

## Tilburg University

### Ethische aspecten bij het behandelen van (extreem) ernstig probleemgedrag

van Roermund, G.C.G.J.

*Published in:*

In Behandeling van (extreem) ernstig probleemgedrag

*Publication date:*

1995

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*

van Roermund, G. C. G. J. (1995). Ethische aspecten bij het behandelen van (extreem) ernstig probleemgedrag. In *In Behandeling van (extreem) ernstig probleemgedrag* (pp. 25-33). De Winckelsteegh.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

## ETHISCHE ASPECTEN BIJ HET BEHANDELEN VAN (EXTREEM) ERNSTIG PROBLEEMGEDRAG.

Staat u mij toe onder de mij toegedachte, zware titel een paar opmerkingen te maken die eigenlijk zo voor de hand liggend zijn, dat ik me ervoor schaam. Ik hoop dat goed te maken door aan die opmerkingen vervolgens telkens een paar bedenkingen toe te voegen die misschien minder voor de hand liggend zijn.

### I. Het ethische is niet de ethiek

Het programma vermeldt mijn naam met de toevoeging: voorzitter van de Commissie Ethiek van De Winckelsteegh (CEW). Ik denk dat het goed is dat er op een middag als deze vanuit deze commissie gesproken wordt. Let wel: vanuit, niet namens. Ik zou iets moeten zeggen over de ethische aspecten van de behandeling van ernstig probleemgedrag. Er lijkt de gedachte achter te zitten - die zit er niet achter in dit huis, maar daar *lijkt* het op - dat de Commissie Ethiek over ethische aspecten gaat, en Van Roermund over de Commissie Ethiek, dus moet Van Roermund het maar zeggen. Zo zitten de zaken echter niet in elkaar - zoals eigenlijk iedereen wel weet. En dan bedoel ik niet alleen dat ethische aspecten niet bij uitsluiting de Commissie Ethiek aangaan, maar allen die in deze zorgsector werkzaam zijn. Ik bedoel ook dat ethische aspecten altijd al voor een groot gedeelte zijn opgenomen in de manier waarop zorg verleend wordt en de manier waarop over de inrichting van die zorg wordt gesproken en besloten. De zorgvuldigheidselementen die in het overleg met ouders worden ingebouwd, bijvoorbeeld bij het overdragen van de zorg naar de thuissituatie na een tijdelijke opname; of het feit dat men TNO-goedkeuring eist voor een apparaat - dat zijn geen gedragingen die enkel voortkomen uit motieven van technische efficiëntie of wetenschappelijke interesse; al hoeven ze daar ook weer niet vreemd aan te zijn. Het zijn procedures of eisen die allereerst erop gericht zijn om in de zorg waar we voor staan "het goede" te doen. Wat "het goede doen" dan betekent daar kun je alleen maar antwoord op geven als je concrete handelingsmogelijkheden kent, dat wil zeggen als je verzorgende, therapeut, arts, consulent, inspecteur of directeur bent - of als je in die rol kunt verplaatsen. Erop bedacht zijn het goede te doen - dat is het ethische; stilstaan bij die bedachtzaamheid - dat is de ethiek. Vandaar mijn eerste opmerking: het ethische is niet de ethiek.

Ethiek houdt zich bezig met wat we, in een min of meer concrete situatie, behoren te doen, verondersteld dat we "het goede" willen doen. Ze vraagt zich af wat dat "goede" dan in zijn algemeenheid zou kunnen zijn, bijvoorbeeld een deugdzaam leven leiden of zoveel mogelijk plezier hebben. Ze vraagt zich tevens af hoe we daar betrouwbare kennis van kunnen verwerven, bijvoorbeeld of er zoiets is als een geweten en wat we daar dan mee bedoelen. Ze stelt ook de vraag wat dergelijke alge-

meenheden betekenen in een min of meer concrete situatie waarmee we worden geconfronteerd. Vanmiddag stellen we ons zo'n situatie voor: extreem ernstig probleemgedrag. Na de eerdere inleidingen van Seys en Duker hoeft men zich niet meer af te vragen wat daar in ieder geval onder te verstaan valt: levensbedreigende voedselweigering en stelselmatige zelfverwonding. En de vraag luidt: wat te doen, in zulke situaties, verondersteld dat we "het goede" willen doen?

