

Zelfbinding in de psychiatrie

Ethische aspecten

door R.L.P. Berghmans

Gepubliceerd in 1994, no. 9

Samenvatting

In dit artikel worden de mogelijkheden van zelfbinding in de psychiatrie verkend. Door middel van een zelfbindingscontract of -overeenkomst kan een persoon, wetend of vermoedend dat hij in de toekomst opnieuw psychisch zal decompenseren, gerichte aanwijzingen geven over hoe dan jegens hem moet worden gehandeld. Het kan daarbij gaan om toestemming voor onvrijwillige opname en/of behandeling, ook in een situatie waarin betrokkene zich daartegen verzet en in strikte zin niet voldoet aan het juridische gevaarscriterium.

Een tiental voorwaarden waaraan zelfbindingsovereenkomsten dienen te voldoen wordt geformuleerd, en een aantal bezwaren tegen zelfbinding in de psychiatrie wordt geëvalueerd. Geconcludeerd wordt dat zelfbinding een vorm van toekomstgerichte behandelingsplanning is, die een uitdrukking is van een door de betrokkene zelf vormgegeven balans tussen de ethische principes van welzijn en respect voor autonomie.

Inleiding

De stringente formulering van de juridische criteria voor de gedwongen opname en behandeling van personen in psychiatrische instellingen heeft ertoe geleid dat mensen met bepaalde psychiatrische stoornissen moeilijker dan voorheen opgenomen en behandeld kunnen worden. In het bijzonder kan hier gedacht worden aan mensen met chronische psychotische stoornissen en met stemmingsstoornissen (vooral de manisch-depressieve psychose). Indien het gevaarscriterium op deze mensen juist en eerlijk wordt toegepast, voldoen zij veelal niet aan dit criterium (Dresser 1982, 1984; Buchanan en Brock 1989; Kuilman 1990). Onder de Krankzinnigenwet, maar ook onder het regime van de in januari 1994 in werking getreden wet-BOPZ, is juridisch gezien de *actuele* situatie van de betrokkene doorslaggevend, ook al heeft deze mogelijk vroeger de wens geuit te worden opgenomen en/of behandeld, eventueel tegen zijn of haar wil.

Voor zowel psychotische als manisch-depressieve patiënten geldt dat het door middel van medicatie vaak mogelijk is hun toestand in positieve zin te beïnvloeden. Het gebeurt echter geregeld dat dergelijke patiënten na enige tijd 'tegen advies' het medicatiegebruik staken, waarna het voorkomt dat ze in een psychotische toestand terugvallen, danwel manisch ontremd raken (Green 1988). Ook wanneer de patiënt in overleg met de hulpverlener de lithiummedicatie staakt, houdt dit het risico in dat de patiënt weer manisch wordt (Goldman en Post 1991). Ook los van het staken van medicatie is het niet uitgesloten dat deze patiënten 'recidiveren' (Hirschfeld en Goodwin 1988). Zo is het mogelijk dat antidepressieve medicatie een hypomane of manische episode initieert (Sarwer-Foner 1988). Vanwege het veelal cyclische (maar onvoorspelbare) patroon van dergelijke stoornissen, gecombineerd met een neiging tot het staken van medicatie, komen dergelijke patiënten bij uitstek in aanmerking voor lange-termijnplanning van behandeling en zelfbinding (Buchanan en Brock 1989; Brock 1993).

In dit artikel staat zelfbinding als een specifieke vorm van lange-termijnbehandelingsplanning centraal. Bij zelfbinding gaat het erom dat een persoon aan anderen (i.c. hulpverleners) bindende aanwijzingen geeft over hoe dezen jegens hem mogen of moeten handelen in toekomstige situaties waarin hij of zij psychisch ontregeld raakt (Berghmans 1992b).

Allereerst wordt de actuele context geschetst waarin zelfbinding moet worden geplaatst, waarna de gedachte van zelfbinding nader wordt uitgewerkt. Vervolgens wordt een aantal voorwaarden genoemd waaraan zelfbinding in de psychiatrie moet voldoen. De ethische aspecten worden geschetst aan de hand van een bespreking en kritische evaluatie van de theoretische en praktische bezwaren die tegen zelfbinding kunnen worden ingebracht. Het artikel sluit af met een slotbeschouwing.

Het is niet de bedoeling om een kant-en-klaar voorstel voor zelfbinding en zelfbindingscontracten in de psychiatrie te presenteren. Het is bijvoorbeeld vooralsnog onduidelijk welke de praktische mogelijkheden en beperkingen ervan zijn. De inzet is om zelfbinding als een mogelijke vorm van behandelingsplanning voor mensen met periodiek optredende psychische ontregeling vanuit een ethisch perspectief te evalueren, om zodoende een nadere discussie te stimuleren.

Suggesties voor oplossingen

Onder andere tijdens de laatste fase van de parlementaire behandeling van het wetsontwerp-BOPZ is gedebatteerd over de hiervoor genoemde probleemgroep (Handelingen Tweede Kamer 1991; Van de Klippe 1992). Een tweetal oplossingen werd gesuggereerd. De eerste was de suggestie om de criteria voor dwangopneming voor deze groep te verruimen. Dit werd door de staatssecretaris om principiële redenen van de hand gewezen. Deze gaf de voorkeur aan een andere weg, namelijk de verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod en van de voorlichting over het gevaarscriterium aan hulpverleners.

