

# Beschadigde autonomie

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

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

Directeur

Vanmorgen heb ik hem zien fietsen door de lanen.

Zijn bril flikkerde in de zon.

Er schoot een scherpte door mijn ingewanden, omdat hij me gevangen houden kan

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

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

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

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

## 1. Inleiding

De dichter Gerrit Achterberg schreef 'Directeur' in 1941 toen hij werd verpleegd in de Rekkense Inrichtingen. Achterberg werd daar behandeld nadat hij naar aanleiding van het plegen van een ernstig delict, het doden van zijn hospita, (deels) ontoerekeningsvatbaar werd verklaard. Hij werd veroordeeld tot terbeschikkingstelling van de regering (TBR), de voorloper op de TBS. De directeur, psychiater Henk Fontein, die leiding had over de Rekkense Inrichtingen las regelmatig de nieuwste gedichten van Achterberg. Fontein vertelt zelf in 1979 aan de biograaf van Achterberg, Wim Hazeu, dat hij de laatste regels van het gedicht heeft laten wijzigen door Achterberg voordat het in *Blauwzuur* (1969) werd gepubliceerd (Frans Mensonides, 1999). De zin: 'dat hij mij zólang zal genezen, dat ik me op hem stort' werd na aandringen van Fontein herschreven in 'tot ik een ander word'.

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

nog had hem afgenomen en is zijn autonomie nog verder gereduceerd.

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

Dit essay is een exploratie van wat autonomie in de forensische psychiatrie is en hoe ze hierbinnen het best begrepen kan worden. Dit wordt gedaan door, na een beschrijving van de maatregel TBS, verschillende opvattingen van autonomie te bespreken en toe te passen op de praktijk van een FPC. In paragraaf 3 wordt het klassieke autonomieconcept, dat afstamt uit de Verlichting, besproken en geïmpliciteerd in de forensische psychiatrie. In paragraaf 4 wordt beargumenteerd dat een relationele visie op autonomie wellicht beter past in de praktijk van het FPC. Dit is een opvatting van autonomie waarbij niet uitgegaan wordt van rationele zelfstandige individuen (zoals in de klassieke opvatting), maar van mensen die ingebed zijn in sociale relaties. Dit concept lijkt autonomie beter te kunnen beschrijven en beter bruikbaar te zijn in een FPC dan het klassieke autonomieconcept. De vijfde paragraaf laat met behulp van de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) zien dat sociale netwerken tijdens een langdurige TBS behandeling kunnen veranderen.

Soms ontraadt een FPC bepaalde contacten, soms raadt een FPC ook juist bepaalde contacten aan, en soms doet de tijd haar werk en lijken er door de jaren heen contacten uit het sociale netwerk van een patient te ontvallen. Men kan zich afvragen hoeveel invloed een TBS-patiënt eigenlijk op de totstandkoming van zijn huidige sociale netwerk heeft. In paragraaf 6 worden knelpunten tussen het relationele autonomieconcept en de forensische psychiatrie beschreven en in paragraaf 7 wordt een forensische zorgethische visie op autonomie beschreven. Dit essay wordt afgesloten met een conclusie en aanbevelingen in paragraaf acht.

## 2. De maatregel TBS

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

verlengd moet worden. Een dergelijke evaluatie van het effect van de behandeling kan inhouden dat de TBS keer op keer verlengd wordt. Het einde van de maatregel is voor een TBS-patiënt onduidelijk. Een dergelijke gang van zaken maakt dat het perspectief van een TBS-patiënt bij aanvang van de maatregel onduidelijk is. Hoe terecht iemand een dergelijke maatregel ook mag vinden, de patiënt bevindt zich in een uitiem afhankelijke situatie.

### 3. Het klassieke autonomiebegrip

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

Het woord autonomie stamt van de Griekse woorden 'autos' (zelf) en 'nomos' (wet): autonomie is zichzelf de wet opleggen.

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

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

#### 3.1 Autonomie in een FPC: een paradox

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

lingsvrijheid te beknotten. Patiënten in een FPC hebben dus een beschadigde autonomie. Een doel van de behandeling in een FPC is het (her)winnen van deze autonomie voor de patiënten. Hoe worden patiënten meer autonoom?

Paradoxaal genoeg luidt het antwoord op deze vraag het gedeeltelijk inperken van de handelingsvrijheid, dus het beperken van de autonomie, van de patiënt. Wanneer deze autonomie niet beperkt zou worden, dus wanneer je compleet respect hebt voor de autonomie van de patiënt, zou in de praktijk kunnen blijken dat een patiënt juist de ondersteuning misloopt die hij zo nodig heeft. Vele vormen van dwang zijn er uiteindelijk op gericht om de autonomie van een patiënt te mobiliseren. Externe druk wordt dan ingezet om een behandeling op te starten. Met als gewenst resultaat dat deze behandeling de interne dwang tot herhaling van oude ingeslepen gedragspatronen doet afnemen. Op deze manier kan een afname van handelingsvrijheid tot een toename van wilsvrijheid zorgen.

