

De teugels uit handen: hoe dwang en drang zich verhouden tot de autonomie van de psychiatrische patiënt

Roan Kasanmonadi

Coercion and pressure are controversial topics in the psychiatric field. At this time, efforts are underway to minimise the use of coercion and pressure as far as possible. There are four principles of medical ethics at stake by means of which ethical problems are analysed in the medical field. The principle of respect for autonomy is one of these principles and appears to be important in the consideration of the application of coercion and pressure. This begs the question in which way coercion and pressure can be reconciled with psychiatric patients' autonomy.

It is important for healthcare professionals to assume not only a clinical position, but also a phenomenological position. The latter takes into account a psychiatric patient's experience as a subject. Phenomenology presents us with a fundamental condition for possessing autonomy: existential feeling and a sense of reality. Both have been changed in psychiatric patients; a change which results in their losing their autonomy. Healthcare professionals need to ensure revival of this autonomy. Coercion and pressure could be of use in this process.

It is important that healthcare professionals evaluate the use of coercion and pressure within mental health care as often as possible and avoid abusing their position as an authority. At the end of the road, the aim should be to minimise the use of coercion and pressure as far as possible within the field of mental health and to develop methods of intervention which sustain patients' autonomy as much as possible.

Studentnummer 380896
Bachelorthesis Filosofie van de Geneeskunde
Erasmus School of Philosophy
Erasmus Universiteit Rotterdam
Begeleider: dr. A.W. Prins
Adviseur: prof. dr. H.A. Krop
12192 woorden
Juni 2020

Inhoudsopgave

1. Voorbeeldcasussen 3

- 1.1 Dwang 3
- 1.2 Drang 3

2. Inleiding 4-7

- 2.1 Psychiatrische stoornissen 4
- 2.2 Drang en dwang 5
- 2.3 DSM-criteria 5-6
- 2.4 Probleemstelling en doel van de thesis 6-7

3. Drang- en dwangmaatregelen 8-10

- 3.1 Het verschil tussen dwang- en drangmaatregelen 8
- 3.2 De toepassing van dwang en drang 8-10

4. De principebenadering 11-14

- 4.1 Introductie van de principebenadering 11
- 4.2 Het principe van niet-schaden 11-12
- 4.3 Het principe van weldoen 12
- 4.4 Het principe van rechtvaardigheid 12-13
- 4.5 Het principe van respect voor autonomie 13
- 4.6 Het probleem van de principebenadering 13-14

5. Autonomie 15-17

- 5.1 Introductie 15
- 5.2 Autonomie binnen de bioethiek 15-16
- 5.3 Andere analyses 16-17

6. De fenomenologie van de psychopathologie 18-24

- 6.1 De fenomenologische positie 18
- 6.2 De heterogeniteit van depressie 18-19
- 6.3 Disconnectie 19
- 6.4 Het missen van mogelijkheden in de wereld 19-20
- 6.5 Het onvermogen om te ontsnappen 20
- 6.6 Het onvermogen om te handelen 20-21
- 6.7 Kritische noten 21-22
- 6.8 Het pathologische aspect van de depressie 22-23
- 6.9 Koppeling met schizofrenie 23-24

7. Afsluitende overwegingen 25-27

- 7.1 Dwang- en drangmaatregelen 25
- 7.2 Autonomie en de principebenadering 25-26
- 7.3 De fenomenologische positie 26
- 7.4 De rol van de zorgverlener 26-27

8. Bibliografie 28-29

Hoofdstuk 1. Voorbeeldcasussen

1.1 Dwang

Meneer S. wordt opgenomen op de gesloten afdeling van het Erasmus MC, nadat hij schreeuwend op straat met een mes in zijn hand wordt aangetroffen door de politie. Omdat hij bij opname zeer agressief is naar de agenten en verpleegkundigen, wordt hij in een separatiekamer geplaatst. Hij blijft fysieke en verbale agressie vertonen in de separatiekamer en reageert niet wanneer de verpleging hem vraagt om een tablet lorazepam¹ in te nemen. Uiteindelijk dient de verpleging onder dwang intramusculair lorazepam toe, waarna de patiënt rustig wordt.

Na een aantal dagen is de patiënt nog steeds onrustig, maar meer voor rede vatbaar. Fysieke agressie is niet meer zichtbaar. Wanneer de arts met het separatieteam de patiënt bezoekt, reageert meneer S. toch verbaal agressief en uit hij wanhoop over zijn verblijf in de separeer. De arts besluit snel om toch opnieuw onder dwang intramusculair lorazepam toe te dienen.

1.2 Drang

Mevrouw D. is opgenomen op de gesloten afdeling voor stemmingsstoornissen. Ze is aan de betere hand en heeft maximale vrijheden, wat betekent dat ze tussen bepaalde tijdstippen vrij is om van de afdeling af te gaan. Vlak voordat mevrouw D. wil vertrekken om in het park te gaan wandelen, herinnert een verpleegkundige haar eraan dat ze haar medicatie nog moet innemen. 'Daar heb ik vandaag geen zin in,' antwoordt mevrouw D. Nadat de verpleegkundige meermaals herhaalt dat het belangrijk is dat mevrouw D. de medicatie inneemt, zegt hij uiteindelijk: 'Als u uw medicatie niet inneemt, mag u niet van de afdeling af.' Uiteindelijk besluit mevrouw D. de medicatie toch in te nemen. Als ze vervolgens vraagt of de deur van de afdeling geopend kan worden, zodat ze kan vertrekken, zegt de verpleegkundige: 'Sorry, maar als u direct uw medicatie had ingenomen, had het wel gemogen. Nu zult u helaas hier moeten blijven.'

¹ Lorazepam is een zogeheten benzodiazepine, o.a. bedoeld als kalmerend middel bij ernstige spanning.

Hoofdstuk 2. Inleiding

2.1 Psychiatrische stoornissen

De voorbeeldcasussen die op de vorige pagina beschreven zijn betreffen medisch-ethische vraagstukken over de toepassing van dwang- en drangmaatregelen in de psychiatrie. Deze maatregelen lijken deels adequaat te worden toegepast, maar deels ook dusdanig te worden toegepast dat de patiënt hier geen voordeel aan ondervindt of zelfs schade wordt toegebracht. Medisch-ethische vraagstukken vormen een belangrijk onderdeel van de geneeskunde. Vooral in de wereld van de psychiatrie is er een overvloed aan medisch-ethische vraagstukken. De psychiatrie is namelijk één van de weinige specialismen die weinig duidelijk omkaderd lijkt te zijn.

De psychiatrische stoornissen worden allemaal omvat in de Diagnostic and Statistic Manual of Disorders (DSM), maar deze stoornissen worden daarin gediagnosticeerd op basis van clusters van symptomen. Deze psychiatrische symptomen echter zijn niet zo makkelijk en objectief vast te stellen als bij somatische ziekten het geval is. Ondanks de training van psychiaters blijft het subjectieve oordeel in het diagnosticeren van psychiatrische stoornissen een grote rol spelen. Bij psychiatrische aandoeningen worden diagnoses vaak op een descriptieve basis gesteld; op basis van symptomen. Dit verschilt van somatische aandoeningen, die voornamelijk op basis van de etiologie van de ziekte worden gesteld. Dit komt doordat er nog geen consensus is over de neurobiologische oorzaak van psychiatrische aandoeningen. Overigens hoeft hierdoor volgens het *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry* niet gezegd te worden dat de neurobiologische (en daarmee de psychiatrische) wetenschap achterloopt op de somatische wetenschap, maar eerder dat de neurobiologische wetenschap een moeilijkere vorm van wetenschap is. (Fulford, Thornton, en Graham 2006, 33–34)

Zowel bij schizofrenie als bij depressie kunnen we stellen dat de DSM-criteria, hoewel effectief, niet de totale lading van deze stoornissen lijken te dekken. De DSM-criteria clusteren symptomen. Ze kijken naar de manifestatie van een psychiatrische stoornis zonder te kijken naar wat deze stoornis belichaamt. Matthew Ratcliffe schrijft dat het kan voorkomen dat er bij schizofrene patiënten negatieve symptomen worden geobserveerd zonder dat er verder wordt gekeken naar de beleving van de patiënt. (Ratcliffe 2011, 57) Het kan dus voorkomen dat een zorgverlener zo gefocust is op objectieve symptomen, dat hij iets belangrijks mist in het diagnostische en therapeutische proces. Wel kan volgens Ratcliffe worden gesteld dat de kenmerken die de DSM aangeeft voor deze stoornissen zeer goed passen bij een veranderd existentieel gevoel. (Ratcliffe 2011, 190) Ratcliffe schrijft dat psychiatrische symptomen kunnen worden geschaard onder een bepaald existentieel gevoel en dat het belangrijk is om de existentiële context in acht te nemen bij psychiatrische patiënten.

De taak van de zorgverlener is echter om op een betrouwbare manier een psychiatrische ziekte te diagnosticeren en te behandelen, niet om met een volledige beschrijving van depressie te komen. Echter bevatten de DSM-criteria niets over de ervaring van de depressieve patiënt. Volgens Matthew Ratcliffe is het goed mogelijk om een koppeling te maken tussen een *major depressive disorder* (MDD) en existentiële verandering. (Ratcliffe 2015, 6) Omdat de psychiatrie een specialisme is dat zich bezighoudt met de menselijke geest, is het bij uitstek het meest geschikte specialisme om breder te kijken dan klinische diagnoses of strikt empirisch onderzoek.