Bij beide suggesties kunnen kanttekeningen worden geplaatst. Het verruimen van de criteria voor dwangopneming - bijvoorbeeld de herintroductie van het 'bestwil-criterium' - is een te grofmazige oplossing. Immers, daarmee zou over de hele linie een grotere groep van personen potentieel in aanmerking komen voor een dwangopneming. Tevens zou dit inhouden dat een centraal criterium in de wet-BOPZ voor deze groep geheel wordt losgelaten. Hiervoor bestaat maatschappelijk gezien geen draagvlak. De tweede suggestie, namelijk om de kwaliteit van het zorgaanbod te verbeteren, moet op zichzelf worden toegejuicht, maar vormt geen volledig adequate oplossing voor het geschetste probleem. Kenmerkend voor veel patiënten uit de genoemde patiëntencategorie is nu juist dat zij op het moment dat de zorg noodzakelijk is, deze afwijzen. Het is mogelijk dat een kwalitatief beter zorgaanbod een aantal van hen wellicht meer aanspreekt, maar het valt te betwijfelen of velen daardoor 'over de streep' getrokken kunnen worden. De suggestie ten slotte dat hulpverleners baat zouden hebben bij goede voorlichting over het gevaarscriterium, berust op de veronderstelling dat er ten onrechte door hulpverleners wordt gedacht dat gevaar uitsluitend zeer eng moet worden geïnterpreteerd (Laurs 1991). Het mag wel zo zijn dat de Hoge Raad een tamelijk ruime uitleg aan het begrip 'gevaar' heeft gegeven, maar ook met die ruimere uitleg (en toepassing daarvan door hulpverleners) zullen bepaalde patiënten buiten de boot vallen, ook al omdat er bij de beoordeling van het gevaarscriterium altijd sprake is van een interpretatieruimte bij de betrokken functionarissen.

In dit artikel wordt dan ook een derde mogelijkheid verkend: het zelfbindingscontract als middel dat de begeleiding en behandeling van deze patiënten ten goede zou kunnen komen (Buchanan en Brock 1989; Brock 1993; Berghmans 1992b).

Zelfbinding: de gedachte

Door middel van levenstestamenten, euthanasieverklaringen, non-reanimatieverklaringen en andere wilsverklaringen trachten mensen greep te krijgen op situaties rond het levenseinde, van geestelijke danwel lichamelijke aftakeling of van een permanent vegetatief bestaan. De achterliggende gedachte (en zorg) bij het formuleren van dergelijke toekomstdirectieven ('advance directives') is dat men op een bepaald moment in de toekomst in een situatie kan geraken waarin men niet meer (voldoende) in staat zal zijn om eigen wensen en verlangens met betrekking tot (on)gewenste medische interventies kenbaar te maken (Van Veen 1993).

Een variant op dergelijke wilsverklaringen is het zelfbindings- of Odysseuscontract (Elster 1979; Husak 1981; Dresser 1982, 1984; Lavin 1986; Jacobs 1985; Brock 1993). Anders dan bij de hiervoor genoemde verklaringen gaat het er bij zelfbinding niet om wensen kenbaar te maken met het oog op toekomstige situaties waarin de betrokkene *volledig wilsonbekwaam* zal zijn, maar beoogt de betrokkene juist om bepaalde handelingsopties, die zich in een omschreven toekomstige situatie aan hem zouden kunnen voordoen, uit te sluiten. Dit kan dan inhouden dat hij aan anderen doelbewust de opdracht geeft om contrair aan (of in ieder geval afwijkend van) zijn in die toekomstige situatie uitgedrukte wensen en voorkeuren te handelen. In de context van de psychiatrie kan zelfbinding inhouden dat een persoon, wetend of vermoedend dat hij in de toekomst opnieuw psychisch zal decompenseren, gerichte aanwijzingen geeft over hoe dan jegens hem moet worden gehandeld. Het kan daarbij gaan om toestemming voor onvrijwillige opname en/of behandeling, ook in situaties waarin betrokkene in strikte zin niet voldoet aan het juridische gevaarscriterium. Zelfbinding in de psychiatrie is ook wel omschreven als een recht om jezelf te beschermen tegen de gevolgen van een psychose, waar deze gevolgen (nog) niet zo ernstig zijn dat sprake is van ernstige schade of gevaar (Rosenson en Kasten 1991).

De gedachte dat zelfbinding een rationele en prudente manier van omgaan met irrationaliteit kan zijn, is afkomstig van Dworkin (1972) en is later verder uitgewerkt door Elster (1979). Bij Dworkin kan deze opvatting worden geplaatst tegen de achtergrond van zijn opvattingen over autonomie (Dworkin 1988). Deze vat hij op als 'procedurele onafhankelijkheid': een vermogen van de tweede orde van personen om kritisch na te denken over hun eerste-orde voorkeuren, verlangens en wensen, en het vermogen om deze te accepteren of deze trachten te wijzigen in het licht van hogere-orde voorkeuren en waarden. Zelfbinding kan ook worden gezien als strategisch handelen, waarbij een rationeel of regelgeoriënteerd zelf bindende beperkingen aangaat teneinde een irrationeel of impulsief zelf in de toekomst aan banden te leggen (Cowen 1991).

