

Handboek psychiatrie en filosofie

Damiaan Denys en Gerben Meynen (redactie)

© De Tijdstroom uitgeverij, 2012. De auteursrechten der afzonderlijke bijdragen berusten bij de auteurs.
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.
Internet: www.tijdstroom.nl
E-mail: info@tijdstroom.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 978 90 5898 193 6
NUR 875, 730

Inhoud

Proloog – 9

Damiaan Denys en Gerben Meynen

Inleiding – 13

Gerben Meynen en Damiaan Denys

DEEL I OVER CLASSIFICATIE EN DIAGNOSTIEK

Hoofdstuk 1

Evoluтиetheorie, functies en het ziekteconcept – 19

Andreas De Block en Pieter Adriaens

Hoofdstuk 2

Wat is een psychiatrische ziekte? – 31

Gerrit Glas

Hoofdstuk 3

Over de (on)wetenschappelijkheid van de DSM, een wetenschapstheoretisch perspectief – 53

Trudy Dehue

Hoofdstuk 4

Michel Foucault voorbij antipsychiatrie: macht, vrijheid en de mens in de maak – 69

Berend Verhoeff

Hoofdstuk 5

Wat zijn DSM-categorieën? ADHD als casus – 83

Edo Nieweg

Hoofdstuk 6

Schizofrenie – 95

Jan Dirk Blom

Hoofdstuk 7

De filosofie van de psychiatrische praktijk – 107

Alan Ralston

DEEL II WISBEGEERTE VAN DE GEEST EN NEUROWETENSCHAP

Hoofdstuk 8

Psychiatrie en de philosophy of mind – 121

Derek Strijbos

Hoofdstuk 9

Sociale cognitie en theory of mind – 135

Marc Slors

Hoofdstuk 10

Actiecontrole: doelgericht stoppen en selecteren van gedrag – 147

Wery van den Wildenberg en Richard Ridderinkhof

Hoofdstuk 11

Bekwaam handelen zonder reflectie – 161

Erik Rietveld

Hoofdstuk 12

Neuro-imaging en neuro-ethiek – 175

Gert-Jan Lokhorst

DEEL III FENOMENOLOGIE EN PSYCHOPATHOLOGIE

Hoofdstuk 13

Fenomenologie: belang voor de psychiatrie – 189

Antoine Mooij

Hoofdstuk 14

Fenomenologie van de psychose – 201

Wouter Kusters

Hoofdstuk 15

Fenomenologie van de lichaamservaring – 213

Sanneke de Haan

Hoofdstuk 16

Wilszwakte – 229

Annemarie Kalis

Hoofdstuk 17

Compulsiviteit – 241

Damiaan Denys

DEEL IV PSYCHIATRIE EN ETHIEK

Hoofdstuk 18

Mensen beter maken, of betere mensen maken? Over enhancement en psychiatrie – 257

Maartje Schermer

Hoofdstuk 19

Wilsbekwaamheid in de psychiatrie – 269

Astrid Vellinga

Hoofdstuk 20

De patiënt als volwaardig persoon – 283

Guy Widdershoven en Andrea Ruissen

Hoofdstuk 21

Toerekeningsvatbaarheid: over vrije wil en psychopathologie – 295

Gerben Meynen

Personalia – 307

Register – 309

Proloog

Het is een warme zomerdag in augustus van 2012. Een filosoof en een psychiater zitten naast elkaar aan een rond tafeltje op een ruim terras in een middelgrote stad. Voor hen staan twee glazen droge witte wijn, met condens door de koelte beslagen, naast een krant en een boek. Ze kijken stilzwijgend naar de kleurrijke menigte die gestaag als een langzame, levendige film voor hun voeten heen schuift. Lange pezige mannen met brillen, opgeschoten pubers, oma's met kleinkinderen, verliefde koppeltjes, zwangere vrouwen, toeristen. Ze vinden het leuk om 'naar de mensen te kijken' zoals dat heet. Maar een filosoof en psychiater kijken niet alleen, ze schouwen de menigte en denken na over de mens en de mensheid, de zin en de onzin en de tekorten en mogelijkheden van het leven.

