

# Psychiatrie en ethiek

## De psychiatrie als morele onderneming

*door A.K. Oderwald en J. Rolies*

### **Samenvatting**

In dit artikel wordt de verhouding tussen ethiek en psychiatrie besproken. De metonymische of praktische ethiek is in de literatuur over ethiek en psychiatrie dominant en heeft dezelfde vanzelfsprekende vooronderstellingen als het medische model. Een metaforische ethiek daarentegen richt zich juist op deze vooronderstellingen. Vanuit de vraagstelling of de psychiatrie een metonymische of metaforische activiteit is, wordt de stelling ontwikkeld dat de psychiatrie, zowel in theorie als praktijk, argumenten kan leveren om de metonymische ethiek te bekritisieren. Dat betekent wel dat de psychiatrie als zodanig een morele onderneming is, daar zij niet alleen één van de instrumenten van een culturele strategie is om het andere een plaats te geven, maar ook fundamenteel ambigu is in haar theorie.

### **Inleiding**

In Nederland staat het onderwerp 'psychiatrie en ethiek', zeker nu de antipsychiatrie tot de geschiedenis behoort, niet meer in het middelpunt van de belangstelling. In het onlangs verschenen Handboek Gezondheidsethiek (De Beaufort en Dupuis 1988) is slechts één van de drieënvijftig bijdragen gewijd aan de psychiatrie (Van der Veen 1988). Toch is een doordenking van de psychiatrie als een morele onderneming geen overbodige luxe, gezien de anti-ideologische en pragmatische houding van de psychiatrie in de jaren tachtig (Mooij 1988). Deze houding gaat vergezeld van een overwegend pragmatisch ingestelde ethiek. Daar onze invalshoek, die de ideologie centraal stelt, in de medisch/psychiatrische, ethische literatuur minder gebruikelijk is, geven wij eerst een korte beschrijving en karakterisering van de op dit moment meest gebruikelijke wijze om over de zogenaamde ethische aspecten van de psychiatrie te spreken. Daarbij moet worden aangetekend dat de meeste literatuur op dit terrein uit het Angelsaksische taalgebied en met name uit de Verenigde Staten afkomstig is. Hier en daar geeft dat aanleiding tot relativerende opmerkingen ten aanzien van de Nederlandse situatie.

## Praktische ethiek en 'Weltanschauung'

In de ethiek kan onderscheid worden gemaakt tussen zogenaamde 'praktische' en 'Weltanschauungs'ethiek. Onder praktische ethiek wordt over het algemeen een discipline verstaan met een probleemoplossend vermogen. 'Weltanschauungs'ethiek is meer algemeen-cultureel en bespiegeld van aard. Daaronder vallen onder andere vragen naar vooronderstellingen en betekenis van wetenschap. Deze opvattingen over de aard van de ethiek impliceren veelal ook een verschillende werkwijze. In een 'Weltanschauungs'ethiek wordt het detail en het afzonderlijke fenomeen in een groter verband gezet. De nadruk ligt vooral op de betekenis en context van fenomenen. Associatie speelt in teksten die tot deze traditie behoren een grote rol. Praktische ethiek volgt de omgekeerde route: fenomenen en details worden uit hun context geïsoleerd en als op zichzelfstaand beschouwd. Vervolgens wordt deze aldus gecreëerde situatie getoetst aan een ethische normatieve theorie teneinde tot uitspraken, oplossingen, te komen (De Beaufort en Dupuis 1988). Het is duidelijk dat op het eerste gezicht praktische ethiek qua model een kopie is van wat in de wandeling het medische model wordt genoemd. Het mag dan ook geen verbazing wekken dat juist deze vorm van ethiekbeoefening in de hedendaagse medisch/psychiatrische, ethische literatuur de boventoon voert. Het is zelfs, op enkele sporadische uitzonderingen na, de enige toon. Kenmerkend ervoor is het spreken over zogenaamde 'moral issues' of 'ethische aspecten', waarin het reductieve karakter van dit perspectief goed tot uitdrukking komt.

## Moral issues

Een literatuursearch over de periode van 1.1.1966 tot 30.4.1988 leert dat de meeste artikelen over psychiatrie en ethiek afkomstig zijn uit de Verenigde Staten. De explosieve groei van de medische ethiek daar, vele malen sterker dan in Nederland, zal daar niets vreemd aan zijn. Opvallend is dat van de 658 artikelen er maar liefst 221 (30%) over het beroepsgeheim gaan. Dat zal ongetwijfeld te maken hebben met het feit dat in de VS het medische beroep nog meer in de openbaarheid staat dan hier. Gezien de ruime juridische mogelijkheden voor 'malpractice'-aanklachten aldaar, mag het geen verbazing wekken dat de overheersende teneur van deze artikelen een juridische is. Bij dit uitzonderlijk hoge aantal steekt het aantal publikaties over andere onderwerpen wat mager af. Patiëntenrechten komen 78 maal aan de orde, politiek misbruik van de psychiatrie, meestal handelend over de Sovjetunie, 47 maal. Eenzelfde getal kan worden genoemd voor de problemen rond de verschillende therapieën. Forensische psychiatrie komt 39 maal aan de orde, research 31 maal en kinderpsychiatrie 26 maal. Opvallend is

de lage frequentie van de problematiek rond suïcide en seksualiteit (beide 6 maal). Het algemene vraagstuk van de ethiek in verband met de psychiatrie komt in slechts 16 artikelen in een periode van 22 jaar aan de orde. Een beknopt overzicht geeft het boek van Bloch en Chodoff (1984).