## II. Waarom iets doen?

Mijn tweede overweging is van een soortgelijke orde. Kijken we nog eens naar de titel van dit mini-symposium: wat te doen bij (zeer) ernstig probleemgedrag, verondersteld dat we het goede willen doen? Het valt op dat zo'n titel er in ieder geval hard aan werkt om ons alvast voorbij het punt te krijgen waarop we ons afvragen of we eigenlijk wel iets moeten *doen*, als we het goede willen doen. Behandelen van zeer ernstig probleemgedrag kan allerlei vraagtekens oproepen, maar dat er *gehandeld* moet worden, dat kan alleen maar een uitroep teken krijgen. Het woord "probleem" alleen al volstaat om een beeld van opgestroopte mouwen op ons netvlies te brengen, ook al realiseren we ons dat er veel "problemen" zijn waar we niets aan kunnen doen, ja dat er standen van zaken zijn die we juist "leed" of "kwaad" noemen en niet "probleem" omdat er niets aan te doen is. Problemen lijken er te zijn om opgelost te worden, niet om ze te verduren.

Nu is het kenmerkend voor de zorg rond verstandelijk gehandicapten dat er niet zo gauw mouwen worden opgestroopt omdat men een probleem wil oplossen. Niet dat er niet hard gewerkt wordt, maar de basishouding is er een van aanvaarding en niet van verzet, van behoeden van dikwijls heel geringe en van het "normale" afwijkende mogelijkheden tot leven, niet van allerlei drukdoenerigheid die het op bijstelling naar geijkte patronen voorzien heeft. Bij alle actieve aandacht voor de persoon van een cliënt, geldt toch vooral dat er niet altijd bij voorbaat iets moet *gedaan* worden. In heel wat gevallen is "er gewoon zijn" het vertrekpunt.

We hebben het echter niet over niets, wanneer we ons zaken voor ogen brengen als stelselmatige voedselweigering, of heftige agressie, of zelfverwonding. Hier is het bijna ongepast om de vraag te stellen: moet er wel iets aan gedaan worden? Natuurlijk moet er in zulke gevallen iets aan gedaan worden, daar kan geen twijfel over bestaan. Vandaar misschien de behoefte om vandaag niet te spreken van "probleemgedrag", maar van *ernstig* probleemgedrag. En voor wie dan nog niet voldoende overtuigd is van de noodzaak dat er echt iets gedaan en niet alleen geduld moet worden, zijn we bereid er ook nog het woordje "(zeer)" ter keuze (zie haakjes) aan toe te voegen. Bij zoveel nadruk: probleem, ernstig probleem, zeer ernstig probleem, lijken we de vraag naar het waarom van een handelend optreden te kunnen overslaan. Zonder ook maar in het minst te willen twijfelen aan de noodzaak, ja de plicht om handelend op te treden, zou ik toch even willen stilstaan bij de vraag: waarom - hoe komt het? - dat wij bij dergelijke situaties inderdaad het gevoel heb-