Voorwaarden van zelfbinding

De voorwaarden waaraan zelfbinding in de psychiatrie moet voldoen, zijn de volgende:

1. Allereerst zal er sprake zijn van een specifieke psychische stoornis die verantwoordelijk is voor periodieke ontregeling, die gepaard gaat met psychotische ervaringen, en die in beginsel behandelbaar is. De morele legitimiteit van zelfbinding is groter naarmate op basis van eerdere ervaringen zowel de waarschijnlijkheid van de kans op toekomstige psychische ontregeling als de waarschijnlijkheid van de daarmee samenhangende schade voor de betrokkene zelf danwel zijn omgeving groter is. Hiermee in verband staat de waarschijnlijkheid dat (bepaalde) behandelingsinterventies effect zullen sorteren. Ook dit zal mede afhangen van eerdere ervaringen. Deze overwegingen leiden ertoe dat als voorwaarde voor het opstellen van een zelfbindingsovereenkomst moet worden gesteld dat de betrokkene twee of meer episodens van psychische ontregeling in het verleden heeft doorgemaakt.

2. Ten tijde van het opstellen van het contract zal de betrokkene competent moeten zijn en zich in een situatie moeten bevinden waarin hij of zij in redelijke mate vrij is van psychiatrische symptomen. Bij wisselende toestandsbeelden, zoals manisch-depressieve beelden, doet zich de situatie voor dat als eis

moet worden gesteld dat de betrokkene noch in de ene toestand (manie), noch in de andere (depressie) mag verkeren wanneer het zelfbindingscontract wordt afgesloten. Dit spoort met de ethische theorie van het 'koele moment' ('cool moment'), die wel wordt toegepast in situaties waarin wensen en verlangens met elkaar in conflict verkeren (Gert 1988; Gert en Danner Clouser 1986). Slechts indien de betrokkene noch in de greep van de manie, noch in die van de depressie is, kan worden vastgesteld welke diens 'authentieke' wil is. De eis dat de betrokkene volledig vrij zou moeten zijn van psychiatrische symptomen is echter te zwaar. De nadruk bij de beoordeling van de wens van een persoon om een zelfbindingsovereenkomst aan te gaan, zal primair moeten liggen op diens redenen en motieven, en minder op zijn psychische toestand (Lavin 1986). De *redenen* en *motieven* zullen moeten worden geplaatst tegen de achtergrond van de meer permanente voorkeuren en waarden van de betrokkene.

3. Er zal sprake moeten zijn van vrijwilligheid en van het ontbreken van dwang, drang of manipulatie. Het zal moeten gaan om een positieve keuze van de betrokkene voor zelfbinding. Zo mag er bijvoorbeeld door de hulpverlener geen misbruik van omstandigheden worden gemaakt door te dreigen dat in de toekomst behandeling aan de betrokkene onthouden zal worden wanneer deze geen contract aangaat. Het is dan ook wenselijk dat bij het opmaken en overeenkomen van het contract een vertrouwenspersoon van de betrokkene aanwezig is.

4. Een andere eis is dat de psychiater met wie de betrokkene een zelfbindingsovereenkomst aangaat, diens vertrouwen heeft, hem goed kent en op de hoogte is van de unieke aspecten van diens situatie. Deze voorwaarde spoort met het klinische belang dat wordt gehecht aan het bestaan van een positieve therapeutische alliantie (Hirschfeld en Goodwin 1988). Ze is tevens van belang in verband met de volgende voorwaarde, waar het gaat om de implementatie van afspraken die in de overeenkomst zijn opgenomen.

5. Ook aan het contract zelf moeten bepaalde eisen worden gesteld. Zo zal het de specifieke voorwaarden moeten bevatten waaronder de afspraken in werking treden. Hierbij kan minimaal worden gedacht aan een aantal expliciet geformuleerde signalen of symptomen (gedragingen) die duiden op psychische ontregeling danwel een psychose (bijvoorbeeld afname van slaap gedurende een omschreven tijdsbestek; seksuele ontremming; het optreden van hallucinaties; de uiting van waandenkbelden). Ook is denkbaar dat een heel concreet criterium in het contract wordt opgenomen, bijvoorbeeld: 'Als ik meer dan fl. 10.000,- schuld bij de bank heb gemaakt...' Een en ander zal maken dat de specifieke voorwaarden sterk geïndividualiseerd zullen zijn en toegespitst op de specifieke problematiek van de betreffende persoon.

6. Eveneens zal moeten worden gespecificeerd welke vormen van behandeling ook tegen de wil van betrokkene mogen worden uitgevoerd. In het algemeen kan hierbij worden gedacht aan een vorm van medicamenteuze behandeling, veelal in combinatie met een tijdelijke klinische opname. Als algemene regel moet gelden dat slechts interventies in de overeenkomst kunnen worden opgenomen waarvan op basis van eerdere ervaring is gebleken dat de betrokkene er baat bij zou kunnen hebben. Onomkeerbare danwel risicovolle ingrepen dienen van opname in een zelfbindingsovereenkomst te worden uitgesloten. Voor de rechtvaardiging van dergelijke interventies zonder de actuele instemming van de betrokkene is uitsluitend zelfbinding (vroegere toestemming) een te zwakke morele basis.