Deze onvolledige opsomming laat uiteraard weinig conclusies toe die bovendien worden bemoeilijkt door de sterke Amerikaanse en juridische vertekening. In het algemeen kan wel gesteld worden dat de diversiteit binnen de psychiatrische theorieën en methoden een grote rol speelt en dat daarnaast de steeds meer benadrukte autonomie van de patiënt deze onzekerheden versterkt en voor dilemma's zorgt. Er is, en daarin verschilt Europa niet van de VS, een algemene tendens te bepeuren steeds terughoudender te worden met ingrijpen. Dat strekt zich uit van de bevordering van ambulante geestelijke gezondheidszorg en dus het trachten te voorkomen van opname in een inrichting, naar een zo lang mogelijk uitstel van dwangmaatregelen, zoals de gedwongen toediening van medicamenten, omstreden therapieën zoals elektroshock en internering op een gesloten afdeling of in de separeer-cel. 'Met betrekking tot suïcide zijn de gelederen nog tamelijk gesloten. Ondanks de erkenning dat een vastbesloten iemand uiteindelijk niet tegen te houden is, wordt hulp bij zelfdoding nog altijd afgewezen. De erkenning dat er mensen zijn die niet zijn te stoppen kan er overigens wel toe leiden dat in persisterende gevallen van therapeutische maatregelen wordt afgezien.

In het algemeen gesproken spelen drie invloedssferen een rol bij het totstandkomen van wat de medisch-ethische norm genoemd kan worden: 1) medisch/psychiatrische wetenschappelijke inzichten, 2) juridische principes en 3) morele principes. Deze invloedssferen lopen soms in elkaar over, kunnen elkaar bevestigen maar ook tegenspreken. In principe zijn de medisch/psychiatrische inzichten de belangrijkste. Het spreekt voor zich dat de arts/psychiater op de hoogte moet zijn van de laatste inzichten op het gebied van diagnostiek en therapie. Dat veronderstelt op zijn minst dat wetenschappelijke publikaties door de arts/psychiater beoordeeld kunnen worden op relevantie. Daarvoor is heel wat meer inzicht in methodologie en statistiek nodig dan hem in zijn opleiding is bijgebracht. Daarnaast mag van de discipline psychiatrie verwacht worden dat psychiatrische inzichten regelmatig wetenschappelijk getoetst worden op hun relevantie.

Zolang de medisch/psychiatrische kennis voor zichzelf spreekt, iets waar we nog over komen te spreken, valt deze veelal samen met het juridisch en ethisch perspectief. Wat medisch/psychiatrisch juist is, wordt verondersteld daarmee ook juridisch en ethisch juist te zijn. In sommige gevallen worden er echter aanvullende eisen gesteld. In het geval van research moet de patiënt geïnformeerd worden (ook over eventueel te verwachten bijwerkingen en complicaties) en toestem-

ming geven. Tevens is (of wordt) wettelijk geregeld dat de patiënt inzage heeft in zijn dossier en dat de arts/psychiater, op enkele niet onbelangrijke uitzonderingen na, niet gerechtigd is informatie over de patiënt door te spelen naar derden. Deze juridische reglementering leidt er niet altijd toe dat alle problemen worden opgelost. Protocollering en reglementering maken dat alle patiënten vanuit een bepaald perspectief over één kam worden geschoren. Dat kan in de praktijk weer nieuwe problemen oproepen. Een eenvoudig voorbeeld is de eis tot informed consent in het geval van een psychotische patiënt. Op deze momenten komt de ethische invloedssfeer duidelijker op de voorgrond te staan, die echter over het algemeen verdergaande reglementering en protocollering tot gevolg heeft, zij het op grond van andere criteria. Een voorbeeld daarvan is de discussie over 'kwaliteit van leven' in de somatische geneeskunde. Oorspronkelijk begonnen als een kritisch begrip ten aanzien van medische criteria om het menselijk leven te beoordelen, is het thans een begrip dat andere, niet-medische criteria levert voor protocollen (Musschenga 1987).

In de psychiatrie is, anders dan in de 'normale' geneeskunde, het gebied waarin vanzelfsprekend gehandeld kan worden kleiner. Het meetbaar maken en standaardiseren van diagnostiek en therapie en met name van de vele vormen van psychotherapie, stuit op grote moeilijkheden die niet zelden van fundamentele paradigmatische aard zijn. Bovendien is de in de geneeskunde vooronderstelde actieve participatie van de patiënt in de psychiatrie niet zo vanzelfsprekend. De enige medisch-ethische regel die zonder al te veel fundamentele problemen gehandhaafd zou kunnen worden is het beroepsgeheim. Dat mag slechts worden verbroken op gezag van de rechter, in geval van rechtstreeks gevaar voor de gemeenschap, of als de patiënt daarvoor toestemming geeft. Maar bedrijfskeuringen, waarbij eveneens informatie aan derden wordt verstrekt, behoren ook bij ons tot de normale gang van zaken.