Van patiënten wordt bijvoorbeeld verwacht dat ze 's morgens aan tafel op de woonafdeling verschijnen. Dit is nodig om zicht te krijgen op het stemmingsbeeld van een patiënt en om hem te motiveren naar de arbeidsplaats in de kliniek te gaan of om aan zijn therapieën deel te nemen. Het aanbrengen van structuur en een vast ritme in iemands bestaan wordt in het FPC van groot belang geacht. Het ontbreken hiervan heeft in het verleden bij veel patiënten een rol gespeeld in de aanleiding tot het delict. Daarnaast vindt er te weinig behandeling plaats als patiënten de hele dag op bed blijven liggen.

De patiënt wordt gestimuleerd om te kiezen of om (ander) gedrag te laten zien dat volgens de medewerker weloverwogen is of een positieve invloed zal hebben op de patiënt of zijn netwerk. In die zin gaat het niet om het overnemen van verantwoordelijkheden, maar om de cliënt (en anderen) te beschermen tegen onwenselijke of gevaarlijke situaties.

Uiteraard betreden we hier wel een hellend vlak: paternalisme willen we vermijden.

Autonomie in de forensische psychiatrie is dus een zoektocht naar een balans tussen het recht op zelfbeschikking van de patiënt en het recht op passende zorg. Maar hoeveel dwang of drang mag men vervolgens uitoefenen bij iemand niet aan de behandeling mee wil werken? Ook al vindt men dat het voor zijn bestwil gebeurt, omdat men vindt dat hij niet autonoom genoeg is om zelf 'verstandig te kiezen'. Voordat je het weet glijd je af in een glijdende schaal van autonomie naar dwang. Wanneer je strikt zou denken vanuit autonomie zou je deze afweging snel kunnen maken. Zolang er geen gevaar is voor de patiënt zelf, of voor zijn omgeving, zou je zijn autonomie respecteren. Vanuit de ethische invalshoek zijn er echter vraagtekens bij te plaatsen, want de patiënt kan op deze manier, zoals eerder gezegd, juist de zorg die hij nodig heeft mislopen.

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

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

deze redenen is het interessant om te kijken naar alternatieve opvattingen van autonomie die wellicht beter passen in de forensische psychiatrie. In de volgende paragraaf beargumenteren wij dat relationele ethiek behulpzaam kan zijn om het autonomieconcept in de forensische psychiatrie beter te begrijpen.

#### 4. Een relationele visie op autonomie

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

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

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

In de relationele ethiek is het belangrijk om te begrijpen wat de ander ervaart en voelt door jezelf in die situatie te verplaatsen. Iedere persoon heeft zijn eigen basisattitude ten opzichte van anderen en unieke aangeleerde (sociale) vaardigheden. Iedere persoon zal op andere personen reageren vanuit zijn eigen basis, mogelijkheden en achtergrond. Het is belangrijk om aandacht te hebben voor 'de schoenen waarin de ander staat'. Noddings (1984) gebruikt de term 'engrossment' waarmee zij doelt op 'waarachtige aandachtigheid', op het doel om de ander beter te begrijpen. In andere woorden, het gaat om 'echte aandacht'. Engrossment, echte aandacht, is nodig voor goede zorg omdat iemands persoonlijke en fysieke situatie goed begrepen moet worden voordat de juiste of best passende zorg gegeven kan worden. Er moet ook sprake zijn van wederkerigheid in het contact. Relationele ethiek gaat over een zorgrelatie tussen de persoon die zorgt, 'one-caring', en degene die zorg ontvangt, degene 'cared-for'.

Maar wat is eigenlijk 'goede zorg'? Wat is wederkerigheid? Wat is aandachtigheid? En hoe kunnen we dit allemaal bereiken? Relationele ethiek is wat vaag over deze vragen. Relationele ethiek heeft de naam om 'goede zorg' te bewerkstelligen maar het is ook een beetje wollig en vaag. Daarbij komt dat relationele ethiek vooronderstelt dat mensen hun eigen

sociale netwerken ontwerpen, en dus zelf kunnen kiezen met wie zij omgaan. In de forensische psychiatrie is dat niet altijd het geval.

### **5. De relationele kosten van een langdurige opsluiting**

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

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

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

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

### **6. Knelpunten met het relationele autonomieconcept in de forensische psychiatrie**

Relationele autonomie veronderstelt doorgaans dat iemand grotendeels zelf kiest voor de relaties die hij aangaat. De mens is dan een spin in zijn eigen gecreëerde sociale netwerk. Deze gedachte levert in de TBS problemen op.