- 'Er is een nieuw boek over psychiatrie en filosofie verschenen', zegt de ene plots. De ander blijft de voort schuifelende menigte aanstaren en zwijgt. Hij denkt beroepshalve na, ook al is er soms weinig om over na te denken. De ene wacht op een antwoord, maar weet dat dit tijd vergt in dit bijzondere gezelschap en nipt even aan zijn glas wijn zoals dikwijls in romans staat beschreven, maar niemand in realiteit doet.
- Wie schrijft nu nog een boek over psychiatrie en filosofie?
- Geen idee, misschien hadden de auteurs geld of aandacht nodig?
- Dat eerste lijkt me niet waarschijnlijk, maar aandacht anderzijds, is een krachtige en duurzame drijfveer.
- Ik denk dat ik het ga kopen.
- Ik ben wel geïnteresseerd, maar wat hebben in 2012 de filosofie en de psychiatrie elkaar nog te bieden? Is er dan iets nieuws, iets baanbrekends of ingrijpends over de psychiatrie en filosofie te melden? Ingenomen met het nieuwe gespreksonderwerp en om beter stelling te kunnen nemen strekt hij zijn benen onder het terrastafeltje uit, wat de wijnglazen gevaarlijk doet wankelen. Hij wendt zich nadrukkelijk naar de ander: 'Ik kan ter plekke enkele goede redenen bedenken om geen aandacht meer te schenken aan de relatie tussen psychiatrie en filosofie.'
- De ander kan ternauwernood de onbestendige glazen vastgrijpen, en verbouwereerd over zijn reflexen, maar verheugd over de redding, glimlacht hij uitdagend naar zijn gesprekspartner: 'Ik ben vol verwachting, laat je argumenten maar horen.'
- Mijn eerste bezwaar is dat de psychiatrie zich de laatste decennia met succes heeft ontworsteld aan de geesteswetenschappen. Zij is eindelijk een volwassen medische discipline geworden, op gelijke voet met de neurologie en de interne geneeskunde. De tijdrovende, wijsgerige reflectie heeft plaats gemaakt voor doelgericht pragmatisch handelen en dat is bovendien voor diegenen die dat leuk vinden vastgelegd in keurige richtlijnen en heldere protocollen. Filosofie is overbodig geworden, het is zand in de motor, slechts een haar in de boter.
- De ander richt zich met enige tegenzin op uit zijn stoel en repliceert: Psychiatrie mag dan wel een medische discipline zijn, ze is minder een objectieve wetenschap met een absolute waarheid, gegrond op empirische feiten en een onfeilbare methode dan de andere medische disciplines. Probeer maar eens een sluitende tentamenvraag te bedenken zoals neurologen en internisten dat doen. Psychiatrie draagt onherroepelijk de subjectieve kleur van haar studieobject met zich mee: de interpretatie van het psychisch welzijn. Subjectiviteit in de psychiatrie is onontkoombaar omdat de

doeltreffendheid van het vak afhankelijk is aan de overdracht van betekenis, niet alleen van woorden maar ook van gedrag en hun onderlinge relatie. Zie je die man daar met zijn witte hoed aan het linker tafeltje?