Uit het bovenstaande blijkt dat de vanzelfsprekendheid van de ethiek die bij de somatische geneeskunde hoort, in de psychiatrie op moeilijkheden kan stuiten. De vraag is of deze moeilijkheden slechts een bijzondere categorie zijn die de vanzelfsprekende vooronderstellingen van de medische ethiek niet beroeren, of dat de 'moeilijkheden' deze vooronderstellingen juist ter discussie stellen. De tweede optie is een ongebruikelijke. Dat is ook begrijpelijk, daar de praktische opvatting over ethiek niet is gericht op het vanzelfsprekende gedeelte van het medisch of psychiatrisch handelen. Het tegendeel is juist het geval: ethiek komt pas expliciet aan de orde op het moment dat er sprake is van een conflict of van uitblijvende consensus. De praktische ethiek is juist gericht op het oplossen van het afwijkende, het andere. Een van de belangrijkste maatstaven daarvoor is een principe dat hoog scoort in de medische ethiek en ook in de praktische psychiatrische ethiek bovenaan staat: autonomie.

### Autonomie: normaal of anders?

In Nederland staat het principe van de autonomie in de medische ethiek nauwelijks ter discussie. Juist vanuit de psychiatrie zou erop gewezen kunnen worden hoezeer zich daar in de praktijk openbaart dat autonomie een cultureel ideaal is dat niet ontbloomt is van destructieve kanten. Een veel verdedigde opvatting is dat psychopathologie als oorzaak beschouwd moet worden van een *verminderde* autonomie (Van der Veen 1988). Dat heeft het voordeel dat de oorzaak *in* de patiënt kan worden voorgesteld als een intrapsychisch proces dat zich tot de patiënt beperkt. Vanuit het oogpunt van beheersing van de psychische problematiek is deze condensatie een veel aantrekkelijker opvatting dan een associatieve (of metaforische) opvatting. In een condensatieve (of metonymische) opvatting is de patiënt zowel het probleem zelf, de sleutel tot het probleem, als de oorzaak van het probleem. Wie de patiënt in handen heeft, heeft dus in principe alles in handen. In een metaforische opvatting is de patiënt onderdeel van, en verwijst hij naar een groter geheel. In dat grotere geheel heeft de patiënt bij voorbeeld gefaald in zijn pogingen om te voldoen aan het paradoxale culturele bevel om autonoom te zijn, óf heeft hij dit bevel juist zeer letterlijk opgevolgd. In haar letterlijke betekenis is autonomie immers zelf de wet stellen en niet het volgen van de wetten die in het sociale gelden. Wat dat betreft laat de psychotische patiënt ons zien wat er gebeurt als het culturele ideaal van de autonomie realiteit wordt: hij zegt – bij wijze van spreken – het sociale contract op, stapt uit datgene wat ons vertrouwd, bekend en vanzelfsprekend is en wordt in onze cultuur beeld van het onbekende, het beangstigende, het andere, het bedreigende. Als de psychoticus lijdt, dan lijdt hij niet aan gebrek aan autonomie, maar juist aan zijn autonomie (Moyaert 1982).

Het mag ironisch heten dat een cultuur die de autonomie als haar ethos beschouwt, in de directe levenssfeer nauwelijks raad weet met de concrete resultaten van dat ethos. Hierin ligt ook besloten waarom de psychiatrie, niet door een gebrek aan kennis, zoals Van der Veen (1988) stelt, maar voorafgaande aan elke vorm van psychiatrische kennis, reeds een morele onderneming is. Wie de paradoxale aard van het culturele ideaal toont door het te concretiseren in gedrag, wordt in onze cultuur aan de psychiatrie uitbesteed, zodat het ideaal kan blijven bestaan. De psychiatrie is één van de articulaties van onze cultuur om 'het Andere' een plaats en dus betekenis te geven. Foucault (1966) zegt in 'Les mots et les choses' dat de geschiedenis van de waanzin de geschiedenis van het andere is; de geschiedenis van hetgeen in een cultuur verinnerlijkt en er toch tevens vreemd aan is. Vanwege deze ambiguïteit wordt de waanzin zowel uitgesloten om het inwendige gevaar te verminderen als ingesloten om het anderszijn te reduceren. Deze algemene karakterisering van de psychiatrie geeft aan waarom zij als een am-

bigue en morele onderneming moet worden beschouwd. Voor zover bekend komt in elke cultuur het 'andere', het vreemde, voor. Al de mensen die anders zijn nemen op de één of andere manier in een cultuur een aparte plaats in. De betekenis van deze plaats, voor zover deze te bepalen is, verschilt van cultuur tot cultuur. Met deze betekenis is de morele waarde van het andere verbonden. Twee voorbeelden:

De cultureel-antropoloog Taussig (1987) heeft het leven, alsmede theorie, praktijk en metafysica van de shamaan in het moderne Colombia beschreven. Daaruit blijkt dat de hallucinatie een centrale rol speelt in het leven en werk van de shamaan (zie ook: Nathan 1986). Toch is dat geen psychiatrische indicatie, gezien de betekenis die de shamaan in het hedendaagse Colombia heeft. Zijn vermogens om te genezen, hoewel nauwelijks begrijpelijk voor de gewone sterveling, worden alom gerespecteerd. Bezoekers komen te voet van heinde en verre om hem op te zoeken. Maar zijn anders-zijn wordt niet alleen gezocht, maar ook gevreesd. Zijn gave biedt hem de mogelijkheid zowel onheil af als aan te wenden. Niet zelden moet hij bij voorbeeld een vervloeking van een andere shamaan bezweren. Zijn plaats (waarde) is belangrijk, maar wankel en volstrekt afhankelijk van zijn reputatie in de samenleving (Lévi Strauss 1958).