Van TBS-patiënten wordt verwacht dat zij een behandelrelatie aan gaan met medewerkers van de kliniek. Ze krijgen een psychiater, een psycholoog, een mentor, en daarnaast krijgen zij te maken met tal van sociotherapeuten, medewerkers van de dagbesteding en legio andere disciplines. En met al deze personen worden zij geacht een vreedzame en vruchtbare relatie op te bouwen. Moeilijk! En dan als klap op de vuurpijl mogen ze weer met anderen niet omgaan. Hun vriend op de afdeling ernaast mag niet langskomen want die 'heeft gebruikt', en moeder wordt het bezoek ontzegd omdat ze boodschappen heeft meegenomen voor haar zoon die niet 'naar binnen' mogen. Moeder wordt boos en scheldt... En de vrouw die hij wel ziet zitten wordt hem toch echt afgeraden omdat deze vrouw nog een relatie met een ander heeft. Daarnaast hebben patiënten in hun dagelijks leven vooral te maken met andere patiënten met wie ze rekening moeten houden, maar die ze niet uit kunnen kiezen, of in de woorden van een patient: "je zit met elkaar opgescheept, je zult wel moeten". Een andere patient geeft aan dat het leven in een groep voor hem twee kanten heeft. Aan de ene kant hoeft hij zich niet anders voor te doen dan hij is, hij mag zijn wie hij is. Aan de andere kant stelt hij dat hij zijn afdelingsgenoten niet heeft uitgekozen en dat daar wel eens wrijvingen kunnen ontstaan, maar dat er ook positieve contacten zijn.

Hoeveel keuze heeft een TBS-patiënt om zijn eigen relatienetwerk op te bouwen? Men zou kunnen beargumenteren dat TBS een gedwongen situatie is die ook gedwongen relaties oplevert. En als het zelf opbouwen, en zelf sturing geven aan het creëren van een

sociaal netwerk een vereiste is binnen de zorgethische visie op autonomie dan stuiten we hier op een probleem.

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

## 7. Forensische zorgethische visie op autonomie

Een TBS patiënt heeft zijn netwerk niet voor het kiezen, zo lijkt het tenminste op het eerste gezicht. Maar is dat wel zo? Een TBS-patiënt kan ervoor kiezen om geen relatie aan te gaan met zijn hulpverleners en/of medepatiënten. Zij zijn dan wel om hem heen aanwezig door het gedwongen verblijf in het FPC, dat wel. Maar wanneer we een relatie alleen een relatie mogen noemen wanneer er sprake is van wederkerigheid in het contact, dan maakt de patiënt toch zijn eigen afwegingen. Hij kan ervoor kiezen de aangeboden contacten aan te gaan of af te wijzen. In die zin is er wel sprake van wederkerigheid in het contact. Een patiënt verwoorde het als volgt: 'ik heb heel goed contact met personeel, het komt van twee kanten. Dat vind ik belangrijk'. Aan de andere kant is de vrijwilligheid van deze keuze te betwijfelen als je afhankelijk bent van de hulpverleners als het over je hele toekomst gaat. Wanneer we het voorbeeld van de hulpverlener kiezen: De hulpverlener heeft de patiënt nodig om een handelrelatie op te bouwen, en de patiënt heeft de behandelaar nodig om de zoektocht naar een leven binnen en na de TBS aan te gaan. Dus de patiënt en hulpverlener zijn wederzijds afhankelijk van elkaar, hoewel dit wel een asymmetrische relatie is: de patiënten zijn meer afhankelijk van de hulpverlener dan andersom. Een patiënt is immers voor zijn hele leven afhankelijk van hulpverleners, de hulpverlener kan uit de be-

handelrelatie stappen zonder extreme consequenties.

Relationele autonomie kent ruimte toe aan personen om een relatie op te bouwen en te onderhouden. Dat gaat voor een relatie tussen een patiënt en een hulpverlener binnen de TBS wel op, betogen wij. Immers, wanneer er geen ruimte is voor de opbouw van de relatie, wanneer er geen sprake is van aandacht voor elkaar, wanneer er geen wederkerigheid is in het contact tussen de patiënt en de hulpverlener, dan spreken wij niet over een *relatie*. Wellicht dat de contacten met personen waarin geen wederkerigheid bestaat dan vallen onder (gedwongen) hulpverlenende *contacten* in tegenstelling tot relaties.