2.2 Drang en dwang

Een welbekend onderdeel van de psychiatrische behandeling is het uitvoeren van drang- en dwanghandelingen. Deze zijn niet beperkt tot separatie en medicatie, maar zijn onderdeel van een groot spectrum aan handelingen. Het gebruik van drang- en dwangmaatregelen is controversieel. Het is evident dat het toepassen van dergelijke maatregelen erg ingrijpend is voor zowel de patiënt en zijn familie als voor de zorgverleners. Binnen de GGZ wordt geprobeerd om de toepassing van dwang en drang zo veel mogelijk te minimaliseren. (Wassink 2008) Zo is er in 2002 een landelijk project gestart om drang en dwang meer zorgvuldig toe te passen. Aan dit project hebben twaalf GGZ-instellingen deelgenomen. (Abma, Widdershoven, en Lendemeijer 2004, 17–18) Het verminderen van drang en dwang lijkt zeker niet onmogelijk. Bij GGZ Eindhoven bleek dat de toepassing van deze maatregelen met 42% was afgenomen tussen 2012 en 2015 na het openen van een moderne high en intensive care (HIC). (Bierbooms e.a. 2017) Echter is in Nederland het aantal dwangopnames sinds 2016 toegenomen. Als reden hiervoor worden ‘slechte toegang en een tekort aan vrijwillige zorg’ gegeven, wat leidt tot een toename van dwangopnames doordat patiënten sneller in een crisissituatie terechtkomen. (“MIND: Opnieuw toename van dwang in de GGZ” 2017) De verscheidenheid van dwanghandelingen lijkt tegelijkertijd uit te breiden en zowel de mate waarin ze worden toegepast als de ernst van de handelingen lijken toe te nemen. Zo is het zelfs voorgekomen dat er een reeds geïsoleerde psychiatrische patiënt in een GGZ-instelling getasered werd door de politie. (“Dwang en Drang: ‘Tasergebruik nieuw dieptepunt in psychiatrie’” 2017) Het aantal klachten over dwang- en drangmaatregelen neemt eveneens toe: waar er in 2014 847 klachten werden ingediend bij Stichting Patiëntvertrouwenspersoon, waren dit er 1040 in 2015. (van Beurden 2016)

Het is lastig om te bepalen in hoeverre dwang- en drangmaatregelen kunnen bijdragen aan goede zorg. Het is belangrijk om te evalueren wat het uitvoeren van dergelijke maatregelen voor invloed heeft op de gesteldheid van de patiënt en om uit te zoeken of (en zo ja, wanneer) het toepassen van dergelijke maatregelen moreel te verantwoorden is. Het valt namelijk te betwisten of handelingen of beleidsvoering die in de zorg worden gezien als het meest praktisch (of eerder: het meest kosteneffectief) op filosofisch vlak ook uitkomen als moreel juist of ethisch te verantwoorden.

2.3 DSM-criteria

In deze thesis zal ik mijn pijlen voornamelijk richten op twee verschillende psychiatrische aandoeningen: MDD en schizofrenie.

MDD, ook wel een zware klinische depressie genoemd, kan volgens de DSM-V (American Psychiatric Association 2014) worden vastgesteld op basis van een aantal criteria:

‘A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijken af het eerdere functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

NB Hierbij geen symptomen meetellen die duidelijk zijn toe te schrijven aan een somatische aandoening.

1. Sombere stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld zich verdrietig, leeg of hopeloos voelen), ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld heeft tranen in de ogen).

(NB bij kinderen en adolescenten kan de stemming prikkelbaar zijn.)

2. Duidelijk verminderd(e) interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het

grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit een subjectieve beschrijving of observatie door anderen).

3. Significant gewichtsverlies zonder dat dieet wordt gehouden, of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5% van het lichaamsgewicht binnen één maand), of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust.

(NB Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename.)

4. Insomnia of hypersomnia bijna elke dag.

5. Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag (waarneembaar door anderen, en niet alleen subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden).

6. Vermoeidheid of verlies van energie, bijna elke dag.

7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die het karakter van een waan kunnen hebben) bijna elke dag (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn).

8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag (ofwel subjectief beschreven ofwel geobserveerd door anderen).

9. Recidiverende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), recidiverende suïcidegedachten zonder een specifiek of een suïcidepoging, of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

C. De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening.

D. Het optreden van de depressieve episode kan niet worden verklaard door een schizoaffectieve stoornis, schizofrenie, een schizofreniforme stoornis, een waanstoornis of door een andere gespecificeerde of ongespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis.

E. Er heeft zich nooit een manische of hypomanische episode voorgedaan.'

De DSM-V-criteria van schizofrenie (American Psychiatric Association 2014) zijn de volgende:

'A. Twee (of meer) van de volgende kenmerken, waarvan elk in een periode van één maand een significant deel van de tijd aanwezig is: (minimaal 1,2 of 3)

1. wanen, 2. hallucinaties, 3. gedesorganiseerd spreken, 4. ernstig gedesorganiseerd of katatoon gedrag, 5. negatieve symptomen.

B. Niveau van functioneren ligt op een of meer belangrijke levensgebieden duidelijk onder het niveau van het begin van de stoornis.

C. Symptomen van de stoornis zijn gedurende ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig.

D. Uitgesloten zijn een schizoaffectieve stoornis en een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken.

E. De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of aan een somatische aandoening.

F. Indien er een voorgeschiedenis is met een autistisch spectrumstoornis wordt de aanvullende diagnose schizofrenie alleen gesteld indien er gedurende ten minste één maand (of korter indien met succes behandeld) opvallende wanen of hallucinaties zijn.'

2.4 Probleemstelling en doel van de thesis

De filosofie is een uitstekend vakgebied om ethische kwesties binnen de psychiatrie te analyseren. Op dit moment wordt er in de medische ethiek in het algemeen gebruik gemaakt van vier principes om medisch-ethische vraagstukken te benaderen: niet-schaden, weldoen,

rechtvaardigheid en respect voor autonomie. Aan de hand van deze principes kan er een antwoord gegeven worden op een vraagstuk. (“Erlanger Medical Ethics Orientation Manual” 2000)

Bill Fulford (Fulford 1993) schrijft dat er een aantal blinde vlekken zijn in de medische ethiek. De eerste is dat de psychiatrie wordt verwaarloosd in de medische ethiek; de tweede dat er te veel focus ligt op behandeling en niet genoeg op diagnose; de derde dat er enkel naar (psychiatrische) ziekten wordt gekeken als wetenschappelijke concepten; de vierde dat er te weinig aandacht wordt besteed aan de koppeling tussen de psychiatrie en de filosofie. Deze blinde vlekken komen tot uiting in het ‘misbruiken van de psychiatrie’. Het erkennen van deze blinde vlekken kan helpen om op een betere manier zorg te leveren.

In deze thesis tracht ik een antwoord te geven op de vraag hoe dwang en drang zich verhouden tot de autonomie van de psychiatrische patiënt. Ik zal mij hierbij voornamelijk focussen op de depressieve en schizofrene patiënt. Ik zal een beschrijving geven van drang en dwang en de knelpunten van dergelijke maatregelen weergeven. Uitgaande van de principebenadering van Tom Beauchamp en James Childress zal ik uiteenzetten waarom ik denk dat het belangrijk is om te kijken naar de grondvoorwaarde voor het hebben van autonomie en deze grondvoorwaarde in de fenomenologie te zoeken. Tot slot zal ik een standpunt innemen aangaande de vraag of dwang en drang recht kunnen doen aan de autonomie van een psychiatrische patiënt en de rol van de arts aangaande het behoeden en bewaken van diens autonomie overwegen.

3. Dwang- en drangmaatregelen

3.1 Het verschil tussen dwang- en drangmaatregelen

Dwang kan op allerlei manieren plaatsvinden in de zorg. Zo kan een patiënt gedwongen worden opgenomen of tijdens opname worden gefouilleerd. Er worden in Nederland vijf zogeheten 'middelen en maatregelen' onderscheiden: separatie, afzondering, fixatie, medicatie en toediening van vocht en voedsel.

Bij separatie wordt een patiënt in een afgesloten en kale kamer geplaatst. Dit is alleen toegestaan in de geestelijke gezondheidszorg. Bij afzondering wordt de patiënt ook in een afgesloten kamer geplaatst, maar staan hier meer spullen in, zoals een bed en een kast. Bij fixatie wordt een patiënt vastgebonden op een bed of stoel. Bij medicatie wordt gedwongen medicatie toegepast. Bij toediening van vocht en voedsel wordt er gedwongen voedsel binnengebracht door middel van een infuus of sonde.

Dwangmaatregelen zijn alleen toegestaan in noodsituaties onder drie voorwaarden: 1) de situatie is niet opgenomen in het behandelplan; 2) ingrijpen is absoluut nodig om gevaar af te wenden; 3) de middelen en maatregelen moeten zo kort mogelijk duren; nooit langer dan 7 dagen. Middelen en maatregelen mogen niet worden toegepast bij patiënten die vrijwillig zijn opgenomen. Drang is 'een vorm van ingrijpen waarbij wordt geprobeerd de ander tot een bepaald gedrag te bewegen waartoe hij niet uit zichzelf overgaat'. Er is geen sprake van gevaar, maar het doel hierbij is om ervoor te zorgen dat een patiënt een zinvol dagritme ontwikkelt en behoudt. (Abma, Widdershoven, en Lendemeijer 2004, 49) Een voorbeeld hiervan is de situatie die eerder geschetst werd, waarbij mevrouw D. de afdeling niet mag verlaten zonder haar medicatie in te nemen.

Een dwangmaatregel kan worden vergeleken met de intensive care van de somatische geneeskunde. Net zoals bij de intensive care wordt het lichaam geacht tijdelijk niet in staat te zijn om bepaalde homeostatische processen uit te voeren, waardoor dit tijdelijk wordt overgenomen door de zorgverlener. In de psychiatrie is de interactie met de omgeving het proces dat tijdelijk overgenomen wordt. Door middel van dwang wordt de interactie met de omgeving tijdelijk gereguleerd. Drangmaatregelen zijn lastiger te definiëren, omdat ze binnen een breed spectrum vallen en niet kunnen worden aangewezen als specifieke handelingen.

3.2 De toepassing van dwang en drang

De toepassing van dwang en drang verschilt per land. Zo vindt separatie in Denemarken niet plaats, maar wordt er wel gefixeerd in combinatie met 24-uurs hand-in-handbegeleiding. Verder ligt de gemiddelde duur en frequentie van separatie in Nederland hoger dan in elk ander Europees land. (Abma, Widdershoven, en Lendemeijer 2004, 39)

Regels omtrent de toepassing van dwang- en drangmaatregelen zijn vastgelegd in de wet verplichte ggz (Wvvgz). Als ethische tegenhanger voor haar voorganger, de wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, zijn er in de Nederlandse psychiatrie acht kwaliteitscriteria voor dwang en drang opgesteld. Deze zijn gericht op zorgvuldigheid in het omgaan met dwang en drang. Belangrijke onderdelen hiervan zijn het erkennen van dwang en drang als onderdeel van de psychiatrie, het erkennen van emoties in dit proces en het belang van communicatie, reflectie op zowel het doel van ingrijpen als de middelen en het streven naar adequate randvoorwaarden. Vervolgens is – als opgemerkt – in 2002 een project gestart om deze kwaliteitscriteria toe te passen in de psychiatrie met als doel het verbeteren van de praktijk, waaraan twaalf zorginstellingen hebben deelgenomen. (Abma, Widdershoven, en

Lendemeijer 2004, 16–19) Naast het invulling geven aan de criteria blijft het belangrijk om naar de individuele patiënt te kijken bij de toepassing van drang en dwang. Elke patiënt reageert hier immers anders op. Waar separatie bij de ene patiënt zeer goed werkt, kan het zijn dat deze bij een vergelijkbare patiënt niet of zelfs averechts werkt. (Abma, Widdershoven, en Lendemeijer 2004, 42)

Bij de toepassing van dwang- en drangmaatregelen staan twee vormen van vrijheid centraal: positieve en negatieve vrijheid.