- De man die een espresso drinkt?
- Ja. Ken je Turkse koffie?
- Waar heb je het over? Turkse koffie is een zoete, geparfumeerde koffie met een dichte en stroo-achtige textuur waarbij het koffiempoeder achterblijft in het kopje.
- Juist. De subjectieve rest in de psychiatrie is te vergelijken met de drab die onder in het kopje Turkse koffie ligt. Hij blijft daar kleven, ook als je het kopje omdraait. De drab geeft smaak en kleur aan de koffie, maar zelf is hij verborgen. Je weet nooit waar de drab precies begint en ophoudt, er is geen fysieke scheiding met de waarachtige koffie. Zo is er ook geen directe, te objectiveren kennis mogelijk van de subjectieve betekenis in de psychiatrie, maar kan ze enkel vanuit een bijzondere invalshoek, als het ware zijdelings, oplichten, en dat vereist ontegensprekelijk altijd een filosofische attitude.
- Dat kan wel zijn, maar de psychiatrie heeft de filosofie nu niet meer nodig omdat de psychiatrische diagnostiek tegenwoordig is voltooid. We weten inmiddels wel wat verslaving is, depressie, angst, en schizofrenie. We hebben tweehonderd jaar aan filosofisch descriptief denken achter de rug waarin de subjectieve beleving in verschillende gradaties volop aandacht heeft gekregen, maar nu is die fase afgelopen. We hebben definitieve classificatiesystemen zoals de ICD en de DSM die wereldwijd richting geven aan het psychiatrisch onderzoek. De volgende opdracht ligt in de associatie van de ziektebeelden met objectieve neurobiologische markers. Wat heeft een filosoof nog toe te voegen aan een autistisch ziektebeeld zoals het syndroom van Rett dat wordt veroorzaakt door MeCP2-mutaties?
- Maar je begrijpt het niet. De aanwezigheid van subjectiviteit betekent juist dat er geen finale psychiatrische diagnostiek kan worden gerealiseerd. Wat is autisme dan? Er is in grote lijnen - in politieke, sociale zin - overeenstemming bereikt over de hoofdlijnen van de psychiatrische nosologie en classificatie, maar de psychiatrische diagnostiek is nooit voltooid. Psychiatrische diagnostiek is meer een resultante van afspraken dan van bevindingen hoewel ze paradoxaal genoeg enkel het laatste als argument mag accepteren. We hoeven geen overeenstemming te bereiken over de zwaartekracht of valwet van Newton, maar wel over onze verkeersregels. Dat zoiets als de voorbereiding van de herziening van DSM alleen al bijna vijf jaar in beslag neemt, illustreert dat psychiatrie meer verwantschap heeft met verkeersregels dan met fysische wetten.
- Wat heeft dat met filosofie te maken?
- Er is nog steeds behoefte aan filosofische reflectie en descriptie. Mijns inziens heeft de hardere neurobiologische aanpak, de moleculaire, de farmacologie, de genetica of neuro-imaging nog niet de belofte kunnen waarmaken, en kan ze dat wellicht op korte termijn ook niet. Welke receptoren zijn specifiek voor psychiatrische aandoeningen, welke genen hebben we sluitend geïdentificeerd die coderen voor een psychische afwijking, van welke psychiatrische aandoeningen zijn disfunctionele hersengebieden onbetwifelbaar aangetoond?
- Het is een kwestie van tijd en van technologie. Zullen we nog wat wijn bestellen?
- Maar inmiddels zitten we in niemandsland. Ja, doe maar nog een fles. Aan de ene kant is er al geruime tijd afstand genomen van de descriptieve fenomenologie, niemand weet nog hoe dat

moet, en aan de andere kant zijn er nog geen biologische markers. We staan met de psychiatrie in het Berlijn van 1980 op de Potsdamerplatz, we zitten in een epistemologisch vacuüm. De psychiater moet zich steeds bewegen in een domein waar voortdurend een spanning heerst tussen subjectiviteit (betekenis) en objectiviteit (het medisch model). Dat vraagt een minimale epistemologische notie. Een psychiater hoort elke dag opnieuw af te wegen wat de waarde van de kennis is die wordt aangereikt. Hij hoort zich de vraag te stellen die centraal staat in de filosofische kentheorie om de aard, oorsprong en reikwijdte van kennis en het weten te toetsen: 'Wat kan ik weten?'