Dan bestaat er nog het probleem van de contacten die een patiënt juist wel aan zou willen gaan, maar die hem worden ontraden of zelfs geweigerd. In een interventiepraktijk zoals een FPC is er altijd sprake van normatieve sturing. De patiënt is immers met een reden in een FPC geplaatst. De normatieve sturing wordt vertaald in de behandeling en tot uitvoering gebracht in allerlei vormen van therapie en beperkingen.

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

herwinnen, deel nemen aan de maatschappij op een manier die hijzelf vorm geeft.

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

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

Hierbij kan men spreken van een vorm van zelfdefiniëring. Waarbij zelfdefiniëring als een onderdeel van autonomie gezien zou kunnen worden.

Hij is niet alleen de patiënt die zal moeten veranderen, maar hij heeft ook erkenning nodig voor wat er al is zoals bepaalde vaardigheden, kwaliteiten. Opname is niet alleen een proces om iemand te veranderen en te brengen tot een bepaalde eindtoestand. Maar ook aansluiten bij het positieve wat er al is. Autonomie of autonoom functioneren is dan ook zichzelf definiëren in verschillende situaties en verschillende periodes in zijn leven.

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

Daarbij wordt er wel gevraagd naar verleden,

levensverhaal maar op een andere manier geïnterpreteerd. Interpretaties worden gedaan in het kader van de behandeling, stoornis...

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

Een ander gevolg van de interventiepraktijk is dat de omringende werkelijkheid van de kliniek een gegeven is. Als patiënt kun je daar dus geen keuze in maken.

Het vraagt dus van de omringende werkelijkheid, van de behandelaars een groot vermogen om een patiënt aan te zetten tot activiteiten die de autonomie van een patiënt vergroten binnen de grenzen die daarvoor zijn gegeven.

Het vraagt een bijna voortdurend stilstaan bij interventies die je als medewerker pleegt, om respect voor de autonomie van de ander, om erkenning van de ander.

Het gaat erom dat je in de behandeling een betrokken deelnemer voelt, en niet alleen een waarnemer.

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

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

## 8. Conclusie en discussie

Een klassiek concept van autonomie houdt geen stand in de forensische psychiatrie. TBS-patiënten waren in ieder geval tijdens hun delict geen redelijke individuen die weloverwogen beslissingen kunnen nemen. Een relationeel ethisch concept zou beter passen,

Het doel is om te proberen  
gezamenlijk met de patiënt  
betrokken te zijn op dezelfde  
waarden.



omdat het daarbij gaat om personen verwickeld in afhankelijkheidsrelaties tot anderen. Het probleem daarbij is echter dat de persoon wel zelf deze anderen waar hij mee omgaat moet kunnen kiezen. Dit levert een zekere spanning op met de forensische psychiatrie. Daarin worden zowel contacten opgedrongen als afgeraden of verboden.

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

Een patiënt en hulpverlener zijn wederzijds afhankelijk van elkaar. Zij moeten ervoor kiezen om samen te werken aan een band, en binnen deze band van oprechte aandacht kan gewerkt worden aan de behandeling van de patiënt. Dus, dan en slechts dan als er sprake is van een wederkerige relatie, bestaat er een hulpverlenende relatie.

Er worden ook contacten geweigerd binnen een FPC. Wanneer men echter het van belang van deze normatieve sturing helder maakt aan de patiënt en daarover met hem in gesprek te komt, is het mogelijk om binnen de beperkingen die opgelegd worden toch te werken aan het vergroten van de autonomie van de patiënt, samen!

## Literatuur

- Gerrit Achterberg (1969). *Blauwzuur*, Den Haag, Bert Bakker.
- Bolt, L.L.E., Verweij, M.F. & Delden, J.J.M van (2010). *Ethiek in praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Foucault(2007): *Discipline, Toezicht en Straf, de geboorte van een gevangenis*. Groningen, Historische uitgeverij.
- Held, V. (2007). The Ethics of Care. In: Copp, D. *The Oxford Handbook of Ethical Theory*. Oxford.
- Kant, I. *Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?* Berlinische Monatsschrift 1784; 12.
- Keller, J. (2005). Autonomy, Relationality, and Feminist Ethics. In Held, V. and Copp, D. *The Ethics of Care*.
- Kremer, S. & Meijde J. van der. *Ondersteunen van het eigen denkproces*. Ethiek in FPC Dr. S. van Mesdag. Tijdschrift voor Humanistiek 2011; 47.

- Mensonides, F. (1999). Column Homepage Frans Mensonides en de Digitale Reiziger.
- Mill, J.S. (1869). *On Liberty*. London: Longman, Roberts & Green; Bartleby.com; 1999.
- Noddings, N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.
- Tervoort, M. *Forensische psychiatrie: tussen dwang en vrijblijvendheid*, Assen, Koninklijke Van Gorcum; 2009.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. London: Routledge.