7. Verder is het gewenst de geldigheid van het contract aan een termijn (van bijvoorbeeld één jaar) te koppelen, waarna het opnieuw vastgesteld of herzien kan worden (onder de voorwaarde dat de betrokkene dan competent is). Ook dient de betrokkene het recht te hebben op ieder gewenst ogenblik (behalve in een situatie van psychose) over het contract te onderhandelen, danwel het contract op te zeggen.

8. Het verdient aanbeveling ook de effectivering van de contractbepalingen aan een termijn te binden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat het contract ongeldig wordt als de patiënt drie weken na de feitelijke effectivering van de contractbepalingen zich nog steeds tegen opname en/of behandeling verzet.

9. Het is gewenst iedere 'tenuitvoerlegging' van een contract binnen enkele dagen (zoals ook bij de inbewaringstelling) door de rechter te laten toetsen. De rechter zou zich dan een mening moeten vormen over de vraag of voldaan is aan de voorwaarden van het contract en omtrent de tenuitvoerlegging van het overeengekomen behandelingsplan.

10. Een laatste punt betreft de vraag of een zelfbindingscontract een 'ontsnappingsclausule' zou moeten bevatten, waarop de betrokkene zich kan beroepen *tijdens* de tenuitvoerlegging van het in het contract overeengekomen behandelingsplan (bijvoorbeeld wanneer zijn vrijheid beperkt wordt of een behandeling plaatsvindt). Gezien de ingrijpendheid van dergelijke contracten lijkt het opportuun in een dergelijke clausule te voorzien, hoewel dit niet onproblematisch is. Het is immers te verwachten dat een zich verzettende patiënt graag gebruik zal maken van een dergelijke clausule, waardoor het oorspronkelijke doel van de zelfbinding wordt doorkruist. Er kunnen zich echter omstandigheden voordoen die niet bedoeld en beoogd werden op het moment dat de patiënt een overeenkomst aanging. Een voorbeeld: stel dat een patiënt is overeengekomen dat hij zal worden behandeld met medicament A, dat bewezen heeft in het verleden goede effecten te sorteren. Inmiddels is echter uit onderzoek gebleken dat medicament A bepaalde schadelijke bijwerkingen veroorzaakt die niet bekend waren toen hij de overeenkomst aanging. Dit zou voor de patiënt een reden kunnen zijn het middel A af te wijzen, en derhalve moet hij kunnen claimen dat minstens dit element van het contract opnieuw onderhandelbaar wordt.

Ethische discussie

Tegen zelfbinding in de psychiatrie worden bezwaren van uiteenlopende aard aangevoerd. Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds principiële en filosofische bezwaren en anderzijds praktische en beleidsgerichte bezwaren. Dresser (1982, 1984) en Radden (1988) bespreken een aantal argumenten die hier worden weergegeven en geëvalueerd.

1. Radden (1988) stelt *dat er een belangrijk en wezenlijk onderscheid is tussen levenstestamenten enerzijds en zelfbindingscontracten in de psychiatrie anderzijds*. De zaken die iemand in een levenstestament regelt, zijn bedoeld voor een situatie in de toekomst waarin de betrokkene volledig het vermogen mist om een keuze uit te drukken (bijvoorbeeld wanneer hij comateus zou zijn), terwijl een zelfbindingscontract situaties op het oog heeft waarin sprake is van een verminderd vermogen om te kiezen. De vraag is dan in welke mate dit vermogen verminderd moet zijn, wil er sprake zijn van het in werking treden van de zelfbindingsafspraken. Dresser (1984) formuleert een vergelijkbaar bezwaar, namelijk dat een Odysseuscontract het mogelijk zou maken een actueel geuite behandelingsvoorkeur van een persoon te diskwalificeren ten gunste van een tegengestelde voorkeur die in het verleden is geuit.

Toepassing van een criterium om te bepalen wanneer actuele wensen op grond van vroegere zelfbindingsafspraken zouden mogen worden genegeerd, geeft volgens Dresser artsen een grote mate van discretie, en maakt zelfbinding ontvankelijk voor vergissingen en misbruik.

Op de eerste plaats kan in verband met deze kritiek worden opgemerkt dat het juist is om vast te stellen dat er verschillen zijn tussen levenstestamenten en zelfbindingscontracten in de psychiatrie. Behalve dat levenstestamenten over het algemeen worden opgesteld met het oog op situaties waarin de betrokkene zich mogelijk niet meer zelf zal kunnen uiten, is een wezenlijk verschil met zelfbindingscontracten dat een levenstestament altijd herroepbaar is. Bij zelfbinding is juist het

oogmerk om te voorkomen dat de overeenkomst wordt herroepen. Het is dus nuttig om oog te hebben voor overeenkomsten en verschillen tussen verschillende vormen van 'advance directives', maar door te wijzen op een bepaald verschil heeft men op zichzelf nog geen argument tegen zelfbinding in handen.

Men zal zelfbinding in de psychiatrie op de eigen merites moeten beoordelen, en niet noodzakelijk gekoppeld aan de discussie over levenstestamenten.