- Trouwens, ook al kunnen de descriptieve filosofie en epistemologie nog belangrijk zijn, wat heeft de filosofie na de publicatie van *Allgemeine Psychopathologie* (1913-1959) van Karl Jaspers nog aan de psychiatrie bijgedragen? De fenomenologie heeft uitgebreid de kans gehad om de psychiatrie te inspireren maar mondde uit in een onoverzichtelijk amalgaam aan onbegrijpelijke stromingen die zich steeds meer van de klinische praktijk verwijderden. De Daseinsanalyse (Binswanger), de fenomenologische antropologie (Binswanger), de Gestaltfenomenologie (Goldstein), de Verstandende psychologie (Grühle), de structuurdynamische theorie (Janzarik), de existentiële fenomenologie (Laing), de Verstandende antropologie (Zutt), de statische fenomenologie (Jaspers), de fenomenologische aktanalyse (Kronfeld), de constructief-genetische beschouwingwijze (Von Gebattel) herinneren aan een verleden toen psychiaters nog veel tijd hadden om het met elkaar oneens te zijn. De psychiatrische fenomenologie is op het einde van de vorige eeuw langzaam doodgebloed en heeft daarmee het einde ingeluid van het subjectivistische perspectief op psychiatrie. Filosofie is te beschouwend en psychiatrie te praktisch. Psychiaters zijn in de vorige eeuw met veel moeite door het moeras van de filosofie gewaad en staan eindelijk op het droge.
- Je bent een uil, en koppigheid is geen filosofische redeneertrant maar een karakterafwijking.
- Ik denk ook dat de psychiatrie haar eerdere relatie met de filosofie nu definitief heeft ingeruild voor die met de fundamentele neurowetenschappen. De grote vragen over de identiteit, het bewustzijn, de vrije wil en autonomie zijn geen onderwerp meer van de filosofie maar worden in de neurowetenschappen opgelost met innovatieve scanners, slimme neuropsychologische testbatterijen, TMS-apparaten en eeg-toestellen. De psychiatrie heeft een nieuwe alliantie gesmeed met de neurowetenschap die haar omarmt omdat ze de disfuncties blootlegt waarop hypothesen kunnen worden ontwikkeld die nadien experimenteel ontkracht of bevestigd kunnen worden. Resultaten uit deze studies kunnen worden gepubliceerd in tijdschriften met hoge impactfactoren en worden gemeld op grote congressen voor een breed geïnteresseerd publiek. Daar zit de werkelijke vooruitgang.
- Daar ben ik het zeker mee eens. Maar heeft de vernieuwde dialoog tussen de neurowetenschappen en de psychiatrie de discussie tussen lichaam en geest niet alleen maar scherper gesteld waardoor de behoefte aan filosofische reflectie des te groter is geworden? De psychiatrie is altijd een vakgebied geweest dat onophoudelijk onderhavig was aan de discussie over lichaam en geest, mind en brain, pillen of praten. De neurowetenschappen beklemtonen maar een specifiek facet van de hersenen. De discussie over de vrije wil is de laatste jaren bijvoorbeeld des te levendiger geworden.
- Als de filosofie nog enig belang heeft, dan is het wat mij betreft om de ethiek. Zeker in een psychiatrische setting komen mensen op onze weg in al hun kwetsbaarheid. Ze kan een kader bieden om een balans te vinden tussen respect voor de persoon in zijn autonomie en de hulp aan de kwetsbare medemens in nood.

- Wel, hier heb je al drie redenen waarom filosofie noodzakelijk is voor de psychiatrie. Ten eerste omdat ze het epistemologisch kader biedt waarmee de kennis kan worden gewogen, want ze worstelt met subjectieve en objectieve kennis en daarom blijft de diagnostiek ook onvolkomen. Ten tweede omdat ze via de descriptieve fenomenologie toegang kan bieden tot de bewuste ervaring, ruimtelijkheid, tijdelijkheid, intentionaliteit, intersubjectiviteit. Ten derde, omdat in het psychiatrische vak de autonomie en kwetsbaarheid van de persoon steeds ter discussie wordt gesteld.
- Zal wel. Ik lees het boek wel. Gezondheid!
- Gezondheid!