Ook de orakels in het oude Griekenland waren gevreesd en bemind. Als intermediair tussen de wereld en de goden behoorden zij maar half tot de wereld. De andere helft behoorde tot het volstrekt andere, de goden. De Grieken gaven hiermee het andere een vooraanstaande plaats in hun cultuur, een plaats die het mogelijk maakte dat het andere wat te zeggen had aan het normale. Dat gebeurde uiteraard nooit in een directe vorm. Anders zou het andere immers niet indirecte raad zijn die geïnterpreteerd moet worden en die iemand daardoor in staat stelt op een actieve manier het andere in het normale zelf te ontdekken. Zo geformuleerd is de waanzin zelfs de bron van iedere ethiek, begrepen als de doordenking van het normale! (Colli 1981).

In geen van beide voorbeelden is 'het andere' normaal. Het behoeft evenmin genezing. In tegendeel zelfs. Het moet worden gerespecteerd als een essentieel, waardevol, hoewel nauwelijks te doorgronden onderdeel van die cultuur. Geen enkele cultuur, behalve de onze die al behoorlijk op de wereld is uitgezaaid, bezit een speciale discipline die zich bezighoudt met het genezen van het andere of de waanzin. Dat houdt verband met onze afwijkende kosmologie en de daarbij behorende scheiding tussen lichaam en geest. In transcultureel opzicht is onze cultuur dus een buitenbeentje, om maar niet te zeggen het andere. Toch kan niet gesteld worden dat het andere, in de vorm van het mozaïek dat wij waanzin noemen, geen onderdeel is van onze cultuur. Ten eerste: de aanwezigheid van de psychiatrie ontkent dat niet, maar bevestigt het. Die bevestiging is echter dubbelzinnig. Zij luidt: het andere als waanzin is een onderdeel van onze cultuur dat er niet bijhoort. Daarom

is er psychiatrie. Ten tweede is het, zeker in de twintigste eeuw, zo dat het andere en de waanzin in onze cultuur niet alleen in het psychiatrische spreken tot betekenis komen. In de beeldende kunsten, de literatuur, de filosofie en zelfs in de wetenschap komt het andere, ook in de vorm van de waanzin, ook tot betekenis. Hölderlin, Roussel, Artaud, Celan, Kafka, Nietzsche, Achterberg, Van Gogh, Magritte en Dali zijn daarvan meer of minder uitgesproken voorbeelden (Outtier 1989, Vande Veire 1989, Raster 1982). Hun werk getuigt van het andere, als verstoring van de orde. Niet zelden raken zij op intensieve wijze de waanzin zonder er zelf in te vervallen. Hier is waarzin een cultuurkritisch begrip.

Dat wil zeggen dat de dubbelzinnige, culturele betekenis van het andere en de waanzin, die reeds ter sprake kwam bij de shamaan en het orakel, ook in onze cultuur aanwezig is. In de schilderkunst bij voorbeeld is er van de Renaissance tot in onze tijd een aantal thema's geëxploiteerd, zoals de nar (als voorloper van de waanzinnige), de wilde, de boer en de bedelaar, waarvan de beeldvorming de opkomende burgerij als een tegenbeeld diende. In dit tegenbeeld werd de eigen burgerlijke identiteit ontwikkeld en kracht bijgezet (Vandenbroeck 1987). Ook Foucault (1961) stelt in zijn boek over de geschiedenis van de waanzin dat dit kritische begrip van de waanzin door de psychiatrie is geïncorporeerd en omgedraaid in betekenis. Als de waanzin nog kritisch is, dan is hij dat ten opzichte van de persoon van de waanzinnige, die behandeld moet worden. Zo grijpen medisch en kritisch in elkaar en verdampst het kritische van de waanzin ten overstaan van de cultuur. Kunstwerken worden ook primair opgevat als het produkt van een persoon en secundair als een cultuurkritiek en bevinden zich op speciaal daarvoor aangewezen plaatsen. Ook al kan van onze cultuur gezegd worden dat de waanzin zich niet uitsluitend in het psychiatrische spreken bevindt, de andere plaatsen zijn of boeken die rustig in de boekenkast staan, of geïsoleerde musea, waar wij in een rustige ambiance op het verkeerde been gezet kunnen worden. Moch het zich in levende lijve voordoen, dan vormen wij liever een subcultuur of minderheidsgroep dan het bij ons thuis toe te laten. Het andere is er uiteindelijk niet om ons wat over onszelf te leren, maar ter vermaak, ter bevestiging van onze normaliteit, of om te genezen. Het is geen respectvolle, maar een in zichzelf gekeerde tolerantie voor anderen die nog niet of niet meer zijn waar wij zijn. Deze tolerantie kan naar zijn tegenstrijdige aard haast niet anders dan zeer wankel zijn.