Het argument betreffende potentieel misbruik en vergissingen verdient serieuze overweging. Het wordt echter zowel te snel als te gemakkelijk gehanteerd. In zijn algemeenheid zou de volle lading van dit misbruikargument aan de orde zijn in situaties waarin hulpverleners geheel naar eigen inzicht actuele wensen van patiënten zouden kunnen negeren. Bij zelfbinding gaat het echter om specifieke situaties, met bijzondere kenmerken, waarbij er voor de hulpverlener geen sprake is van een 'carte blanche'-situatie. Bij zelfbinding in de psychiatrie wordt door de patiënt beoogd om *bepaalde* situaties die verband houden met mogelijk (opnieuw) optredende psychische problemen het hoofd te bieden door anderen een bevoegdheid te geven om binnen bepaalde, van tevoren omschreven grenzen in het belang van de patiënt te interveniëren. Naarmate men beter in staat is om de zelfbindingsafspraken in een duidelijk bepaalde en welomschreven vorm te gieten, met een zo gedetailleerd mogelijke omschrijving van symptomen, handelingen en gedragingen van de patiënt enerzijds, en van behandelingsinterventies en hun grenzen anderzijds, wordt het gevaar van vergissingen, willekeur en misbruik geringer. Dit neemt uiteraard niet weg dat dit risico nooit geheel uitgesloten kan worden.

2. Een tweede argument betreft *de onzekerheden die verbonden zijn aan psychiatrische diagnostiek*. Volgens Dresser (1984) wordt bij zelfbinding uitgegaan van de vooronderstelling dat psychiaters in staat zijn te differentiëren tussen rationele handelingen van een individu enerzijds en irrationele handelingen die verband houden met ziekte anderzijds. Individueel handelen is contextafhankelijk, en hetzelfde gedrag kan in de ene situatie rationeel zijn en in een andere niet. Het gebrek aan precisie van psychiatrische diagnoses kan bijvoorbeeld tot gevolg hebben dat het moeilijk, zo niet onmogelijk is om in een concreet geval uit te maken of het excessief uitgeven van geld verband houdt met een psychische stoornis, danwel gewoon 'onwijs' is.

Ook dit argument is niet overtuigend. Het is zeker waar dat psychiatrische diagnostiek niet onfeilbaar is, en dat in het algemeen psychiatrische oordelen geen aanspraak kunnen maken op bepaalde, zeer strenge criteria van statistische significantie (Giel 1985). Het misschien wel wat te vaak aangehaalde onderzoek van Rosenhan (1973) is hiervoor nog altijd het meest tot de verbeelding sprekende bewijs: gezonde personen die zich - onder het mom dat ze hallucineerden - aanmeldden voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis, werden onveranderlijk als geestesziek gediagnostiseerd en opgenomen. Daarmee is echter nog niet alles over psychiatrische diagnostiek gezegd. Slechts weinigen zullen willen betogen dat psychiatrische diagnostiek volledig onwetenschappelijk en ongefundeerd natte-vingerwerk is. De opvattingen onder diegenen die menen dat psychiatrische diagnostiek enige (zij het meer of minder) aanspraak op wetenschappelijkheid kan maken, lopen uiteen (Kopelman 1989). Pols (1984, 1985) neemt hierin een genuanceerde positie in: deze auteur is van mening dat validering in de psychiatrie tot op zekere hoogte mogelijk is, maar dat de mogelijkheden beperkt zijn. Bovendien is de betrouwbaarheid van het diagnostisch oordeel in de psychiatrie buitengewoon contextgevoelig. Het vaststellen bij iemand van een psychiatrische stoornis is in een klein aantal gevallen met vrij grote zekerheid mogelijk, en in een groter aantal gevallen met een veel minder grote mate van zekerheid. In zijn conclusie is Pols echter radicaal: de validering in de psychiatrie is te weinig zeker om deze vanuit een wetenschappelijk perspectief bevredigend te noemen, en derhalve stelt Pols dat ze in de regel te weinig houvast biedt om er verstrekkende maatregelen of ingrepen op te baseren. Van Tilburg (1990) stelt dat elke behandelaar weet dat psychiatrische diagnoses voorlopige hypothesen zijn die pas in het kader van een behandelingsproces bevestigd of verworpen worden.

Hoewel er over de psychiatrische diagnostiek wel het een en ander in kritische zin te zeggen is, legt Dresser te veel op het bord van de psychiatrische diagnose. In situaties waarin zelfbinding aan de orde kan komen, geldt een aantal kanttekeningen minder (zwaar):

a. Patiënten die om zelfbinding vragen, presenteren zich niet voor het eerst bij de psychiater; zij hebben een meer of minder extensieve psychiatrische voorgeschiedenis van diagnostiek en behandeling achter de rug.

b. Bij zelfbinding is niet primair de vraag naar de juiste diagnose aan de orde, maar het feit dat patiënt en behandelaar tot een gemeenschappelijke definitie willen komen van een door de patiënt als probleem ervaren situatie of toestand.

c. De diagnostiek vindt niet in een gedwongen kader met een niet-coöperatieve patiënt plaats, maar in een context van vrijwilligheid en coöperatie. Uit onderzoek (Kaasenbrood 1989) is gebleken dat onvrijwillige diagnostiek onbetrouwbaarder is dan diagnostiek die in een context van vrijwilligheid en coöperatie plaatsvindt.