Damiaan Denys & Gerben Meynen

Inleiding

De filosofie van de psychiatrie is in opkomst. De reeks *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry*, uitgegeven bij Oxford University Press, is hiervan een teken. Er zijn op dit moment meerdere wetenschappelijke tijdschriften met ruimte voor filosofische analyses van de psychiatrie in het algemeen en de psychopathologie in het bijzonder. Ook in Nederland en Vlaanderen houden steeds meer onderzoekers en klinici zich bezig met een filosofische benadering van de psychiatrie. Niet alleen psychiaters en anderen die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook filosofen en ethici nemen de conceptuele uitdagingen in de psychiatrie aan. Dat de psychiatrie binnen de geneeskunde bijzondere aandacht trekt van filosofen en ethici is ook niet verwonderlijk. Psychiatrie deelt veel met andere medisch specialismen, maar er zijn ook duidelijke verschillen, in elk geval in de dagelijkse praktijk. Zo is binnen veel specialismen de patholoog anatoom degene die uitsluitend geeft over de diagnose. In de psychiatrie gaat dit – zoals in een aantal hoofdstukken in dit boek aan de orde komt – anders. Dit roept de vraag op: wat is een psychiatrische stoornis nu eigenlijk, en wie bepaalt dat? Daarnaast gaat ziekte in de regel gepaard met subjectieve belevingen zoals zorgen, angst en ook somberheid. Bijzonder aan de psychiatrie is echter dat de subjectieve ervaring ook *onderdeel* (of zelfs de kern) van de stoornis is. Hoe moet dit subjectieve domein worden benaderd, en hoe doen we het recht in de behandeling van patiënten? Daarbij kent de psychiatrie de gedwongen opname en de mogelijkheid van dwangbehandeling. De afdeling chirurgie heeft geen isoleermogelijkheden en de algemene ziekenhuizen hebben geen 'geneesheer-directeur', maar psychiatrische ziekenhuizen hebben beiden wel. De psychiatrie verdient vanwege haar bijzondere karakter binnen de geneeskunde specifieke aandacht van filosofen en ethici. Zeker omdat deze karakteristieken heel praktische problemen met zich meebrengen voor patiënten, familie, ggz-professionals, juristen en beleidsmakers. Aan de andere kant verwijzen deze problemen naar de fascinerende kanten van het vak, namelijk naar die aspecten van interpretatie, subjectiviteit en complexiteit waardoor sommigen van ons er juist voor gekozen hebben om in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam te zijn. Belangrijk is dat er nu een Handboek verschijnt. Bij de samenstelling is ervoor gekozen de filosofie van de psychiatrie vanuit vier deelgebieden te belichten. Hoewel het vakgebied niet uitputtend wordt behandeld, is met deze vierdeling geprobeerd een evenwichtig handboek te maken. In het eerste deel komt het psychiatrisch ziektebegrip aan de orde, met daarin centraal de vraag: hoe bepaal je in de psychiatrie de grens tussen ziek en niet-ziek? Het tweede deel behandelt het filosofische gebied dat direct in relatie staat tot het mentale, namelijk de *philosophy of mind*, en daarnaast komen raakvlakken met de neurowetenschappen aan bod. Het derde deel gaat over de fenomenologie van psychiatrische symptomen en stoornissen. Het vierde deel, ten slotte, betreft de ethiek. Filosofen, ethici, psychiaters en neurowetenschappers uit het Vlaams-Nederlandse taalgebied is gevraagd een bijdrage te leveren over hun onderwerp van onderzoek. Daarbij is ernaar gestreefd vooral ook jonge auteurs in dit handboek een plaats te geven. De stijl is hierbij zoveel mogelijk vrijgelaten. Binnen de filosofie bestaan verschillende benaderingen naast elkaar en deze hebben ook een eigen literaire en argumentatieve stijl. Het zou onnatuurlijk zijn om alle auteurs in eenzelfde format te dwingen.