### **Natuur en cultuur**

Wanneer waanzin als een cultuurkritisch begrip en als een produkt van cultuur te berde wordt gebracht, rijst de vraag of er dan soms van nature geen waanzin 'is', en, in het verlengde daarvan, of waanzinnige dan

soms niet behandeld moeten worden. Een dergelijke vraag steunt ons inziens op de onjuiste premisse dat 'cultureel' lijden geen echt lijden zou zijn. In tegendeel: er bestaat geen lijden dat cultuurloos en dus betekenisloos is. De grote behoefte om lijden buiten de mens in de natuur (ook een begrip van onze cultuur; in Japan is daar geen apart woord voor) te plaatsen, blijkt bij voorbeeld uit werk van Freud. Terwijl hij zich binnen de psychoanalyse bezighoudt met culturele vragen, twijfelt hij tegelijkertijd niet aan, althans hoopt hij op, een natuurlijke fundering van zijn theorie. Dergelijke vragen duiden op een behoefte aan metafysica of ontologie van de waanzin die in het teken van de beheersing staat. Natuur staat voor iets dat beheerst kan worden, terwijl cultuur onbeheersbaar is en wat nog erger is: wij zijn het zelf en dus ook nog verantwoordelijk.

Wij ontkennen met ons betoog de waanzin niet, maar geven de verklaringen omtrent de waanzin – en dat is wat anders dan de waanzin zelf – de betekenis van metafysica, dat wil zeggen de wijze waarop *wij* de wereld verklaren en sluiten, ons omvattende verband waarin feiten betekenis krijgen. Het valt overigens te overwegen om de term metafysica, vanwege haar 'natuurlijke' connotatie, te vermijden. Een alternatief zou zijn Lyotard (1979) en Ricoeur (1983) te volgen en over récit of verhaal te spreken. De bedoeling hiervan is de mens terug te brengen in zijn wereld, zijn huis en dus zijn ethos (ethos betekende ooit: huis, woonoord). Als nu de vraag gesteld zou worden of Nietzsche gek was of niet, dan zou het antwoord in twee delen uiteen vallen. Vanaf het moment dat hij in Turijn een paard om de nek viel was hij waanzinnig. Alles wat na die tijd van zijn hand is verschenen, behoort niet tot de filosofie, maar toe de psychiatrie. Tegelijkertijd echter is er onmiskenbaar een verwantschap van de teksten voor en na die cesuur in zijn leven. Wat na de cesuur volgt moge dan absoluut zijn, de cesuur zelf is relatief. Een dergelijke relatieve absoluutheid kan ervaren worden als een vertrouwd iemand in een psychotische toestand geraakt. Hij of zij blijft dezelfde en is toch onmiskenbaar veranderd.

Het probleem van de cesuur die ook geen cesuur is, speelde ook een rol in de antipsychiatrie. Eén van de kritiekpunten op de gevestigde psychiatrie (we laten hier terzijde dat 'de' gevestigde psychiatrie minstens net zo heterogeen was als 'de' antipsychiatrie) was dat deze het positivistisch standpunt innam dat er psychische afwijkingen *zijn* (natuur), die als een ziekte moeten worden opgevat. De cesuur tussen normaal en afwijkend is dan absoluut (Trimbos 1975). Toch heeft de antipsychiatrische kritiek deze absoluutheid van de cesuur eerder bevestigd dan bekritiseerd. De gedachte bij voorbeeld dat waanzinnigen moeten worden opgevat als *symptomen* van een *zieke* cultuur verplaatst de cesuur weliswaar, maar blijft binnen het spreken van het medische model. De vraag is dan wat onder een 'gezonde' cultuur moet worden verstaan, een cultuur zonder waanzin, waarin iedereen normaal is? Dat



is uiteindelijk ook het ideaal van de bekritiseerde psychiatrie. Maar hoe kan 'normaal' gedefinieerd worden los van een cultuur? Wat is de natuurlijke cultuur? Zo bevestigt de antipsychiatrie het binaire natuur-cultuurschema, ook al lijkt deze zich daaraan te onttrekken. Zoals vele kritische, vaak als humanistisch benoemde, stromingen in onze cultuur, wordt het beeld van de autonome mens naar voren geschoven als een natuurstatus en niet als een romantisch cultureel ideaal. Er zijn heden ten dage nog steeds culturen waar dit ideaal ontbreekt en er zijn ook onderzoekers die van mening zijn dat het ontbreken van dit ideaal, bij voorbeeld in Vietnam en China, verbonden is met een andere ziekteopvatting en dus ook andere waanzinnigheid (Wulff 1972). Het debat daarover is nog lang niet beslecht (Richters 1988).