Positieve vrijheid houdt in dat een patiënt in staat is om zijn leven op een actieve manier vorm te geven – waarbij inzicht in de situatie en greep hierop cruciaal zijn – met zelfontplooiing als optimaal doel. Vanuit het principe van positieve vrijheid kan gesteld worden dat het ingrijpen door middel van drang of dwang problematisch is, maar dat dit ook geldt voor het aan diens lot overlaten van de patiënt. (Abma, Widdershoven, en Lendemeijer 2004, 48–50) Negatieve vrijheid houdt in dat een patiënt vrij is van beïnvloeding door anderen. De patiënt is in zijn handelen onbelemmerd door anderen.

Drang- en dwangmaatregelen kunnen worden geanalyseerd op basis van deze twee vormen van vrijheid. Het is niet zo dat één van de twee de voorkeur geniet: positieve vrijheid weegt soms op tegen negatieve vrijheid, maar het tegenovergestelde kan ook waar zijn. Als het plegen van inbreuk op de negatieve vrijheid ervoor zorgt dat een patiënt in staat raakt om zichzelf te ontplooien, dan weegt negatieve vrijheid op tegen positieve vrijheid.

Bij het uitvoeren van dwang- en drangmaatregelen is er volgens Guy Widdershoven (Widdershoven en Berghmans 2007) sprake van een afweging tussen twee opties. Als een dergelijke maatregel wordt toegepast, wordt de patiënt de mogelijkheid om te handelen volgens eigen doelen afgenomen. Als de maatregel echter niet wordt toegepast, kan dit leiden tot schade aan de patiënt vanwege de achterliggende psychopathologie. Het is dus de vraag welke van de twee opties leidt tot de meeste verbetering van niet alleen de kwaliteit van leven van de patiënt, maar ook van de instandhouding van diens identiteit en autonomie.

Het toepassen van dwang- en drangmaatregelen leidt vaak tot emoties bij verpleegkundigen of artsen die deze maatregelen moeten uitvoeren. Widdershoven schrijft hierover dat het niet meer dan normaal is dat er sprake is van het opkomen van emoties bij zorgverleners wanneer dwang- en drangmaatregelen worden toegepast. Er is immers geen sprake van een normale situatie wanneer een persoon wordt gesepareerd of dwangmedicatie toegediend krijgt. Hij stelt dat het juist problematisch wordt wanneer emoties geen rol spelen in dit proces. Het idee dat de staf zich professioneel moet opstellen en daarmee immuun voor emoties moet zijn is volgens hem problematisch. Wel moet ervoor worden gewaakt dat emoties, ondanks hun belang, niet de overhand nemen. Uiteindelijk blijft het belangrijk om een weloverwogen keuze te maken en deze moet voortkomen uit de ratio. De emoties kunnen wel bijdragen aan de mate waarin een keuze weloverwogen is gemaakt.

Er kan worden gesteld dat een patiënt, als hij gezond zou zijn, zou willen dat hij zo goed en efficiënt mogelijk behandeld wordt. Als iemand zijn been breekt, dan is het evident dat die persoon wil dat zijn been zo snel mogelijk geneest, zelfs als hij daar gips voor moet krijgen en zijn kwaliteit van leven daardoor even achteruitgaat (wellicht dat deze persoon hierdoor niet meer een fysieke sport kan uitoefenen, terwijl dit zijn hobby is). Hetzelfde kan worden gezegd over de psychiatrie. Dwang- en drangmaatregelen hebben wellicht tijdelijk invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt, maar zijn bedoeld om het uiteindelijke herstelproces te optimaliseren.

Dit betekent echter niet dat het niet belangrijk is dat er toch altijd wordt getracht om

een patiënt te laten inzien dat het noodzakelijk is om een bepaalde maatregel te nemen, zelfs als aangenomen wordt dat de patiënt nu niet in staat is om dit in te zien of dat de patiënt dit achteraf hoe dan ook had gewild. Als deze poging niet plaatsvindt, wordt de identiteit van de patiënt niet meegenomen in de behandeloverweging en wordt de patiënt daarmee gereduceerd tot een ziek lichaam.

Het is de vraag welke dwangmaatregel kan worden gezien als het meest invasief. Juridisch gezien is separatie minder ingrijpend dan het toedienen van dwangmedicatie, omdat er bij de laatste maatregel wordt binnengedrongen in het lichaam van de patiënt. Echter kan de patiënt dit anders ervaren. (Abma, Widdershoven, en Lendemeijer 2004, 50) Widdershoven schrijft dat de ervaringen van een patiënt het meest belangrijk zijn in de reflectie op een bepaalde dwanginterventie. Het lastige bij een dergelijke reflectie is het feit dat deze pas *achteraf* plaats kan vinden. Een patiënt die middenin een heftige psychose zit kan moeilijk aangeven welke dwangmaatregel hij prefereert. Ook kan het zo zijn dat een patiënt *helemaal geen* dwangmaatregel prefereert. Een patiënt is niet altijd in staat de overweging te maken. Daarom is de wisselwerking tussen zorgverlener en patiënt van onschatbare waarde. De zorgverlener moet te allen tijde klaar zijn om te observeren wanneer een patiënt in staat wordt om rationeel te oordelen over interventiemethoden.

4. De principebenadering

4.1 Introductie van de principebenadering

Beauchamp en Childress introduceren in *Principles of Biomedical Ethics* een verzameling van vier morele principes die gebruikt kunnen worden in de biomedische ethiek. (Beauchamp en Childress 2009) Deze zijn uitgewerkt op basis van normen van een gemeenschappelijke moraliteit. Deze vier medisch-ethische principes dienen als richtlijnen voor de ethische analyse.

De vier medisch-ethische principes zijn: niet-schaden, weldoen, rechtvaardigheid en respect voor autonomie. Waar de eerste twee in de geschiedenis altijd al een belangrijke rol hebben gespeeld in de ethiek, zijn de laatste twee principes pas later in de geschiedenis geïntroduceerd. (Beauchamp en Childress 2009, 12–14) Deze principes lijken in Nederland zelfs meer belang te hebben dan niet-schaden en weldoen in het debat over de medische ethiek. (Abma, Widdershoven, en Lendemeijer 2004, 38–39) Het is belangrijk in gedachten te houden dat deze principes geen harde regels zijn. De morele principes zijn universeel, maar niet absoluut. Er moet inhoud aan hen worden gegeven door ze te specificeren in een bepaalde situatie. Er is ruimte voor afweging van de verschillende principes. Twee verschillende principes kunnen bovendien in conflict zijn met elkaar, waarbij er na bewuste afweging van de opties kan worden bepaald welke de overhand heeft. Ook kan elk principe op een gerechtvaardigde manier worden verworpen. Beauchamp en Childress beschrijven een verschil tussen *prima facie*-verplichtingen en absolute verplichtingen. Een *prima facie*-verplichting moet in een specifieke situatie worden vervuld, tenzij er een sterkere absolute verplichting aan het licht komt die haar verwerpt. De afweging is dus cruciaal in het toepassen van deze principe-ethiek. (Beauchamp en Childress 2009, 15)

Tot slot is het belangrijk om te onthouden dat het morele proces niet eindigt bij het maken van een morele keuze. Na de keuze volgt altijd een bepaalde morele nasleep. Het kan zijn dat er nog steeds rekening moet worden gehouden met de verworpen verplichting door middel van het geven van informatie of het betuigen van spijt, of dat de situatie aangepast moet worden om een nieuw conflict te vermijden. Een overklaste verplichting verdwijnt nooit helemaal van het speelveld. (Beauchamp en Childress 2009, 16)

4.2 Het principe van niet-schaden

Het principe van niet-schaden is gebaseerd op de verplichting dat wij anderen geen schade mogen aandoen. De Latijnse zin *primum non nocere*, ‘in ieder geval geen kwaad doen’, ligt hieraan ten grondslag en is een uitspraak die vaak als leidraad wordt gegeven in het nemen van beslissingen in medische vraagstukken. In de Eed van Hippocrates is dit principe, samen met het principe van weldoen, verwerkt in de volgende zin: ‘Ik zal naar mijn beste oordeel en vermogen en om bestwil mijner zieken hen een leefregel voorschrijven en nooit iemand kwaad doen.’ (Rohaert, z.d.)

Ondanks de mogelijke gedachte dat dit principe gelijk is aan het principe van weldoen, verschillen de twee toch op een duidelijke manier. Zo vallen er vele handelingen onder de noemer ‘weldoen’, maar niet onder de noemer ‘niet schaden’ en vice versa. Verder kan het aanrichten van schade vaak worden gerechtvaardigd wanneer er een andere handeling kan worden uitgevoerd die meer voordeel oplevert, wat impliceert dat er wel sprake moet zijn van twee verschillende principes. Ook heeft het principe van niet-schaden over het algemeen prioriteit over het principe van weldoen. Als er schade wordt aangericht, betekent dit dat de

belangen van een persoon worden geschaad. In de medische wereld wordt met niet-schaden meestal gekeken naar fysieke of mentale schade en dood. (Beauchamp en Childress 2009, 149–53) Het geniet meestal de voorkeur om niet te handelen, en daarmee geen schade aan te richten, dan om wel te handelen en mogelijk goed te doen. Dit is logisch in de geneeskunde, waarbij er vaak keuzes worden gemaakt over leven, dood en de kwaliteit van leven.