Het bezwaar dat het zeer moeilijk is om uit te maken of het excessief uitgeven van geld verband houdt met een psychische stoornis danwel gewoon 'onwijs' is, verwijst dan met name naar situaties waarin een hulpverlener te maken heeft met een hem onbekende persoon. Als echter een persoon met een recidiverende manisch-depressieve psychose van plan is een dure auto aan te schaffen, en het bekend is dat hij dat altijd al deed wanneer hij in het verleden ontremd raakte, dan heeft dit bezwaar minder gewicht.

3. De beslissing van een psychiater om een zelfbindingscontract 'operationeel te maken' is gebaseerd op de (dubieuze) voorspelling dat interventie de patiënt in staat zal stellen de schadelijke gevolgen van irrationeel handelen te vermijden (Dresser 1984). Terecht wordt gewezen op empirisch onderzoek waaruit blijkt dat met name psychiaters slecht toegerust zijn om gevaar te voorspellen en om schadelijke gebeurtenissen met een relatief lage statistische prevalentie accuraat vast te stellen. Een voorbeeld betreft de kans dat iemand in de toekomst als gevolg van recidiverende psychotische episoden zijn baan verliest. Of iemand in dergelijke omstandigheden daadwerkelijk zijn baan zal verliezen kan - zo stelt Dresser - te maken hebben met zulke uiteenlopende factoren als de houding van de werkgever of het type baan dat de betrokkene heeft. Uiteraard kan de psychiater niet alle variabelen overzien, laat staan calculeren, die uiteindelijk bepalen of een bepaalde schadelijke gebeurtenis daadwerkelijk zal plaatsvinden. Als gevolg daarvan zouden psychiaters wel eens Odysseuscontracten kunnen toepassen in situaties waarin de betreffende patiënt de voorspelde schade niet zou hebben geleden indien deze in vrijheid zou zijn gebleven (Dresser 1984).

Hiermee wordt zowel te veel als te weinig geclaimd. Te veel, omdat wordt gesuggereerd dat zelfbinding een panacee zou zijn voor alle mogelijke schade en ellende die iemand kan overkomen. Dit is niet zo en het is onjuist om de zaken zo voor te stellen. Te weinig, omdat niet wordt aangegeven dat bepaalde typen van persoonlijke en interpersoonlijke schade die een patiënt via zelfbinding poogt te voorkomen: a. vormen van schade zijn waar hij reeds eerder mee geconfronteerd is, en anderen mee geconfronteerd heeft; en b. vormen van schade zijn waarvan de patiënt zelf te kennen geeft dat hij ze wil voorkomen.

Dat bepaalde vormen van schade niet altijd en onder alle omstandigheden te voorkomen zijn, ook niet via zelfbinding, en dat het soms zo is dat men met een interventie iets tracht te voorkomen dat zonder die interventie evenmin zou hebben plaatsgevonden, is een onlosmakelijk onderdeel van de problematiek. Uit eigen ervaring zullen de patiënt met een voorgeschiedenis van psychiatrische ontregelingen en diens behandelaar(s) echter in veel gevallen met een redelijke mate van waarschijnlijkheid kunnen inschatten welke problemen ontstaan wanneer de patiënt recidiveert.

Slotbeschouwing

Zelfbinding vormt geen inbreuk op de autonomie van de patiënt, maar kan patiënten die te maken hebben met periodiek optredende psychische ontregeling in staat stellen om hun autonomie op een bepaalde, door hen zelf gewenste wijze vorm te geven. Zelfbinding is, met andere woorden, een door de betrokkene zelf vormgegeven balans tussen de ethische principes van weldoen en respect voor autonomie. Bij een aantal patiënten bestaat een duidelijke behoefte aan een dergelijke vorm van behandelingsplannen (Hunsche 1994).

Een belangrijk juridisch obstakel bij de implementatie van zelfbindingscontracten vormt het feit dat het hierbij om onherroepbare overeenkomsten gaat: de patiënt kan in beginsel niet op de in het contract neergelegde toestemming terugkomen. Daar is het hem natuurlijk ook om te doen. Het probleem is nu juist dat, juridisch gezien, een eenmaal gegeven toestemming voor behandeling onherroepbaar is (Leenen 1988; Legemaate 1991). Hoe zwaar dit juridische argument moet wegen is overigens niet duidelijk. Zo stelt bijvoorbeeld Roscam Abbing in haar oratie: 'Duidelijkheid over de juridische geldigheid van anticiperende beslissingen is (...) van groot belang voor patiënten die afwisselend perioden van bekwaamheid en onbekwaamheid kennen. Het betreft onder andere chronisch schizofrenen, manisch of psychotisch depressieven enz. Dan kan een anticiperende verklaring bij weigering van medicatie een oplossing zijn. Juridisch geldige beslissingen tijdens heldere perioden door mensen die lijden onder psychotische beelden, zijn meer geëigende middelen om marginalisering van deze groep tegen te gaan dan een rechterlijke machtiging'.