ben dat er iets moet gebeuren? Beter: dat we iets moeten doen, dat we hoe dan ook moeten handelen en niet dulden, of afwachten, of negeren - hoe kenmerkend dulden, afwachten en negeren ook zijn voor het soort zorg dat hier in het algemeen verleend wordt? Menigeen van u zal het ook concreet ervaren hebben: een heleboel "probleemgedrag" valt desnoods te bejegenen met dulden, afwachten en negeren, maar niet wanneer iemand zich dood hongert of blind slaat. Natuurlijk zou het antwoord kunnen zijn: *dat* kunnen we niet aanzien. Maar mijn vraag is nu juist, wat we niet kunnen aanzien; hoe we datgene wat ons emotioneel onmiddellijk aangrijpt, zouden willen ter sprake brengen? Want het is duidelijk dat we in andere situaties waarin iemand zichzelf dood hongert, b.v. bij een hongerstaking om politieke motieven, of waarin iemand zichzelf ernstig verwondt, b.v. door head-banging onder het gelijktijdig genot van gehoorsbeschadigende decibellen (om van zeer ernstig probleemgedrag als roken en drinken maar te zwijgen), weliswaar emotioneel sterk betrokken kunnen zijn, maar toch niet die drang tot ingrijpen voelen als bij datgene wat vanmiddag wordt aangeduid als "zeer ernstig probleemgedrag bij verstandelijk gehandicapten".

Het ligt min of meer voor de hand om het ontstellende van die situatie te zoeken in het verstandelijk gehandicapt zijn, met name in het onvermogen om zijn wil te bepalen. We zouden dan kunnen zeggen: een bewoner die niet "wil" eten, "wil" niet zichzelf doodhonger, precies omdat hij of zij, in de omstandigheden waarin hij of zij verkeert, niet in die betrekking tot zijn "ik" staat die wij "willen" noemen.

Willen is immers - strikt genomen - niet zomaar meedrijven op gewaarwordingen, maar zichzelf bepalen tot die gewaarwordingen. Voedselweigering bij een verstandelijk gehandicapte is in de strikte zin van het woord geen "weigeren", geen "nee-zeggen-ondanks-gevoelde-honger", maar waarschijnlijk veeleer een meedrijven met een sterkere gewaarwording dan het hongergevoel. Zelfverwonding is geen zelfvernietiging, geen ontkenning van het eigen bestaan, maar het meedrijven met een patroon van gewaarwordingen dat spiraalvormig versterkt kan worden door bonken of slaan.

Ik denk dat deze lijn van redeneren veel te abstract is, veel te los met name van de ervaringen die mensen in deze zorgsector hebben. Zij zullen ontkennen dat verstandelijk gehandicapten niet tot wilsvorming in staat zijn, in tegenstelling tot normale mensen. Dat is in hun oren een veel te grove stelling. Ten eerste zijn er zeer uiteenlopende gradaties van de handicap, ten tweede kan een en ander sterk afhangen van omstandigheden of soorten van situaties, ten derde geldt ook voor heel wat normale mensen dat ze in uiteenlopende gradaties en afhankelijk van de situaties in staat zijn zich tot zichzelf te verhouden in die zin die wij "willen" noemen. Maar de vierde, de belangrijkste reden is, dat degenen die zorg verlenen over bijna niets anders praten dan over wat Esther, Danny, Ronny, Carien en hoe ze ook allemaal heten, wel of niet *willen*. Het eigene van de zorg in deze sector is precies dat ze zo gevoelig is voor gedrag dat uitdrukt wat mensen willen, dat ze achter allerlei bewegingen en geluiden die buitenstaanders niets zeggen, niet alleen gevoelens van ge-

noegen en ongenoegen waarnemen, maar ook nog eens instemming met of ontstemming over die gevoelens. Het is dat vermogen tot verstaan van het zwakke dat ondanks alles menselijk leven wil zijn, dat vermogen om daarmee een gemeenschappelijke taal te spreken, dat ons bij extreme situaties als voedselweigering en zelfverwonding dreigt te ontglippen - en daarmee dreigt ons de betreffende bewoner zelf te ontglippen en een stadium in te glijden waarin hij of zij niet meer degene is die ons de betrekkelijkheid van onze manier van mens-zijn voorspiegelt, maar die ons letterlijk helemaal niets meer te zeggen heeft. Het is niet zo gek wanneer we iemand die zwak is van die afgrond willen wegtrekken, ook al is het vooral onze eigen vrees die het ons ingeeft.