Nalatigheid valt ook onder het principe van niet-schaden; er is namelijk ook een verplichting om het risico op schade niet te doen toenemen, zowel intentioneel als per abuis. De doelen moeten de middelen rechtvaardigen. In de medische wereld wordt wel eens onderscheid gemaakt tussen het stoppen van behandelingen en het niet starten van behandelingen, waarbij het niet starten van behandelingen als minder immoreel wordt gezien dan het stoppen van behandelingen. Volgens Beauchamp en Childress is een dergelijke onderscheiding gevaarlijk en moreel irrelevant. (Beauchamp en Childress 2009, 153–55)

4.3 Het principe van weldoen

Het is een morele verplichting om bij te dragen aan het welzijn van anderen. Hierin verschilt het principe van weldoen van het principe van niet-schaden. Bij het eerste moet een subject namelijk actief iets ondernemen. Hij moet bewust handelingen uitvoeren die het welzijn van een ander verbeteren. Verder hoort bij dit principe de combinatie van het tegen elkaar afwegen van voordelen, risico's en kosten om zo tot het beste resultaat te komen. (Beauchamp en Childress 2009, 197)

Waar het principe van niet-schaden bijna altijd verplicht is, is het principe van weldoen vaak optioneel. Dit komt doordat extreme vormen van weldoen (zelfopoffering, vergaand altruïsme) niet passen binnen een common-sense-moraliteit. Deze vormen passen bij het ideaal van weldoen, maar niet bij het principe hiervan. Als iemand schade aanricht, wordt dit vaak als immoreel gezien, maar als iemand niet weldoet wordt dit vaak niet als immoreel gezien. Het is lastig om regels vast te stellen voor dit principe; in het verleden is dit geprobeerd, maar volgens Beauchamp en Childress zonder succes. Belangrijk bij het opstellen van regels voor dit principe is om te proberen om van een minimum van dit principe uit te gaan. (Beauchamp en Childress 2009, 198–99, 201)

Het is bij dit principe de vraag of weldoen niet snel doorslaat in paternalisme. Hierbij is er een botsing tussen het principe van respect voor autonomie en het principe van weldoen. Beauchamp en Childress schrijven dat er in de medische praktijk vaak sprake is van 'zacht paternalisme', waarbij zorgverleners ervoor zorgen dat de belangen van de patiënt worden behartigd bij een gebrek aan substantiële autonomie van de patiënt. (Beauchamp en Childress 2009, 208–9)

Ook is het bij het maken van een afweging tussen voordelen, risico's en kosten lastig om te bepalen of een zorgverlener niet voornamelijk kijkt naar de voordelen voor de gemeenschap in plaats van voor de patiënt en of dit zwaarder telt dan het zo laag mogelijk houden van risico's bij de patiënt. (Beauchamp en Childress 2009, 210)

4.4 Het principe van rechtvaardigheid

Het principe van rechtvaardigheid is voornamelijk belangrijk wanneer specifieke omstandigheden of eigenschappen van personen bepaalde rechten of hindernissen met zich meebrengen.

Als iemand op een rechtvaardige manier aanspraak op iets maakt, betekent dit dat hij ergens recht op heeft. In de medische praktijk gaat het vaak over zorgverzekeringen, het

krijgen van zorg of gelijke toegang tot onderzoek. Dit principe geldt net, als de andere principes, niet absoluut. In situaties waarbij sprake is van schaarste moeten er soms keuzes worden gemaakt waarbij de rechtvaardigheid opgeofferd of gecompromitteerd moet worden. (Beauchamp en Childress 2009, 240–41)

Het formele principe dat hierbij hoort is een principe dat geformuleerd is door Aristoteles: ‘gelijken moeten gelijk behandeld worden en ongelijken moeten ongelijk behandeld worden.’ Echter is dit een leeg principe; er worden geen criteria gevormd om te bepalen wie gelijk aan elkaar zijn en waar de grens van de gelijkheid ligt. Er is echter ook een materieel principe, waarbij specifiekere principes worden gevormd. Verdeling gebeurt hierbij op basis van een bepaalde eigenschap, zoals noodzaak, bijdrage of verdiensten. Er zijn talloze materiële principes denkbaar. (Beauchamp en Childress 2009, 242–43)

In de zorg is er vaak sprake van ongelijkheid wat betreft geslacht, etniciteit en ras. Dit zijn sociale problemen die vallen onder de regel van eerlijke kansen. Deze regel stelt dat personen sociale voorzieningen niet mogen ontvangen op basis van onverdiende voordelige eigenschappen, en dat deze hen niet mogen worden geweigerd op basis van onverdiende nadelige eigenschappen. Het is belangrijk om prioriteiten te stellen als zorgverlener, zodat bepaald kan worden hoe de voorzieningen zo adequaat mogelijk kunnen worden verdeeld bij schaarste.² (Beauchamp en Childress 2009, 248, 250–53, 268–69)

4.5 Het principe van respect voor autonomie

Van de drie principes lijkt respect voor autonomie de enige te zijn die de patiënt een rol als subject geeft. Bij de principes van weldoen, niet-schaden en rechtvaardigheid gaat het over de zorgverlener-patiëntrelatie als een subject-objectrelatie, omdat het handelingen betreft die effect hebben op de patiënt. Bij het principe van respect voor autonomie is er een wisselwerking tussen subjecten; de arts moet namelijk in acht nemen dat zijn patiënt niet slechts het object van zijn handelen is, maar ook een subject dat zelf in staat is en de wil heeft om te handelen. Dit principe zal in het volgende hoofdstuk worden toegelicht in combinatie met de vraag wat dit principe inhoudt.

4.6 Het probleem van de principebenadering

De principebenadering lijkt een goede benadering te zijn voor het analyseren van medisch-ethische vraagstukken. Echter is het gevaar bij deze benadering dat deze in de praktijk te hard omkaderd wordt. Ondanks het feit dat Beauchamp en Childress schrijven dat het belangrijk is dat de zorgverlener zelf inhoud geeft aan de principes, lijkt de analyse uiteindelijk altijd te draaien om een overwegend kwantitatieve afweging van principes. De analyse neemt de vorm aan van een rekensom: principe A levert meer op dan principe B en principe C doet meer kwaad dan principe B, waardoor de uitkomst wordt dat principe A het sterkst geldende principe is in een specifiek vraagstuk. Er wordt in de praktijk niet meer gekeken of een behandeloptie ethisch te verantwoorden is, maar alleen gekeken naar de praktische oplossing. Ondanks het feit dat het in de medische wereld belangrijk is om op korte termijn juiste beslissingen te nemen, is het de vraag of er niet meer buiten de kaders gedacht moet worden in de bioethiek en met name in de psychiatrie. De mens als existentieel subject is namelijk niet

² Op dit moment is er veel discussie gaande over de bezuinigingen in de geestelijke gezondheidszorg. Het is de vraag of er hiermee wel wordt voldaan aan de regel van eerlijke kansen, en of er wel wordt voldaan aan het principe van rechtvaardigheid.

zo makkelijk te kwantificeren.

5. Autonomie

5.1 Introductie

Om een verband te kunnen leggen tussen het toepassen van dwang- en drangmaatregelen en de autonomie van de psychiatrische patiënt, moet er nadere een omschrijving van het begrip 'autonomie' worden gegeven.

5.2 Autonomie binnen de bioethiek

Respect voor autonomie wordt door Beauchamp en Childress vooral beschreven binnen de klinische setting. (Beauchamp en Childress 2009, 99) Er wordt vooral gekeken naar de autonomie die de patiënt wat betreft zijn behandeling heeft, maar er wordt weinig rekening gehouden met de autonomie in de bredere context van het woord. Dit medisch-ethische principe kan namelijk geëxtrapoleerd worden naar het totale leven van de patiënt als subject; niet alleen zijn leven als klinisch patiënt of als iemand die lijdt aan een ziekte.

Het is bij het principe van autonomie zoals beschreven in *Principles of Biomedical Ethics* belangrijk om in acht te nemen dat de focus niet ligt op autonome subjecten, maar op autonome keuzes. Ze stellen hier drie voorwaarden aan: een handeling moet 1) bewust; 2) begripvol en 3) zonder sturende invloeden worden uitgevoerd. Hierbij stellen ze dat het onmogelijk is om volledig te voldoen aan de tweede en derde voorwaarde. Het is immers mogelijk dat iemand de inhoud van zijn keuzes niet volledig begrijpt. Ook kan een subject nooit zonder enige invloed van buitenaf een keuze maken, omdat het subject onderdeel is van de wereld. Als je een auto koopt, is het makkelijk om deze bewust te kopen. Echter kan het zijn dat er informatie beschikbaar is waar je geen weet van hebt, zonder dat dit afbreuk doet aan de autonomie van je keuze. Ook wordt je keuze beïnvloed door bijvoorbeeld de keuze aan auto's of je voorkeur voor een bepaald model omdat je dat eerder in een autoblad hebt gezien. (Beauchamp en Childress 2009, 100–102)

Een autonome keuze kan verder zonder problemen samengaan met autoriteit. Als er een autoriteit is die een bepaalde keuze beïnvloedt, hoeft de integriteit van de autonomie namelijk niet per se verloren te gaan. Het is wel belangrijk dat het subject in dit geval de autoriteit van een andere entiteit (dit kan een institutie zijn, maar ook een persoon) accepteert en zich hierbij neerlegt. Als dit niet gebeurt, kan conflict ontstaan. (Beauchamp en Childress 2009, 102–3) Het is zelfs zo dat een subject niet altijd in staat is om zijn eigen autonomie te waarborgen. Soms is hierbij de hulp van een autoriteit nodig.