In de discussie over de mogelijkheden en beperkingen van zelfbindingscontracten is het van belang een onderscheid te maken tussen principiële bezwaren enerzijds en juridische onmogelijkheden anderzijds. Behalve de vraag of zelfbinding moreel gerechtvaardigd kan worden (die, zoals werd betoogd, positief moet worden beantwoord), moet tevens de vraag worden gesteld of er goede argumenten zijn om iemand die dat wil een dergelijk contract te onthouden (Culver en Gert 1982). Het gegeven dat momenteel juridisch geen sluitende formule voor de praktische vormgeving van zelfbindingscontracten te geven is, sluit niet uit dat in de toekomst een dergelijke voorziening wél kan worden getroffen, bijvoorbeeld door een wijziging/aanvulling van de wet-BOPZ en het wetsontwerp-GBO. Alleen indien principiële argumenten op overtuigende wijze de onwenselijkheid van het gebruik van zelfbindingscontracten aantonen, kan met recht worden verdedigd dat er ook geen ruimte voor dient te worden gecreëerd. En door die ruimte wel te creëren kan juist duidelijk worden welke praktische knelpunten en problemen zich rond zelfbinding kunnen voordoen.

De problematische juridische status van zelfbindingsovereenkomsten maakt deze overigens in de huidige psychiatriepraktijk niet onbruikbaar. In dit verband kan ook gedacht worden aan de juridische kritiek op 'niet-suicide-contracten' (Portier 1979; Jenner 1992). Hoewel de uitvoering van dergelijke contracten niet afgedwongen kan worden, hebben ze wel degelijk therapeutische waarde en geven ze de patiënt de mogelijkheid om meer greep op zijn situatie te krijgen. Bovendien zal de aanwezigheid van een zelfbindingscontract een rol kunnen spelen binnen juridische procedures waarin een afweging wordt gemaakt over de noodzaak van een dwangopneming (IBS/RM). De schriftelijke wilsuiking zal dan als stem van de betrokkene meegewogen kunnen worden.

Noten

1. De term 'Odysseuscontract' verwijst naar het verhaal van Odysseus en de Sirenen (Homerus, *Odysseia*, boek XII). Odysseus is door Kirke gewaarschuwd voor het verleidelijke en onweerstaanbare gezang van de Sirenen. Allen die langs het eiland van de Sirenen varen, zullen een zekere dood op de klippen tegemoet gaan. Alvorens het eiland te passeren geeft Odysseus zijn bemanning de opdracht

om hem aan de mast vast te binden en om hem met nog veel meer banden te omknellen wanneer hij hen smeekt of beveelt hem los te maken. Als het schip het eiland nadert, smeert Odysseus zijn makkers was in hun oren, waarna hij wordt vastgebonden. Op deze wijze lukte het Odysseus te genieten van het gezang van de Sirenen, zonder de noodlottige gevolgen.

2. Dit voorstel sluit in grote lijnen aan bij het voorstel van Howell, Diamond en Wikler (1982).

3. Neem het voorbeeld van de drinker; het genot van het drinken lijkt, op het moment van het drinken, op te wegen tegen de ellende van de kater. Echter, de volgende ochtend denkt de drinker daar waarschijnlijk anders over.

4. Vgl. Kuilman (1991) en Berghmans (1992a).

Literatuur

Berghmans, R.L.P. (1992a), Psychiatrische diagnostiek en ethiek. In: H.A.M.J. ten Have e.a. (red.), *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*

. Kluwer, Deventer, XXI 131-151.

Berghmans, R.L.P. (1992b), *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie. Een gezondheidsethische studie*. Thesis Publishers, Amsterdam.

Brock, D.W. (1993), A proposal for the use of advance directives in the treatment of incompetent mentally ill persons. *Bioethics* 7, 247-256.

Buchanan, A.E., en D.W. Brock (1989), *Deciding for others. The ethics of surrogate decision making*. Cambridge University Press, Cambridge.

Cowen, T. (1991), Self-constraint versus self-liberation. *Ethics* 101, 360-373.

Culver, C.M., en B. Gert (1982), *Philosophy in medicine. Conceptual and ethical issues in medicine and psychiatry*. Oxford University Press, New York/Oxford.

Dresser, R. (1982), Ulysses and the psychiatrists: a legal and policy analysis of the voluntary commitment contract. *Harvard Civil Rights - Civil Liberties Law Review* 16, 777-854.

Dresser, R. (1984), Bound to treatment: the Ulysses contract. Should mental patients consent to commitment in advance? *The Hastings Center Report*, 13-16.

Dworkin, G. (1972), Paternalism. *The Monist* 56, 64-84. Reprint in: R. Munson (red.), *Intervention and Reflection. Basic Issues in Medical Ethics. Third Edition*. Wadsworth Publishing Company, Belmont, California 1988.

Dworkin, G. (1988), *The theory and practice of autonomy*. Cambridge University Press, New York.

Elster, J. (1979), *Ulysses and the Syrens. Studies in rationality and irrationality*. Cambridge University Press, Cambridge (Rev. edition 1984).

Gert, B. (1988), *Morality. A new justification of the moral rules*. Oxford University Press, New York/Oxford.

Gert, B., en K. Danner Clouser (1986), Rationality in medicine: an explication. *The Journal of Medicine and Philosophy* 11, 182-205.

Giel, R. (1985), *Waarom een psychiatrische diagnose? Een beknopte inleiding in het medische model en in andere modellen. Tweede druk*. Samsom Stafleu, Alphen aan den Rijn/ Brussel.

Goldman, D.L., en R.M. Post (1991), The puzzle of noncompliance in the manic patient. *Bulletin of the Menninger Clinic* 55, 248-253.

Green, J.H. (1988), Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 39, 963-966.