Overzicht delen

Deel I belicht vanuit verschillende perspectieven de centrale vraag in de filosofie van de psychiatrie: wat is een mentale stoornis? De Block en Adriaens benaderen deze vraag in het eerste hoofdstuk vanuit een biologisch en in het bijzonder een evolutionair perspectief. De vraag is hierbij of het biologisch functieconcept in combinatie met een begrip als adaptatie een solide basis kan bieden voor het concept 'psychiatrische stoornis'. De Block en Adriaens betwijfelen echter of alle aspecten van lichaam en geest wel als adaptaties kunnen worden gezien. In hoofdstuk 2 onderscheidt Glas allereerst de begrippen diagnose, classificatie en ziekte en onderzoekt vervolgens een aantal visies op mentale stoornissen die in de afgelopen honderd jaar naar voren zijn gebracht. Glas benadrukt het belang van 'waarden' bij de psychiatrische diagnostiek en beargumenteert dat dit waardeaspect niet impliceert dat het ziektebegrip is overgeleverd aan subjectiviteit en willekeur. In hoofdstuk 3 richt Dehue zich op de (on)wetenschappelijkheid in de psychiatrie. Aan de hand van de ontwikkeling van de wetenschapsfilosofie in de twintigste eeuw gaat zij na in hoeverre de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) als (on)wetenschappelijk beschouwd moet worden. Beschrijft de DSM de realiteit? De *actornetwerktheorie* helpt ons volgens Dehue deze vraag te beantwoorden. Verhoeff onderzoekt in hoofdstuk 4 aan de hand van Foucault de samenhang tussen psychiatrie en (on)macht. Hij gaat in op de rol van de patiënt 'die autonoom, geïnformeerd en verantwoordelijk moet zijn, en zichzelf moet sturen in de richting van gezondheid, maatschappelijke betrokkenheid, en productiviteit' waarbij hij deze rol relateert aan onze maatschappij en de vrijheid die daarin mogelijk is. Wat betreft de psychiater pleit Verhoeff voor een 'narratieve competentie', die het therapeutisch arsenaal verrijken kan. Nieweg richt zich in hoofdstuk 5 op een specifieke vraagstelling ten aanzien van de DSM: zijn de DSM-categorieën natuurlijke of kunstmatige soorten? Hij beargumenteert dat het laatste het geval is, en gebruikt een analyse van ADHD om deze conclusie te ondersteunen. Volgens Blom in hoofdstuk 6 is schizofrenie allereerst een 'restcategorie'. Hij laat vervolgens via een discussie van verschillende concepten van schizofrenie zien dat geen ervan voldoet. Maar dat wil niet zeggen dat het concept voor de klinische praktijk zonder aanzienlijke waarde is. Anders ligt dat evenwel bij wetenschappelijk onderzoek. Ralston (hoofdstuk 7) heeft psychiaters geïnterviewd om hun verborgen filosofische aannames te achterhalen. Hij is niet primair geïnteresseerd in bijvoorbeeld het concept psychiatrische stoornis, maar wil weten hoe klinisch werkende psychiaters in de dagelijkse praktijk van hun filosofische stellingnames blijf geven. De verschillende aannames van de individuele psychiater blijken op gespannen voet met elkaar te kunnen staan.

Deel II neemt enige afstand van de (praktijk van de) psychiatrie. Het gaat in dit deel over raakvlakken met de filosofie van de geest en met de neurowetenschappen. Strijbos geeft in hoofdstuk 8 een introductie van de *philosophy of mind*, waarbij hij zich concentreert op bewustzijn en intentionaliteit. Naar aanleiding van Dennett suggereert hij de mogelijkheid van een *clinical stance*: een behulpzame, filosofisch te rechtvaardigen positie ten aanzien van het mentale en van mentale stoornissen. Slors richt zich in hoofdstuk 9 op een onderdeel van de *philosophy of mind* met directe relevantie voor de psychiatrie, namelijk de vraag hoe we überhaupt kunnen weten wat er in een ander omgaat. Hij bespreekt en evalueert twee invloedrijke visies: de eerste gaat ervan uit dat we een theorie nodig hebben van hoe anderen zich voelen die ons in staat stelt hen te begrijpen. Volgens de concurrerende visie is het