Bij respect voor autonomie wordt de andere persoon respectvol behandeld in de zin dat er wordt erkend dat de ander in staat is tot het maken van autonome keuzes en er ruimte wordt geboden voor de andere persoon om autonoom te handelen. Er kunnen echter situaties voorkomen waarbij dit principe niet wordt gehonoreerd. Beauchamp en Childress geven het voorbeeld van een leugen die een arts aan een patiënt vertelt over zijn ziekte, die gerechtvaardigd kan worden door middel van het principe van weldoen. (Beauchamp en Childress 2009, 103–5) Elk principe kan op een gerechtvaardigde manier worden verworpen en het principe van respect voor autonomie is hier geen uitzondering op. (Beauchamp en Childress 2009, 15)

Het is belangrijk om in gedachten te houden dat het recht op autonomie een *recht* is en geen plicht. Een patiënt mag niet gedwongen worden om een keuze te maken. De zorgverlener moet altijd met de patiënt in dialoog gaan om zo uit te vinden hoeveel informatie de patiënt wil ontvangen en of de patiënt zelf een keuze wil maken aangaande (aspecten van)

de behandeling. (Beauchamp en Childress 2009, 105–7)

Informed consent is een praktisch concept dat goed past bij het principe van respect voor autonomie. Hierbij wordt rekening gehouden met het recht van de patiënt om te beslissen wat voor informatie hij wil ontvangen en, naast andere keuzes in de behandeling, of hij wel of niet instemt met het ondergaan van een bepaalde behandeling. *Informed consent* kan echter vele vormen aannemen; het is niet strak omkaderd, wat het lastig maakt om te bepalen wanneer er wel en niet sprake is van *informed consent*. Ook is de toestemming van de patiënt dynamisch. De overtuigingen en keuzes van een patiënt kunnen mettertijd veranderen. Het is lastig om uit te vinden wanneer een veranderde overtuiging of keuze getuigt van autonomie. (Beauchamp en Childress 2009, 107–11) Ook kan het voorkomen dat een patiënt incompetent is: niet in staat tot het maken van autonome keuzes. (Beauchamp en Childress 2009, 114) In de praktijk komt het bijvoorbeeld voor dat niet elke psychiatrische patiënt in staat is om autonome keuzes te maken, wat in sommige gevallen, zoals in de casus van meneer S., leidt tot dwangbehandeling en/of de toepassing van dwang- of drangmaatregelen.

5.3 Andere analyses

Guy Widdershoven, hoogleraar Medische Filosofie en Ethiek aan de Vrije Universiteit, beschrijft ook *advance directives*, waarbij een persoon schriftelijk vastlegt wat voor beslissingen er genomen worden in het geval dat hij zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen wat betreft behandeling door ziekte. Hij schrijft dat autonomie niet slechts een basis is voor deze *advance directives*, maar iets is dat continue communicatie tussen behandelaar en patiënt vereist. (Widdershoven 2001) Hij geeft terecht aan dat het belangrijk is om autonomie niet te zien als iets statisch. Autonomie is niet iets dat aan- of uitgezet kan worden, maar bestaat in verschillende gradaties die constant aan verandering onderhevig zijn. Het is daarom belangrijk om continu te reflecteren op het bestaan van de autonomie en de kwaliteit ervan. Een gevaar is om een subject S op moment M onder omstandigheden O te beschouwen als autonoom en vervolgens op latere momenten en in andere omstandigheden te handelen naar de beschouwing op dat moment M.

Wanneer het gaat om respect voor autonomie zijn er een paar belangrijke onderdelen die naar voren lijken te komen:

- 1) Het erkennen van het recht van een ander om bepaalde ideeën te hebben en keuzes te maken;
- 2) Het minimaliseren van situatieonderdelen die afbreuk doen aan de autonomie van een subject.

Deze voorwaarden kunnen niet altijd mogelijk gemaakt worden door het subject zelf. Daarom moet er soms een autoriteit ten tonele verschijnen die ervoor zorgt dat de onderdelen van de autonomie hersteld worden. De zorgverlener kan optreden als autoriteit wanneer een psychiatrische patiënt keuzes moet maken die behandelconsequenties hebben.

Echter, de hierboven genoemde schrijvers lijken mijns inziens iets belangrijks over het hoofd te zien wat betreft autonomie. Widdershoven, Beauchamp en Childress nemen in hun werken duidelijk een klinische positie in, waarbij ze alleen kijken naar objectieve symptomen van patiënten. Er wordt gekeken naar autonome keuzes, maar niet naar autonome subjecten. Eerder is al geschreven dat een dergelijke klinische positie niet voldoende is om een psychiatrische ziekte op een volledige manier te analyseren, maar dit geldt ook voor de medisch-ethische principes. Het is deze klinische positie die de principe-ethiek een rigide vorm doet aannemen. Wanneer een fenomenologische positie wordt ingenomen, en de

psychiatrische patiënt als subject wordt meegenomen in de overwegingen, lijkt er iets anders op te doemen in de beschrijving van autonomie. Het gaat hierbij niet om de *inhoud* van, maar om de *grond* voor het hebben van autonomie. Het maken van autonome keuzes vooronderstelt namelijk een manier van in contact staan met de wereld. Om autonoom te kunnen zijn, lijkt een persoon in staat te moeten zijn om zich te engageren met anderen of met de wereld. De autonomie kan verloren gaan, of op zijn minst *sterk veranderen*, bij een veranderde relatie met de wereld. Het is op dit punt dat een fenomenologische positie, waarbij rekening gehouden wordt met hoe een psychiatrische patiënt zich verhoudt tot zijn omgeving, zijn ziekte en de wereld, de klinische positie uitstekend kan complimenteren.

6. De fenomenologie van de psychopathologie

6.1 De fenomenologische positie

Het werk van Matthew Ratcliffe, professor aan de University of York, omvat onder andere de dialoog tussen fenomenologisch onderzoek en psychiatrie. (Ratcliffe, z.d.) Volgens hem is het bijvoorbeeld noodzakelijk om vanuit een fenomenologische positie te kijken naar een depressie. Hierbij is er meer ruimte om te kijken naar het gevoel van thuishoren in de wereld. Het gevaar bij een uitsluitend klinische positie is dat de menselijke ervaring, de geest en de persoonlijke inhoud van de patiënt worden geminimaliseerd. Hij koppelt dit aan het standpunt van Edmund Husserl dat we de manier waarop anderen de wereld ervaren niet als vanzelfsprekend moeten aannemen. Onderdeel van de manier waarop een zorgverlener kijkt naar een patiënt is de aanname van een gemeenschappelijke wereld waarin zorgverlener en patiënt zich bevinden. Echter is dit niet altijd het geval bij psychiatrische patiënten, omdat zij een veranderd besef van de werkelijkheid hebben. Het besef van de werkelijkheid is een belangrijk onderdeel van de diepere acceptatie van de wereld. (Ratcliffe 2015, 15–18)

De overgang van een klinische naar een fenomenologische benadering is een methodologische overgang. Deze overgang impliceert het besef dat de wetenschap niet in staat is om op zichzelf alle vraagstukken die te maken hebben met het besef van de werkelijkheid te beantwoorden. De fenomenologische positie is meer dynamisch; er is sprake van een sterke wisselwerking met de te observeren psychopathologie. Hierdoor is het niet nodig om eerst de positie te vormen en vervolgens met de observatie te starten. De positie verandert gedurende de observatie. Deze dynamische positie past bij de dynamiek die inherent is aan autonomie zoals beschreven in het vorige hoofdstuk.

Verder is het niet nodig om depressie te ervaren om een fenomenologische positie in te nemen. (Ratcliffe 2015, 21, 23) Dit komt omdat de meeste ervaringen van depressieve patiënten allemaal te maken hebben met een aantal thema's. Het is belangrijk om rekening te houden met de inhoud van deze thema's en de manier waarop deze de ervaring van de patiënt veranderen. (Ratcliffe 2015, 67)

6.2 De heterogeniteit van depressie

Volgens Ratcliffe is depressie breed en heterogeen. Dit maakt het moeilijk om te komen tot een accurate en volledige beschrijving van deze ziekte. Hij noemt wel een aantal thema's die vaak terugkomen bij depressies: disconnectie, zowel interpersoonlijk als van de wereld, een gevoel van tijdloosheid en van het onvermogen om aan de depressie te ontsnappen, niet in staat zijn te handelen en het missen van bepaalde mogelijkheden in de wereld die normaal als vanzelfsprekend beschouwd werden. Volgens hem vindt er echter niet altijd een existentiële verandering plaats bij iemand die aan de criteria van MDD voldoet. (Ratcliffe 2015, 8, 14–15) In tegenstelling tot wat Ratcliffe schrijft, lijkt het mijns inziens voor de hand te liggen om te zeggen dat er wél een existentiële verandering plaatsvindt bij iedereen die lijdt aan MDD. Het geheel van symptomen van de DSM-criteria lijkt immers fenomenologisch heel sterk gekoppeld te kunnen worden aan existentiële veranderingen.

Ratcliffe schrijft dat er geen sprake is van versterkte of juist afgezwakte gevoelens bij een depressie, maar dat het probleem dieper ligt. Volgens hem bevindt de depressieve patiënt zich in een wereld die anders is dan de wereld waar de meeste mensen zich in bevinden. In deze wereld is het wellicht zo dat de 'normale' mensen 'meer van x' of 'minder van y' voelen dan zij, maar het werkelijke probleem is dat zij niet meer het gevoel hebben dat ze op een

comfortabele manier in deze wereld staan. (Ratcliffe 2015, 15)

Emoties kunnen worden gezien als intentionele toestanden, maar de manier waarop de wereld wordt ervaren kan worden gezien als iets dat pre-intentioneel is. Hierdoor worden het gevoel en de intentionaliteit bepaald in vorm en inhoud. Dit pre-intentionele aspect maakt van het gevoel een existentieel gevoel. Emoties in de psychopathologie kunnen intentioneel zijn, waarbij een patiënt bijvoorbeeld niet meer in staat is om uit te kijken naar p , maar wel naar q , en pre-intentioneel, waarbij de totale mogelijkheid van het uitkijken naar iets verloren gaat. Het existentiële gevoel is niet lineair; er is geen sprake van gevoelens die elkaar opvolgen, maar er is sprake van een complex systeem waarbij er een fundering uit de wereld verdwenen lijkt te zijn in de ogen van een depressieve patiënt. (Ratcliffe 2015, 34–35, 38)

Het besef van de werkelijkheid zorgt ervoor dat de mens in staat is om verschil te zien tussen wat in het hier en nu gebeurt en wat een mogelijkheid is. Verder biedt het gelegenheid te onderscheiden wat wel en niet het geval is in de wereld. Bij een verminderd besef van de werkelijkheid wordt het moeilijker om de overtuiging dat p en de verbeelding van p te onderscheiden. Ratcliffe ziet dit vermogen als een fenomenologische prestatie die niet kan worden gescheiden van het gevoel van horen bij een gedeelde wereld; een achtergrond waardoor we opvattingen ontwikkelen over gebeurtenissen in de wereld. (Ratcliffe 2015, 15–18) Dit vermogen lijkt niet alleen belangrijk te zijn om op een gezonde manier interactie te hebben met de wereld, maar ook om het eigen ziekteproces te bevorderen. Als iemand niet in staat is om het hier en nu te onderscheiden van de verbeelding of een van de vele mogelijke situaties in de wereld, wordt het voor die persoon moeilijk om zich bewust te worden van zijn ziekteproces. Hierdoor lukt het deze persoon ook niet om zijn eigen ziekteproces te proberen te bevorderen.