Onze cultuur is zonder 'natuurlijke' autonomie ondenkbaar geworden. Autonomie ligt niet alleen, zoals gesteld, mede aan de basis van onze ethiek, maar ook aan de basis van ons denken over ziekte en gezondheid, zowel lichamelijk als psychisch. Of het nu een organistische of een sociale theorie betreft, gezondheid komt neer op autonomie. Autonomie is natuurlijk en dus normaal (Oderwald 1988). Dit ideaal is verbonden met de letterlijke betekenis van het woord 'individu': ondeelbaar. Het mag zonder meer opmerkelijk worden genoemd dat de freudiaanse 'ontdekking' van de onhoudbaarheid van dit idee in zekere zin wel is ingepast in de psychiatrische theorie, maar de culturele idealen niet aangetast heeft. Wat de ontdekking van Freud betreft, is de opvatting dat het om een *psychiatrische* theorie en techniek gaat, hier zeker debet aan. Daarmee is de grootste dreiging die van de psychoanalyse uitgaat, namelijk dat zij ook wat zegt over de normale mens van onze cultuur, onschadelijk gemaakt (Freud 1923: Assoun 1984). De beroemde uitspraak van Freud dat het Ik geen heer in eigen huis is, is wellicht de meest diepgaande kritiek die onze cultuur heeft getroffen, een narcistische krenking zo men wil. Vele psychoanalytische begrippen die Freud hanteerde, zoals verdringing, maken geen onderscheid tussen normaal en abnormaal. Met de vervloeiing van deze overgang vervloeit ook een ander, ons zo dierbaar begrip als causaliteit en daarmee vervolgens het begrip 'genezen'. Een heel bouwwerk, opgericht om de natuur te beheersen, stort in. Dat werd al in 1895 door Freud verkondigd in de uitspraak dat de psychoanalyse niet meer vermag dan pathologisch lijden te transformeren tot normaal lijden. Oorzaken kunnen maar zelden door therapie worden weggenomen. Meestal worden ze alleen in betekenis veranderd. Het normale lijden kan slechts begrepen worden als het vreemde dat een plaats heeft *in* het normale. Dat heeft niet alleen gevolgen voor de patiënt, maar ook voor de psychiater. Deze laatste kan zich niet langer volstrekt onafhankelijk, autonoom, opstellen ten opzichte van de theorie en deze volgens de regelen der kunst toepassen op de patiënt. De theorie – en niet alleen de psychoanalytische theorie – spreekt zich immers altijd, expliciet of impliciet, uit over

het normale en dus over zichzelf en de psychiater. Deze komt daarmee in een ambigue positie: hij is zowel therapeut die los staat van de theorie en het probleem, als deelnemer en belanghebbende. De psychiater komt zichzelf als het ware voortdurend tegen en kan zichzelf zelfs in de weg staan. Hij moet er zich bij neerleggen dat hij steeds maar gedeeltelijk toegang krijgt tot de patiënt en zichzelf. Dat is onrustbarend daar de beheersing die moet voortvloeien uit observatie en classificatie niet volledig blijkt te zijn en in feite slechts datgene is wat de rede over het redeloze te berde heeft gebracht. De garantie dat het redeloze zelf gevangen is, ontbreekt. Deze fundamentele betrokkenheid is een voorwaarde tot iedere ethische overdenking. Zowel een vooronderstelde totale en authentieke ontoegankelijkheid (zoals in de romantische versies van de antipsychiatrie), als een totale toegankelijkheid van de waanzin waarborgen de normaliteit van de psychiater en ontnemen de waanzin haar kritische vermogens. Juist de gedeeltelijke en verschuivende toegankelijkheid, juist de ambiguïteit van herkenning en vreemdheid dwingt de psychiater tot ethische doordenking.

### De psychiatrie als morele onderneming

Ethiek concentreert zich dus in het hart van de psychiatrie, in de arts-patiëntrelatie. Deze stelling treft men ook aan in de medisch-ethische en psychiatrisch-ethische literatuur, maar dan meestal als een aspect en niet als fundamenteel gegeven. In de literatuur die de arts-patiëntrelatie als ethisch aspect beschouwt, worden aan deze relatie de volgende im- of expliciete kenmerken toegekend:

1. De arts of psychiater is de *beheerser* van de relatie. 'De arts is zelf zijn beste instrument.' Andere instrumenten zijn zijn theorie, zijn gesprekstechniek, en zijn ethische criteria.
2. Tegelijkertijd is de relatie symmetrisch. De strijdigheid met het eerstgenoemde punt wordt niet geïmpliciteerd omdat de arts het beste voor heeft met de patiënt.
3. De relatie is een (krachtens punt 1 en 2, overigens intern verdeelde) nucleus en *de* praxis en niet het resultaat van *een* praxis in *onze* cultuur.

Deze drie kenmerken samengenomen, leveren opnieuw een paradoxale figuur op, in die zin dat de arts/psychiater zowel onderdeel van de relatie is als erbuiten staat. De patiënt is zowel object als volwaardige gesprekspartner. In de medische, dat wil zeggen niet-psychiatrische praktijk valt deze paradox meestal niet op, omdat vanzelfsprekend voorondersteld wordt dat arts en patiënt dezelfde doelen nastreven en over hetzelfde spreken. Zolang dat niet ter discussie staat, levert het inderdaad ook geen problemen op. Zo kunnen zij als het ware samen over een object, het lichaam, van de patiënt spreken zonder dat dit als vreemd ervaren wordt. Er lijkt een concreet, maar geïsoleerd object

centraal te staan. Hoewel de moeizame praktijk van de patiëntenvoorlichting (Schouten 1983) en de eveneens moeizame praktijk van de therapietrouw (Trostle 1988) tekenen zijn dat deze opsplitsing van de patiënt in feite niet zonder problemen verloopt, zal het toch in veel gevallen zo zijn dat dit door de oppervlakkige eensgezindheid omtrent het doel – genezing – wordt toegedekt. In de psychiatrie vervalt echter in veel gevallen deze eensgezindheid, zoals ook het onderscheid psychelichaam, waarop deze eensgezindheid berust. Scherp geformuleerd zou gesteld kunnen worden dat in de gewone geneeskunde dwangtherapie door de patiënt zelf gewenst wordt, terwijl dat in de psychiatrie plotseling tot probleem wordt. Met veel kunst- en vliegwerk, dat dient om de eenzaamheid en de ethische geladenheid van de beslissing te camoufleren, kan worden volgehouden dat de psychiater voor de patiënt tijdelijk plaatsvervangend handelt in een overigens symmetrische relatie. Hoewel het hier aangesneden probleem niet opgelost wordt, zou het in ieder geval zuiverder zijn te stellen dat bepaalde beslissingen in de psychiatrie autoreferentieel worden genomen, omdat de theorie dat voorschrijft. In de psychiatrie komt het duidelijker naar voren dat de theorie voor de psychiater geen neutraal instrument is, maar een normerend voorschrift. Noch de patiënt, noch de theorie kunnen echter ooit een legitimatie van de norm worden. Zij vormen immers geen constante.