hebben van een theorie helemaal niet nodig – en het bestaan van spiegelneuronen zou dit ondersteunen. In hoofdstuk 10 bespreken Van den Wildenberg en Ridderinkhof een simpel maar – bijvoorbeeld ten aanzien van verslaving – cruciaal mentaal vermogen: stoppen. Zij beschrijven resultaten van experimenten bij (neuro)psychiatrische stoornissen en laten zien dat inhibitie (onder andere) onbewust verloopt – ook hier blijkt hoe slim het onbewuste is. Rietveld onderzoekt in hoofdstuk 11 een alledaags fenomeen: bekwaam handelen zonder reflectie. Ieder mens doet dagelijks talloze dingen, zonder erbij na te denken. Rietveld probeert dit aspect van het alledaagse handelen en vooral de normativiteit die daarin ligt met behulp van Wittgenstein bloot te leggen. In hoofdstuk 12 analyseert Lokhorst de relatie tussen neuro-imaging en ethiek. Hij gaat in op klinische maar ook niet-klinische toepassingen, waaronder de leugendetectie, en benadrukt het belang van een onderscheid tussen ons en ons brein. In deel III staan ziektebeelden en symptomen centraal, en in het bijzonder een fenomenologische benadering daarvan. In hoofdstuk 13 legt Mooij de fenomenologische methode uit aan de hand van de begrippen intentionaliteit en wezensanalyse en past deze methode vervolgens toe op de wilservaring bij verschillende psychiatrische stoornissen. Volgens Mooij is de fenomenologie van belang voor de verdieping van de diagnostiek en als aanvulling op de gangbare wetenschappelijke benadering. Kusters zoomt vervolgens in hoofdstuk 14 in op de ervaring van de psychose, waarbij hij zijn aandacht richt op veranderingen in (de beleving van) taal, vrijheid en tijd. In zijn ogen is een fenomenologie onontkoombaar in de psychiatrie: ‘Zonder fenomenologische psychiatrie kan er misschien nog wel genezing plaatsvinden, maar verliezen we het zicht op de vraag: genezing waarvan?’ De Haan past in hoofdstuk 15 eenzelfde benadering toe op veranderingen in de lichaamsbeleving zoals die optreden bij body dysmorphic disorder, anorexia nervosa, depressie en schizofrenie. Het lichaam is lang verwaarloosd in de filosofie, maar in de hedendaagse fenomenologie is het een centraal thema. Vanuit een iets andere filosofische achtergrond, de filosofie van *moral agency* (moreel actorschap), exploreert Kalis in hoofdstuk 16 de wilswakke. Meer specifiek gaat zij na hoe de wilswakke – die een normaal menselijk verschijnsel lijkt te zijn – zich verhoudt tot verschillende vormen van psychopathologie, zoals verslaving. Het zou hierbij vooral om een gradueel onderscheid kunnen gaan, waarmee de grenzen tussen ‘normaal’ en ‘pathologisch’ ook minder scherp worden. Denys onderscheidt in hoofdstuk 17 aan de hand van casuïstiek acht betekenissen van het begrip compulsiviteit. Hoewel de casus zeer uiteenlopen – variërend van verslaving en rituelen in de sport, tot een dobermannpincher die al jaren achter zijn staart aan rent – doet hij een voorstel over hoe we verschillende vormen van compulsiviteit toch onder één noemer kunnen brengen.

Deel IV behandelt op verschillende manieren de relatie tussen mentale stoornissen en ethiek. In hoofdstuk 18 laat Schermer zien hoe vooral in de psychiatrie de grens tussen mensen beter maken en betere mensen maken kan vervagen. De ethiek van *human enhancement* is sterk in opkomst, bijvoorbeeld in relatie tot de positieve effecten van methylfenidaat bij ‘gezonde’ mensen op hun concentratie. Kunnen in de toekomst chirurgen worden verplicht neuro-*enhancers* te gebruiken om langer geconcentreerd te opereren? Mentale stoornissen kunnen verregaande invloed hebben op iemands functioneren, onder meer op het vermogen om competent beslissingen te nemen. Vellinga onderzoekt in hoofdstuk 19 vanuit ethische en juridische context de relatie tussen problemen met de wilsbekwaamheid en psychiatrische stoornissen. In hoofdstuk 20 laten Widdershoven en Ruissen aan de hand van de casus van een patiënt met obsessieve-compulsieve stoornis zien dat een stoornis ook onderdeel is van

de identiteit van een patiënt. Dat heeft consequenties voor hoe in dialoog met een patiënt beslissingen kunnen worden genomen over diens behandeling. Essentieel is hierbij dat de patiënt wordt gezien als iemand die in zijn leven bepaalde waarden nastreeft. Mentale stoornissen blijken niet alleen wilsbekwaamheid te kunnen beïnvloeden, ze kunnen ook leiden tot verminderde of zelfs afwezige toerekeningsvatbaarheid voor bepaalde daden. Meynen onderzoekt in hoofdstuk 21 de relatie tussen mentale stoornissen en verminderde verantwoordelijkheid, waarbij het begrip van de vrije wil centraal staat.

Gerben Meynen & Damiaan Denys