Bij een depressie hoeft niet per definitie sprake te zijn van het verloren gaan van het besef van de werkelijkheid, maar is dit wel sterk veranderd. De depressieve patiënt ervaart de wereld op een andere manier; dingen lijken niet meer te zijn zoals ze eerst waren. De wereld waar hij zich in bevindt lijkt veranderd te zijn. (Ratcliffe 2015, 19) Ratcliffe onderscheidt twee typen veranderingen: existentiële verandering, wat de vormen van ervaring die een persoon kan hebben betreft, en non-existentiële verandering, wat gaat over de inhoud van de ervaring en hoe deze verandert. (Ratcliffe 2015, 66)

6.3 Disconnectie

Wanneer een persoon zich niet meer verbonden voelt met de wereld, is er vaak wel sprake van een bewust besef dat er sprake is van een existentiële verandering. De existentiële verandering heeft een tijdscomponent; de depressieve patiënt is zich ervan bewust dat de wereld is veranderd ten opzichte van daarvoor. Het inzicht in de situatie komt vaak pas achteraf. (Ratcliffe 2015, 36–37) Dit kan worden gezegd over de ervaring van de depressie ten opzichte van de pre-pathologische situatie, maar ook over de post-pathologische situatie ten opzichte van de ervaring van de depressie. Soms is het voor een patiënt pas achteraf mogelijk om inzicht te hebben in de ziekte. Op het gebied van interpersoonlijke ervaringen is de mogelijkheid tot het hebben van deze ervaringen verloren gegaan bij een depressieve patiënt, waardoor andere personen angstaanjagend en afstandelijk lijken. (Ratcliffe 2015, 38)

6.4 Het missen van mogelijkheden in de wereld

Het zien van mogelijkheden is belangrijk bij perceptie. Hierdoor wordt een persoon zich bewust van wat hij wel en niet zou kunnen doen; het biedt de mogelijkheid tot anticipatie op

een situatie en handelingen en zekerheid over situaties. Deze zekerheid kan open zijn, waarbij een persoon op een zekere manier kan anticiperen hoe een situatie zal verlopen, en problematisch, waarbij een persoon een mogelijkheid niet met zekerheid kan anticiperen of realiseren. De anticipatie, waarbij een persoon verwacht dat een situatie zich op een bepaalde manier zal ontwikkelen, kan leiden tot teleurstelling wanneer deze zich op een andere manier zal ontwikkelen dan aanvankelijk geanticipeerd was. (Ratcliffe 2015, 41–44)

Mogelijkheden hebben twee eigenschappen. Ze kunnen significant zijn en belang hebben voor een persoon, en ze kunnen aantrekkelijk zijn: ervoor zorgen dat de persoon dusdanig handelt om de mogelijkheid tot werkelijkheid te maken. Een mogelijkheid kan significant zijn zonder aantrekkelijk te zijn. Een persoon kan de urgentie inzien van een handeling zonder deze handeling daadwerkelijk uit te (willen) voeren. (Ratcliffe 2015, 45–46) Bij een depressie is er sprake van een conflict tussen verschillende anticipatoire systemen tegen een achtergrond van zekerheid. De zekere verwachting komt niet overeen met de uitkomst van de situatie, wat leidt tot continue teleurstelling. Met het verlies van het besef van de realiteit gaan praktische mogelijkheden ook verloren. Hierdoor heeft een depressieve patiënt het gevoel dat zaken geen waarde meer hebben; dat het niet meer uitmaakt wat hij doet. Er is sprake van een wisselwerking tussen anticipatie en uitkomst. Wederom stelt Ratcliffe dat er geen sprake is van verlies van mogelijkheid p en behoud van mogelijkheid q , maar dat de totale ruimte van mogelijkheden veranderd is bij depressieve patiënten. (Ratcliffe 2015, 54–58)

6.5 Het onvermogen om te ontsnappen

Bij depressie kan gesteld worden dat er sprake is van een onvermogen om interactie te hebben met de wereld. Er ontbreekt een gevoel dat er een belangrijke verandering kan plaatsvinden. De depressieve patiënt is niet in staat om te bedenken dat de situatie op een positieve manier kan veranderen. Het kan zijn dat de depressieve patiënt zich bevindt in een wereld waarin mogelijkheden wel significantie kunnen hebben, maar niet aantrekkelijk zijn. Het is echter niet zo dat het concept van mogelijkheid compleet verdwenen is bij een depressieve patiënt. De mogelijkheid is slechts in kracht verminderd. Dit heeft een oorzaak die ernstiger is dan het verlies van de overtuiging dat een positieve verandering tot de wereld der mogelijkheden behoort; de patiënt is namelijk niet eens in staat is om de mogelijkheid van een positieve verandering te bedenken. De patiënt is niet in staat om de opvatting te formuleren dat hij zal kunnen herstellen. De depressieve patiënt kan bepaalde significante mogelijkheden ervaren die negatief van aard zijn, zoals het gevoel dat er iets slechts op het punt staat te gebeuren. Dit leidt tot een gevoel van hulpeloosheid.

Matthew Ratcliffe beschrijft drie aspecten van de fenomenologie van de depressieve patiënt: er is sprake van verlies van de praktische significantie van zaken, mogelijkheden worden erkend maar gezien als onmogelijk te verwerkelijken en deze mogelijkheden worden gezien als onbereikbaar voor de persoon zelf en slechts bereikbaar voor alle anderen. Dit leidt tot een gevoel van isolatie bij de patiënt; de patiënt verliest niet slechts de significantie van of de hoop op positieve verandering, maar ervaart het verlies van deze eigenschappen ook. (Ratcliffe 2015, 65–71) De patiënt krijgt het gevoel dat hij geïsoleerd opgesloten is in de depressie en dat niets meer uitmaakt.

6.6 Het onvermogen om te handelen

Ratcliffe suggereert dat er sprake is van een verandering in de ervaring van de vrije wil. Hij stelt

dat de verandering van de ervaring van de wereld samenhangt met het verminderde vermogen om te handelen. Depressie heeft namelijk invloed op de beleving van de vrije wil. Hierdoor worden alledaagse en routinematige activiteiten gezien als uitzonderlijk ingewikkeld. De depressieve patiënt weigert niet slechts om te handelen, maar is niet in staat om zich de mogelijkheid tot het handelen voor te stellen.

De ervaring van vrij handelen wordt voorondersteld door het geheel van handelingen en bijkomende gevoelens. Deze ervaring heeft op haar beurt invloed op de manier waarop wij de wereld om ons heen ervaren. Vrijheid is een manier van ervaring en onze keuzes vormen geen vrijheidservaring, maar vooronderstellen deze juist. Het is de vrijheidservaring, die voorkomt uit het kunnen bedenken en erkennen van mogelijkheden, die ons in staat stelt om keuzes te maken.

De depressieve patiënt is niet of verminderd in staat om zich bepaalde mogelijkheden voor te stellen. Hierdoor is de vrijheidservaring van de patiënt ook verminderd. De depressie en het bijbehorend onvermogen om te handelen kunnen ervoor zorgen dat een patiënt bepaalde projecten opgeeft. Het is lastig om te bepalen wanneer dit wel of niet passend bij de situatie of juist pathologisch is. Zo zijn routinehandelingen nog steeds mogelijk en wellicht zelfs nog significant voor de patiënt, maar niet meer aanlokkelijk. De patiënt verliest dan de wil om te handelen. Ook kan het zijn dat een routinehandeling juist een mate van significantie krijgt die in een eerdere situatie alleen toegeschreven werd aan bepaalde belangrijke handelingen, zoals het uitvoeren van een groot project of het schrijven van een scriptie. Hierdoor voelt de (normaal makkelijke) taak aan als iets onoverkomelijks. (Ratcliffe 2015, 155–70)

6.7 Kritische noten

Tot zover kunnen we dus stellen dat de psychiatrische patiënt, in tegenstelling tot de zorgverlener, een disconnectie van de gemeenschappelijke wereld ervaart, waarbij hij zichzelf geïsoleerd opgesloten ziet en niet kan ontsnappen. Hij ziet namelijk niet alleen geen keuzes, maar ook niet de mogelijkheid van keuzes. Hierdoor ervaart hij geen vrijheid, waardoor hij niet in staat is om te handelen. De zorgverlener ziet deze keuzes wel en heeft als taak om de psychiatrische patiënt weer in staat te krijgen om zich te verhouden tot de gemeenschappelijke wereld.

Het is duidelijk dat Ratcliffe twee vormen van verandering onderscheidt: non-existentiële en existentiële verandering. Hij lijkt te impliceren dat slechts de existentiële verandering dusdanig ernstig van aard is dat kan worden gezegd dat deze plaatsvindt bij mensen met een depressie.

Ratcliffe schrijft zelf dat het niet zo is dat er een existentiële verandering plaatsvindt bij iedereen die voldoet aan de criteria voor MDD. Ook schrijft hij dat hij zich in zijn werk voornamelijk richt op wat kan worden gezien als een zogeheten depressie met melancholische kenmerken. Melancholische kenmerken zijn kenmerken die aangeven dat de vitale functies van een depressieve patiënt verstoord zijn. (American Psychiatric Association 2014) Echter denk ik dat hij hier, ondanks dat hij zich richt op de fenomenologie van de psychiatrische patiënt, de wisselwerking tussen de klinische en de fenomenologische positie vergeet. Ratcliffe schrijft zelf dat de klinische positie niet voldoende is om depressie te kunnen beschrijven of beschouwen, maar dit geldt ook voor een puur fenomenologische positie. Het is de combinatie van de twee posities die zorgt voor een vollediger beeld van een depressie, en een klinisch beeld – aan de hand van de symptomen zoals beschreven in de DSM – kan voldoende zijn om te spreken van een existentiële verandering. Elk symptoom kan worden gezien als een

oorsprong hebbend in de fenomenologie, en dit, gekoppeld aan de ernst van de situatie bij een cluster van deze symptomen, zou voldoende moeten zijn om vanuit een hybride positie te spreken van existentiële verandering.