In de psychiatrische theorie voert de conceptuele ambiguïteit de boventoon. De Amerikaanse psychiater Alan Stone (1980) stelt dat er in de psychiatrie ten minste vier modellen of paradigma's te onderscheiden zijn: het biologisch, het psychodynamisch, het gedrags- en het sociaal model. Aanvankelijk vat Stone de psychiatrie als een pragmatisch eclecticisme op. Maar nader onderzoek leert hem dat er toch problemen rijzen bij het metamodel dat nodig is om een keuze te kunnen maken tussen deze vier modellen. Deze problemen zijn fundamenteel, daar bij voorbeeld alle vier modellen van andere causaliteiten en daarmee ook van andere ethische opties uitgaan. Zonder een diepgaande analyse is duidelijk dat het biologisch model causaliteit en schuld buiten de persoon in de constitutie van zijn lichaam (begrepen als natuur) legt. Het gedragsmodel verdedigt precies de tegenovergestelde visie. Het sociaal model vertoont daarentegen weer veel overeenkomsten met het biologisch model. Alleen het psychodynamische model (waaronder de psychoanalyse) lijkt een tussenpositie in te nemen. Vanwege deze sterk verschillende en elkaar soms uitsluitende modellen, is het de vraag of er sprake kan zijn van een eenheid of een omvattende theorie die kan dienen als instrument om te bepalen welke deelttheorie in een bepaald geval gekozen moet worden. Logisch gesproken is, gegeven de tegenstrijdigheden, òf de omvattende theorie niet consistent, òf de onderscheid in deelttheorieën niet relevant. Ook de systeemtheorie kan ons inziens niet dienen als een *praktische* theorie die de vier modellen

omvat. Het is eerder een metafysisch concept waarin de samenhang van alles met alles wordt *gepostuleerd*. In de praktijk echter wordt de systeemtheorie gebruikt om geïsoleerde (en dus gereduceerde) onderdelen van een omvattender systeem te bestuderen. De psychiater stuit daarom op een fundamentele onzekerheid, die gelegen is in het feit dat hij wel kennis van de vier modellen bezit, maar geen of nauwelijks kennis over deze kennis. Stone meent dat hiermee zowel de grote kracht als de grote zwakheid van de psychiatrie wordt uitgedrukt. De kracht ligt in de, krachtens haar ambiguïteit, noodzakelijke openheid voor de grote complexiteit of zelfs onbenaderbaarheid van het menselijke leven. De zwakheid komt tot uiting in de onmogelijkheid om tot definitieve uitspraken te komen. Er bestaat geen uiteindelijke garantie voor de correctheid van het beeld dat de psychiatrie zich schept van de patiënt in het bijzonder en de waanzin in het algemeen. Ook de psychiater blijkt geen heer in eigen huis te zijn. Dat hoeft overigens geen reden te zijn om te verhuizen. Wie verhuist, neemt zichzelf mee. Trouwens, het is niet alleen onmogelijk om te verhuizen, maar ook onnodig. Het betreft hier een open huis en géén gesloten inrichting, waarin datgene wat men elders zou willen zoeken al aanwezig is.

Al deze overwegingen leiden ertoe dat ethiek zich reeds in het huis van psychiatrie bevindt en niet noodzakelijkerwijs bij een ethicus gekocht hoeft te worden. De ethische vraag is dan ook in eerste instantie *niet* de vraag van de praktische ethiek: 'mag dit?', maar de vraag: 'wat doe ik?' (ook als ik de vraag 'mag dit?' *niet* stel). Dan ontstaan vragen naar de vanzelfsprekendheid van de psychiatrische theorie en praxis. De psychiatrie heeft wat dat betreft betekende voorbeelden – Freud, Binswanger, Jaspers, Rümke, Stone – en is ook niet uitsluitend op ethici aangewezen. De waarden die in de vanzelfsprekendheid besloten liggen, zijn ook direct verbonden met hetgeen in de praktische ethiek als ethisch probleem wordt beschouwd. Ook de praktische ethiek is immers een 'Weltanschauung'! Om een voorbeeld te geven: wie een model hanteert waarin het mogelijk is een cesuur te trekken tussen toerekeningsvatbaar en niet-toerekeningsvatbaar opent daarmee de weg die tot langdurige vrijheidsberoving, separatie, gedwongen therapie en zelfs politiek misbruik van de psychiatrie kan leiden. Stuk voor stuk onderwerpen in de gangbare ethiek in verband met de psychiatrie, maar tegelijkertijd ontstaan *in* de psychiatrische theorie en door de aanwezigheid van de psychiatrie in onze cultuur. Daarom ook is de ethische premisse dat het er in de ethiek om gaat welke keuzen de individuele psychiater maakt, maar half waar. De andere kant van de premisse betreft de keuzen die reeds gemaakt zijn. Keuzen waarvoor de psychiater medeverantwoordelijk (niet schuldig!) is omdat hij ze in zijn denken, spreken en handelen bevestigt.