Handelingen Tweede Kamer. TK 3-99-125, 19 september 1991; TK 13-649-661, 22 oktober 1991; TK 14-692-715, 23 oktober 1991.

Hirschfeld, R.M.A., en F.K. Goodwin (1988), Mood disorders. In: J.A. Talbott, R.E. Hales en S.C. Yudofsky (red.), *Textbook of psychiatry*. The American Psychiatric Press, Washington DC, 403-441.

Homerus (1991), *Odysseia. De reizen van Odysseus*. Vertaald door Imme Dros. Querido, Amsterdam.

Howell, T., R.J. Diamond en D. Wikler (1982), Is there a case for voluntary commitment? In: T.L. Beauchamp en L.R. Walters (red.), *Contemporary issues in bio-ethics. Second edition*. Wadsworth Publishing Company, Belmont, 163-168.

Hunsche, P. (1994), Autonomie in dwang? De noodzaak van het 'zelfbindingscontract'. *Deviant* 1, 4-5.

Husak, D.N. (1981), Paternalism and autonomy. *Philosophy & Public Affairs* 10, 27- 46.

Jacobs, F. (1985), *Ten overstaan van allen. Universalisering in de ethiek*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam.

Jenner, J.A. (1992), Het non-suicide-contract: een vormkeus. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34, 54-58.

Kaasenbrood, A. (1989), Krankzinnigheid, diagnostiek in wettelijk perspectief? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 460-473.

Klippe, C.J. van de (1992), De BOPZ op het Binnenhof: bijna uitbehandeld. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 47, 243-257.

Kopelman, L.M. (1989), Moral problems in psychiatry. In: R.M. Veatch (red.), *Medical ethics*. Jones and Bartlett Publishers, Boston, 253-290.

Kuilman, M. (1990), Over dwangmaatregelen in de psychiatrie. In: H.A.M.J. ten Have e.a. (red.), *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*. Kluwer, Deventer, XXI 11-25.

Kuilman, M. (1991), Problemen bij de psychiatrische diagnose. In: H.A.M.J. ten Have e.a. (red.), *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*. Kluwer, Deventer, XXI 31-38.

- Laurs, P.J.H. (1991), Dwangtoepassing in de psychiatrie. Juridische aspecten. In: H.A.M.J. ten Have e.a. (red.), *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*. Kluwer, Deventer, XXI 203-239.
- Lavin, M. (1986), Ulysses contracts. *Journal of Applied Philosophy* 3, 89-101.
- Leenen, H.J.J. (1988), *Handboek gezondheidsrecht. Rechten van mensen in de gezondheidszorg*. Samsom, Alphen aan den Rijn.
- Legemaate, J. (1991), *De rechtspositie van vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten*. Gouda Quint, Arnhem.
- Pols, J. (1984), *Mythe & macht. Over de kritische psychiatrie van Thomas S. Szasz*. SUN, Nijmegen.
- Pols, J. (1985), Wanneer is er sprake van een psychiatrische stoornis? In: Universitaire Leergangen Gezondheidszorg, *Van KZ-wet naar BOPZ. Wetgeving en uitvoering*. Verslag symposium mei 1984, Rijksuniversiteit Groningen, 85-95.
- Portier, L.G. (1979), Een afschattingsmethode rond zelfdoding; niet zelfdodingscontract. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 21, 549-560.
- Radden, J. (1988), Choosing to refuse. Patients rights and psychotropic medication. *Bioethics* 2, 83-102.
- Roscam Abbing, H.D.C. (1994), *Beslissen door de patiënt*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in het gezondheidsrecht aan de Universiteit van Utrecht. Bohn, Stafleu, Van Loghum, Houten/Zaventem.
- Rosenhan, D.L. (1973), On being sane in insane places. *Science* 179, 250-258.
- Rosenson, M.K., en A.M. Kasten (1991), Another view of autonomy: arranging for consent in advance. *Schizophrenia Bulletin* 17, 1-7.
- Sarwer-Foner, G.J. (1988), The course of manic-depressive (bipolar) illness. In: A. Georgotas en R. Cancro (red.), *Depression and mania*. Elsevier, New York, 55- 75.
- Tilburg, W. van (1990), Recht op behandeling. In: Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Psychiatrie binnen de grenzen van het recht. Afscheidssymposium J.B. van Borssum Waalkes*, 6 juni 1990, 2-13.
- Veen, E.-B. van (1993), *Schriftelijke wilsverklaringen. Een juridische studie opgesteld op verzoek van de KNMG*. KNMG, Utrecht.

Summary: Ulysses contracts in psychiatry: ethical issues

In this article the possibilities of self binding in psychiatry are explored. By way of a 'self binding agreement' of 'Ulysses contract', a mentally ill person who suffers from periodical decompensation may arrange the conditions under which he agrees to be committed and/or treated in future situations of decompensation, even if then he would refuse admission/treatment, and the legal dangerousness criterion is not met.

Ten basic requirements of a Ulysses contract are formulated, and some objections against self binding in psychiatry are evaluated. It is concluded that self binding is a form of prospective treatment planning, and is an expression of a self-chosen balancing of the ethical principles of beneficence and respect for autonomy.

De auteur is psycholoog en gezondheidsethicus, en werkzaam als wetenschappelijk medewerker bij het Instituut voor Gezondheidsethiek te Maastricht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 17-6-1994.