In het onderscheid tussen non-existentiële en existentiële veranderingen schrijft Ratcliffe meermaals dat het niet gaat om de inhoud, waarbij er sprake is van toevoeging van p of verlies van q , maar om het gevoel dat de mogelijkheid van p niet eens gevormd kan worden. Hij lijkt het belang en de ernst van een non-existentiële verandering uit te sluiten. Het verdient opgemerkt te worden dat beide veranderingen onderdeel zijn van het ziekteproces, als twee zijden van dezelfde munt. Een depressieve patiënt is niet in staat om een bepaalde mogelijkheid te denken, maar de inhoud van de mogelijkheden die wél gedacht kunnen worden is ook veranderd. Het herstellen van non-existentiële veranderingen, wat vooral de inhoud van de mogelijkheden betreft en niet het kunnen voorstellen van een mogelijkheid, kan bijdragen aan het oplossen van existentiële veranderingen.

Af en toe lijkt Ratcliffe deze suggestie zelf ook te impliceren. Zo schrijft hij: 'Depression involves a change in the *kinds* of possibility that are integral to experience, amounting to a diminishment of freedom.' (Ratcliffe 2015, 164) In deze zin heeft hij het niet over het op de achtergrond staande onvermogen om een mogelijkheid te kunnen denken, maar over de typen mogelijkheden die veranderd zijn bij depressie.

6.8 Het pathologische aspect van de depressie

Om te weten wanneer een depressie leidt tot verlies van autonomie, is het van belang om te weten wanneer een depressie als pathologisch kan worden gezien. Dit is echter zeer lastig. De fenomenologie leidt niet tot een normatieve overtuiging dat de manier waarop iemand zich in de wereld bevindt pathologisch is. Ook kan niet worden gezegd dat er moet worden gekeken naar de proportionaliteit van een reactie op de wereld, omdat niet duidelijk is wie moet bepalen wanneer deze wel of niet proportioneel is. Verder kan een reactie proportioneel zijn, maar toch pathologisch.

Ratcliffe schrijft dat de ervaring en de existentiële verandering van een depressie niet zomaar als pathologisch kan worden gezien. Een ervaring kan namelijk laten zien dat er een ziekteproces gaande is, maar er zijn talloze ervaringen die in theorie zouden kunnen wijzen op een ziekteproces. Ook het standpunt dat er op zijn minst een aantal specifieke ervaringen moeten zijn die een ziekteproces aanduiden werkt voor Ratcliffe niet, omdat we niet kunnen bepalen welke daar wel en niet bij horen. (Ratcliffe 2015, 264–67) Echter geeft hij uiteindelijk geen antwoord op de vraag wanneer een depressie pathologisch is. Mijns inziens kunnen we proberen om een aantal ervaringen te bepalen die duidelijk een ziekteproces aangeven, waarbij de DSM-criteria een belangrijke rol kunnen vervullen, maar waarbij er ook altijd aandacht moet zijn voor de individuele benadering zoals benadrukt door de fenomenologie. Er moet ook worden gekeken naar de handelingen die worden uitgevoerd door een persoon met een depressie. Het is wellicht lastig om te determineren welke ervaring hoort bij een ziekteproces, maar het is niet moeilijk om te bepalen of een bepaalde manier van handelen of denken een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van leven van een persoon.

Er kan gesteld worden dat de voorwaarde voor het hebben van autonomie is dat de patiënt in staat is om zich te verhouden tot de wereld, mogelijkheden kan bedenken en vrijheid kan ervaren. De non-existentiële en existentiële veranderingen die psychiatrische patiënten doormaken suggereren de inhoud van de grondvoorwaarde voor het bezitten van autonomie wanneer er een fenomenologische positie wordt ingenomen. Deze processen zijn

potentieel verstoord in psychiatrische patiënten. Echter kan deze verandering niet altijd gezien worden als pathologisch, en is deze verandering dus geen vrijbrief om een psychiatrische patiënt in alle gevallen niet-autonoom te verklaren. Autonomie is niet dichotoom: patiënten kunnen verminderd autonoom zijn, of de (non)-existentiële veranderingen kunnen leiden tot (partieel) verlies van autonomie op specifieke gronden. Het idee dat elke patiënt een verstoorde verhouding ten aanzien van de wereld of de mogelijkheden heeft, betekent niet dat deze verstoorde verhouding blijvend of onherstelbaar is. De grondvoorwaarde voor het bezitten van autonomie is weliswaar gestoord dan wel verminderd, maar niet afwezig. Wel heeft de psychiatrische patiënt mogelijk hulp nodig van een autoriteit om zijn autonomie te herstellen. Dwang en drang kunnen hierbij een rol spelen. De zorgverlener moet daarbij voortdurend trachten de klinische en fenomenologische positie te combineren, en daarbij niet alleen de ernst van de stoornis recht te doen, maar ook het perspectief van de patiënt in oog te houden.

6.9 Koppeling met schizofrenie

Zoals in de inleiding werd aangegeven, richt ik mij in deze thesis op zowel MDD als schizofrenie. Gezien het beschikbare bestek van deze bachelorthesis zal ik inzake schizofrenie zo beknopt mogelijk zijn.

Vanuit de fenomenologische positie kunnen schizofrenie en depressie goed aan elkaar gekoppeld worden. Ratcliffe schrijft dat er ook bij schizofrenie sprake is van een veranderd existentieel gevoel. Hij schrijft dat de perceptie niet veranderd is, maar dat er een verandering is die de wereld anders doet lijken voor de schizofrene patiënt. (Ratcliffe 2015, 41) Dit kan ook verklaren waarom de scheiding tussen schizofrenie en depressie soms niet makkelijk te maken is. Een schizofrene patiënt kan depressieve gevoelens ontwikkelen en een depressie kan psychotische kenmerken hebben.

Ratcliffe geeft verder commentaar op het onderscheid tussen positieve (hallucinaties, wanen) en negatieve (terugtrekgedrag, vervlakking van emoties) symptomen bij schizofrenie. Volgens hem wordt te makkelijk aangenomen dat er geen interactie is tussen de twee categorieën. Symptomen ziet hij als een verandering in existentieel gevoel. Hij pleit dan ook tegen het maken van onderscheid tussen positieve en negatieve symptomen. (Ratcliffe 2011, 189–91)

Waar er bij depressie sprake is van een verlies van significantie of aantrekkelijkheid van bepaalde situaties of handelingen, kan er gezegd worden dat deze significantie juist in hogere mate aanwezig is bij schizofrenie. Zaken die normaliter als onbelangrijk worden beschouwd, krijgen een hogere mate van significantie bij de schizofrene patiënt, wat kan leiden tot de wanen die vaak voorkomen bij dit ziektebeeld. Waar de depressieve patiënt de mogelijkheid tot het ontwikkelen van hoop verliest, is deze mogelijkheid sterker aanwezig in de schizofrene patiënt. Hierdoor ontstaat er eigenlijk een constante teleurstelling in ervaring van de schizofrene patiënt.

Ratcliffe schrijft dat de ervaring van de vrijheid invloed heeft op de manier waarop wij onze omgeving ervaren. (Ratcliffe 2015, 158) Er is sprake van een vorm van problematische zekerheid. De schizofrene patiënt heeft constant een anticipatie die niet overeenkomt met de uitkomst van de situatie. Deze uitkomst verrast de patiënt keer op keer. (Ratcliffe 2015, 259–60) Het vrijheidsgevoel is niet aanwezig bij de schizofrene patiënt; hij voelt zich opgesloten in een vreemde wereld. Dit kan leiden tot agressie. De patiënt snapt de wereld niet, ervaart zijn omgeving als vreemd en probeert hier uit te breken. Omdat hij niet op dezelfde manier in de

wereld staat als de niet-schizofrene persoon, kan hij zich geen wereld voorstellen die niet zo is geconstrueerd als de wereld die hij ervaart, net zoals een depressieve patiënt zich geen wereld kan voorstellen waarin er positieve ontwikkelingen kunnen ontstaan.

Ook in het zelfgevoel kan er een parallel worden getrokken tussen depressie en schizofrenie. Waar dit gevoel bij de depressieve patiënt verminderd is, is deze verstoord bij de schizofrene patiënt. Dit zelfgevoel heeft invloed op de openheid van een persoon voor allerlei mogelijkheden. (Ratcliffe 2015, 164) Zowel de depressieve patiënt als de schizofrene patiënt staan verminderd open voor allerlei mogelijkheden, omdat zij (bij de depressieve patiënt) niet in staat zijn de mogelijkheden te bedenken mentaal op te roepen of (bij de schizofrene patiënt) deze mogelijkheden te aanlokkelijk en significant zijn. Hierdoor belandt de patiënt in een situatie waar hij niet zonder externe hulp (van een zorgverlener) uit kan klimmen.

7. Afsluitende overwegingen

Ik heb in deze thesis getracht om te onderzoeken hoe dwang en drang in de psychiatrie zich verhouden tot de psychiatrisch patiënt, waarbij ik me voornamelijk heb gefocust op de depressieve en schizofrene patiënt.

7.1 Dwang- en drangmaatregelen

Bij de toepassing van dwang- en drangmaatregelen staan positieve en negatieve vrijheid centraal. Hierbij geniet niet één van de twee de voorkeur. Er is altijd sprake van een afweging tussen twee opties, waarbij gekeken moet worden naar het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt, maar ook naar de instandhouding van diens identiteit en autonomie. Het is niet meer dan logisch dat emoties een rol spelen bij de toepassing van dwang- en drangmaatregelen. Deze dragen juist bij aan de mate waarin een keuze weloverwogen wordt gemaakt.

Het is aannemelijk dat een patiënt die hersteld is van psychiatrische ziekte gewild had dat er dwang of drang werd toegepast in het kader van het herstelproces. Echter kan de zorgverlener hier niet vanuit gaan. Het is belangrijk om te proberen een patiënt de noodzaak van het nemen van een dwangmaatregel in te laten zien, omdat hiermee de patiënt als subject in stand wordt gehouden en niet wordt gereduceerd tot een ziek lichaam.

Ook moet in acht worden genomen dat een patiënt op het moment zelf niet kan worden gevraagd welke dwangmaatregel hij prefereert. Een reflectie vanuit de patiënt kan pas achteraf plaatsvinden. Het is aan de zorgverlener om continu te evalueren wanneer een patiënt in staat wordt rationeel te oordelen over interventiemethoden.