## Literatuur

- Assoun, P.L. (1984), *L'entendement freudien. Logos et Anankè*. Editions Gallimard, Parijs.
- Beauford, I.D. de, en H.M. Dupuis (1988), Ethiek – wat is het en wat kan men er mee? In: I.D. de Beauford en H.M. Dupuis (red.), *Handboek Gezondheids-ethiek*. Van Gorcum, Assen.
- Bloch, S., en P. Chodoff (red.) (1984), *Psychiatric ethics*. Oxford University Press, Oxford.
- Breuer, J., en S. Freud (1895), *Studien über Hysterie*. Fischer, Frankfort (1983).
- Colli, G. (1981), *Die Geburt der Philosophie*. Europäische Verlaganstalt, Frankfort.
- Foucault, M. (1961), *Histoire de la folie*. Editions Gallimard, Parijs.
- Foucault, M. (1966), *Les mots et les choses*. Editions Gallimard, Parijs.
- Freud, S. (1923), Psychoanalyse und Libidotheorie. In: *Gesammelten Werken*. Band 13, p. 209-233.
- Lévi-Strauss, C. (1958), *Anthropologie structurale*. Plon, Parijs.
- Lytard, J.F. (1979), *La condition postmoderne*. Minuit, Parijs.
- Mooij, A.W.M. (1988), *De psychische realiteit. Over de psychiatrie als wetenschap*. Boom, Meppel/Amsterdam.
- Moyaert, P. (1982a), Taal, lichamelijkheid en affect in de schizofrenie. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 24, 49-69.
- Moyaert, P. (1982b), Een betekenisproductie zonder geschiedenis. In: *Gestoorde teksten*. Raster 24, De Bezige Bij, Amsterdam.
- Musschenga, B. (1987), *Kwaliteit van leven*. Ambo, Baarn.
- Nathan, T. (1986), *La folie des autres. Traité d'ethno-psychiatrie clinique*. Dunod, Parijs.
- Oderwald, A.K. (1988), Ideologie van de dood? Over gezondheidsideologie. In: J. Rolies (red.), *De gezonde burger*. SUN, Nijmegen, 125-139.
- Outtier, M. (1989), Kunst en psychiatrie. In: *Open Mind*. Museum van de Hedendaagse Kunst, Gent.
- Raster (1982), *Gestoorte teksten*. De Bezige Bij, Amsterdam.
- Richters, J.M. (1988), Psychiatrische classificering en geestelijke gezondheid. Een feministisch-antropologische kritiek. In: J. Rolies (red.), *De gezonde burger*. SUN, Nijmegen, 141-174.
- Ricoeur, P. (1983), *Temps et récit (Tome I, II & III)*. Editions du Seuil, Parijs.
- Schouten, J.A.M. (1983), *Anamnese en advies*. Stafleu, Alphen a/d Rijn.
- Stone, A.A. (1980), Conceptual Ambiguity and morality in modern psychiatry. In: *American Journal of Psychiatry* 137, 887-895.
- Taussig, M. (1987), *Shamanism, colonialism, and the wild man*. University of Chicago Press, Chicago.
- Trimbos, K. (1975), *Anti-psychiatrie, een overzicht*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Trostle, J.A. (1988), Medical Compliance as an ideology. In: *Social Science and Medicine* 27, 1299-1308.
- Vandenbroeck, P. (1987), *Beeld van de andere, vertoog over het zelf*. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Koninklijk Museum voor Schone Kunsten, Antwerpen.
- VandeVeire, P. (1989), *De kracht van de kwetsbaarheid*. In: *Open Mind*. Museum van de Hedendaagse Kunst, Gent.

- Veen, B.R.A. van der (1988), Morele dilemma's in de psychiatrie. In: I.D. de Beaufort en H.M. Dupuis (red.), *Handboek Gezondheidsethiek*. Van Gorcum, Assen.
- Wulff, E. (1972), *Psychiatrie und Klassengesellschaft*. Fischer, Frankfurt.

De auteurs bedanken J. Burgers voor zijn bijdrage in het verwerken van de literatuurresearch en G.H.J.F. van den Akker en J.M. Richters voor hun commentaar.

### **Summary: Psychiatry and ethics: psychiatry as a moral enterprise**

This article deals with the relation between ethics and psychiatry. First we discuss two different views on the nature of ethics: a metonymical and a metaphorical view. Metonymical or practical ethics is the dominant view in the literature about psychiatry and ethics and shares the presuppositions of the medical model. As a consequence, these presuppositions must be taken for granted. In contrary, metaphorical ethics is focused on these presuppositions. In a discussion about the question whether psychiatry must be considered as a metonymical or a metaphorical activity, we develop the thesis that psychiatry in theory as in practice, can provide a good case to criticize metonymical ethics. However, this means that psychiatry as such is a moral enterprise already, because psychiatry is not only one of the instruments of a cultural strategy to deal with otherness, but also fundamental ambiguous in her theory.

---

A.K. Oderwald is medisch-filosoof, verbonden aan de vakgroep Metamedica, sectie filosofie en medische ethiek, Vrije Universiteit; J. Rolies is medisch-ethicus, Burgermeesterstraat 14 B4, B-3000 Leuven; correspondentieadres: A.K. Oderwald, Amstel t/o 192, 1011 PX Amsterdam.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 27-3-1990.