S. van Mesdag'. Deze inspirerende dag werd vervolgens afgesloten met een hapje en een (alcoholvrij) drankje.

Over de auteurs

Mw. L. Koning is masterstudent praktische filosofie en ethiek aan de Rijksuniversiteit Groningen. Zij loopt stage in FPC Dr. S. van Mesdag bij de werkgroep ethiek en doet onderzoek naar de grens tussen gek en niet-gek in de forensische psychiatrie

Dhr. J. Kraaijenbrink, student Wijsbegeerte RuG, Reguliere Master

Mw. A.J.Z. Kremer, MA en PhD student, filosoof, ethicus, werkt als junior onderzoeker in FPC Dr. S. van Mesdag

Dhr. T. Kuipers, student Wijsbegeerte RuG, Educatieve Master

Mw. S.M. Matthijsen MSc, psychologie, werkzaam als forensisch psycholoog bij de forensische GGZ-kliniek Groot Batelaar

Mw. drs. J.R. van der Meijde is humanistisch raadvrouw bij FPC Dr. S. van Mesdag

Dhr. dr. C.F.A. Milders is werkzaam als psychiater bij Lentis, afdeling Ouderenpsychiatrie

Dhr. E. Nieweg is kinder- en jeugdpsychiater bij Jonx|Lentis

Mw. drs. L.S. Pomp, PhD student Social Work/Sociologie, Stenden Hogeschool, FPC Dr. S. van Mesdag & INTERVICT, Universiteit van Tilburg

Dhr. dr. E.P. Veening is filosoof

Mw. M.A. te Winkel (MA) is afgestudeerd als filosoof aan de rijksuniversiteit Groningen, met als afstudeerrichting ethiek. Gedurende haar studie heeft ze stage gelopen op de afdeling onderzoek van FPC Dr. S. van Mesdag