7.2 Autonomie en de principebenadering

De principebenadering van Beauchamp en Childress bestaat uit principes die universeel zijn, maar niet absoluut. De verschillende principes moeten tegen elkaar afgewogen worden en er moet afhankelijk van de situatie inhoud aan de principes worden gegeven. Het is belangrijk om te onthouden dat er altijd een bepaalde morele nasleep volgt na het maken van een morele keuze.

Het probleem van de principebenadering is dat er in de medische praktijk een overwegend kwantitatieve afweging van principes plaatsvindt. In de verscheidene specialismes, maar met name in de psychiatrie, moet er meer buiten de kaders gedacht worden.

Binnen het principe van respect voor autonomie wordt te weinig rekening gehouden met autonomie in de bredere context van het woord. De psychiatrisch patiënt is meer dan zijn ziekte: de psychiatrisch patiënt is een subject in de wereld. Echter is deze vanwege de psychopathologie niet altijd in staat tot het waarborgen van zijn eigen autonomie. Deze kunnen goed samengaan met autoriteit zonder de integriteit van de autonomie te gronde te richten. Het subject moet zich dan wel neerleggen bij de autoriteit van de andere persoon, bijvoorbeeld een zorgverlener.

Als een subject S op moment M onder omstandigheden O als autonoom kan worden beschouwd, betekent dit niet dat er op latere momenten en onder andere omstandigheden kan worden gehandeld naar de beschouwing op dat moment M. Autonomie is namelijk niet statisch, maar dynamisch. Het vereist continue communicatie tussen behandelaar en patiënt.

Het is problematisch dat er vaak alleen vanuit een klinische positie wordt gekeken naar autonomie van psychiatrische patiënten. Als we aannemen dat een patiënt een subject is,

betekent dit dat we niet alleen moeten kijken naar de inhoud van autonomie, maar ook naar de grond voor het bezitten van autonomie.

7.3 De fenomenologische positie

Het is noodzakelijk om vanuit een fenomenologische positie te kijken naar psychiatrische patiënten, zodat de menselijke ervaring, de geest en de persoonlijke inhoud van de patiënt worden meegenomen in het maken van keuzes betreffende dwang en drang. Dit is een methodologische positie, die in acht neemt dat autonomie een dynamisch begrip is. Het is de vraag wat de grondvoorwaarde voor autonomie is en in hoeverre deze wel of niet verstoord is in psychiatrische patiënten.

Er is sprake van zowel een non-existentiële als existentiële verandering in psychiatrische patiënten. De inhoud van de mogelijkheden is niet alleen verminderd, maar zij kunnen het bestaan van mogelijkheden niet eens bedenken. Ook kan hun relatie ten aanzien van een mogelijkheid verstoord zijn, waarbij deze te aantrekkelijk of significant wordt. Zij voelen zich losgekoppeld van de wereld, kunnen hier niet aan ontsnappen en missen het vrijheidsgevoel dat hen in staat stelt om te handelen.

Het is belangrijk om te beseffen dat zowel de non-existentiële verandering als de existentiële verandering belang hebben voor de zorgverlener. De focus moet liggen op beide; verbetering van het ene kan bijdragen aan verbetering van het andere.

Met deze beschrijving van psychiatrische stoornissen lijken we de grondvoorwaarde voor het bezitten van autonomie te vinden. Het zijn de non-existentiële en existentiële veranderingen bij psychiatrische stoornissen die de inhoud van de grondvoorwaarde suggereren. Echter is het lastig om één lijn te trekken wat betreft het pathologische aspect van psychiatrische stoornissen, vanwege de heterogeniteit hiervan. Dit betekent dat een psychiatrische stoornis niet altijd een totaal verlies van autonomie met zich meebrengt. Wel is de grondvoorwaarde voor het bezitten van autonomie gestoord dan wel verminderd. De zorgverlener kan als autoriteit optreden om de autonomie te herstellen, waarbij dwang en drang (na zorgvuldige afweging) hier een rol in kunnen spelen.

7.4 De rol van de zorgverlener

Het is de taak van de zorgverlener om goede zorg te leveren en daarom is de zorgverlener de enige die als autoriteit naar voren kan stappen bij verminderde autonomie van een patiënt. Deze taak en de last die deze met zich meebrengt kan niet worden gegeven aan een familielid of kennis van de patiënt.

Een paternalistische insteek van een zorgverlener hoeft niet altijd als iets slechts te worden gezien. Autonomie is niet incompatibel met autoriteit. Soms is het (tijdelijk!) overnemen van de autonomie van de psychiatrische patiënt de beste optie om zijn autonomie op lange termijn te herstellen. Dwang- en drangmaatregelen lijken in dit soort gevallen dan ook op hun plaats. Een schizofrene patiënt die een verminderd gevoel van vrijheid heeft, zoals meneer S. in de voorbeeldcasus, heeft soms een separatie nodig om tot rust te komen. Een patiënt die een slecht dagritme heeft omdat bepaalde handelingen te weinig significantie of aantrekkelijkheid hebben, heeft soms drang nodig om dit dagritme te creëren en in stand te houden. Dwang- en drangmaatregelen kunnen dus verantwoord zijn. Wel is het in het kader van het voorkomen van verkeerd paternalisme belangrijk om een aantal punten in gedachten te houden.

Het is belangrijk om te bedenken dat een mentale stoornis niet per definitie betekent

dat een patiënt totaal niet in staat is om keuzes over zijn eigen leven te maken! Er is sprake van een veranderd existentieel gevoel bij de psychiatrische patiënt, maar dit hoeft niet per definitie pathologisch te zijn. Het is belangrijk om te evalueren wanneer er sprake is van een pathologisch existentieel gevoel. Dit kan vastgesteld worden door naar de acties van de patiënt te kijken. Meneer S. is agressief aanwezig en in dit geval is een dwangmaatregel gerechtvaardigd, maar zodra hij begint op te knappen, wordt zijn veranderde existentieel gevoel verminderd pathologisch. Het doel van dwang en drang is om de optie van het maken van autonome keuzes te realiseren wanneer deze niet aanwezig is.

Het is de taak van de arts om constant te evalueren of een patiënt de mogelijkheid heeft tot autonomie. Deze evaluatie dient de arts niet alleen te doen, maar vereist communicatie met zowel de patiënt en zijn omgeving als met andere zorgverleners die betrokken zijn bij deze behandeling. Hiervoor dient de arts waar mogelijk open te communiceren met de patiënt en zijn omgeving en regelmatig een evaluatie te houden met andere artsen en/of verpleegkundigen. Zo had de verpleegkundige van mevrouw D. moeten overleggen met collega's om te overwegen of een dranghandeling op zijn plaats was in plaats van het nemen van een beslissing zonder overleg. De verpleegkundige heeft misbruik gemaakt van zijn positie als autoriteit – er was in dit geval dan ook sprake van verkeerd paternalisme.

Elk individu heeft recht op autonomie, en het is slechts wanneer de wereld van een persoon dusdanig veranderd is dat zijn autonomie in gevaar raakt dat deze autonomie zo tijdelijk mogelijk overgenomen mag worden. Het doel is voor alles: de belevingswereld van de patiënt respecteren en deze bijstaan. Wanneer dit respect en dit bijstaan bijdragen aan het herstel van de autonomie van de patiënt, en alleen dan, kan er gesproken worden van een adequate behandeling.

8. Bibliografie

- Abma, Tineke, Guy Widdershoven, en Bert Lendemeijer. 2004. *Dwang en drang in de psychiatrie: Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. 1ste dr. Utrecht: LEMMA BV.
- American Psychiatric Association. 2014. *DSM 5 - Nederlandse vertaling*. Uitgeverij Boom.
- Beauchamp, Tom, en James Childress. 2009. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Beurden, Puck van. 2016. "Stijging klachten dwang en drang in de ggz". *Zorgvisie*. 27 juni 2016. <https://www.zorgvisie.nl/stijging-aantal-klachten-dwang-en-drang-in-de-ggz/>.
- Bierbooms, J.J.P.A., C.A.G. Lorentz-Artz, E. Pols, en I.M.B. Bongers. 2017. "Drie jaar high en intensive care; evaluatie van ervaringen van cliënten en medewerkers en effect op gebruik van dwang en drang". *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nr. 59: 427–32.
- "Dwang en Drang: 'Tasergebruik nieuw dieptepunt in psychiatrie'". 2017. GGZ nieuws. 7 september 2017. <https://www.ggznieuws.nl/home/tasergebruik-dieptepunt-in-psychiatrie/>.
- "Erlanger Medical Ethics Orientation Manual". 2000. <https://www.utcomchatt.org/docs/biomedethics.pdf>.
- Fulford, K. W. M. 1993. "Bioethical Blind Spots: Four Flaws in the Field of View of Traditional Bioethics". *Health Care Analysis* 1 (2): 155–62. <https://doi.org/10.1007/BF02197110>.
- Fulford, K. W. M., Tim Thornton, en George Graham. 2006. "Chapter 3: Experiences good and bad: an introduction". In *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- "MIND: Opnieuw toename van dwang in de GGZ". 2017. GGZ nieuws. 29 november 2017. <https://www.ggznieuws.nl/home/opnieuw-toename-dwang-ggz/>.
- Ratcliffe, Matthew. 2011. *Feelings of Being: phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. 1ste dr. New York: Oxford University Press.
- . 2015. *Experiences of depression: a study in phenomenology*. 1ste dr. New York: Oxford University Press.
- . z.d. "Professor Matthew Ratcliffe Professor of Philosophy". University of York. <https://www.york.ac.uk/philosophy/staff/ratcliffe-matthew/#research-content>.
- Rohaert, K. z.d. "Eed van Hippocrates - Nederlandse vertaling". Orde der artsen. <https://www.ordomedic.be/nl/orde/artsened/eed-hippocrates/>.
- Wassink, Maria. 2008. "Terugdringen 'dwang en drang' in de psychiatrie". <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/lpggz-reacties-persberichten-rapporten-etc/rapportage-tussentijds-project-dwang-drang-20-09-2008.pdf>.
- Widdershoven, G. 2001. "Advance Directives in Psychiatric Care: A Narrative Approach". *Journal of Medical Ethics* 27 (2): 92–97. <https://doi.org/10.1136/jme.27.2.92>.

Widdershoven, G., en R. Berghmans. 2007. "Coercion and Pressure in Psychiatry: Lessons from Ulysses". *Journal of Medical Ethics* 33 (10): 560–63. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.015545>.