Ooit heeft iemand gemeend dat het politiek correcter was te spreken van "verstandelijk gehandicapten" en niet van "zwakzinnigen". Ik beseft dat daar eerbare motieven voor waren. En het is waar: nieuw woordgebruik kan ons soms aan een ferm voornemen herinneren, b.v. het voornemen om niet meer te accepteren dat mensen die niet over de vermogens beschikken waar onze maatschappij machtsaanspraken aan toekent, buitengesloten worden. Maar er is door veranderend woordgebruik ook verlies aan betekenis geleden. Woorden zijn niet alleen maar geheugensteuntjes voor politieke programma's, maar zeker ook verzamelplaatsen van ervaringen met het leven. Het woord "zwakzinnigheid" drukte ook iets wezenlijks uit: zwakzinnigen moeten beschermd worden omdat het zwakke (meestal en heel lang) bescherming verdient. Het hoeft niet genezen, het hoeft niet genormaliseerd, het hoeft zelfs niet geëmancipeerd te worden, al hebben we dat in de zeventiger jaren ook nog bedacht. Het moet vooral beschermd worden zodat het zich naar zijn eigen mogelijkheden kan handhaven zolang het kan; en dat geldt niet slechts voor zwakzinnigen, maar overal daar waar het zwakke zich voor doet. Zolang we maar beseffen dat wat zwak en sterk is, geheel en al bepaald wordt door de voorkeuren van de samenleving waarin we verkeren, is het eigenlijk een teken van eerlijkheid als die samenleving datgene wat ze zwak "gemaakt" heeft ook maar zwak zou noemen en niet "gehandicapt".

Ik beseft het: het is een beetje flauw om onder het mom van "ethische aspecten van behandeling van probleemgedrag" wat rafeltjes te trekken aan de titel van dit kleine symposium. Ik heb het gedaan omdat ik er erg van overtuigd ben dat de belangrijkste ethische aspecten van zulk een behandeling te maken hebben met de taal waarin we de zorg die we verlenen ter sprake brengen. Die taal is verre van neutraal of onschuldig. We maken er keuzes mee, bijvoorbeeld om iets een probleem te noemen, bijvoorbeeld om dat probleem toe te schrijven aan de een of de andere instantie of persoon, bijvoorbeeld om ons bij voorbaat vrij te tekenen van plichten of te beroepen op rechten. Dat beseft is de achtergrond waartegen ik nu wat concreter zal worden.

### III. Het doel heiligt het middel nooit helemaal

Als het dan duidelijk is dat er in situaties als voedselweigering of zelfverwonding "iets" moet gebeuren, dan is de vraag aan de orde: wat kan er gebeuren en wat mag er gebeuren? Welke middelen die we zouden kunnen inzetten, mogen we ook inzetten? Soms - in uitzonderlijke situaties - zal dan misschien alsnog blijken dat handelend optreden een heel beperkte zin heeft. Maar in de meeste gevallen zal er een plan van aanpak, een therapie in het zicht komen. Welke middelen zijn in algemene zin geoorloofd? Het lijkt mij mogelijk om een zeer grove driedeling te maken:

- 1) niet-aversieve middelen, die ethisch in beginsel altijd geoorloofd zijn;
- 2) aversieve middelen, die in beginsel slechts onder voorwaarden geoorloofd zijn;
- 3) geweldadige middelen, die in beginsel nooit geoorloofd zijn.

Ik loop deze mogelijkheden van achter naar voren langs, om er nog wat notities aan toe te voegen.

ad 3) Het is buitengewoon moeilijk om een goede omschrijving te geven van het begrip *geweld*. Ik zal daar nu geen filosofische boom over opzetten, maar volstaan met u voor te leggen wat ik in de loop der jaren een zinvolle omschrijving ben gaan vinden. Ik omschrijf geweld als: een ingreep in de lichamelijke integriteit die er uitsluitend op gericht is dat de getroffene niet meer bij machte zal zijn anders te handelen dan de geweldpleger wil.

In deze definitie zitten een heleboel opzettelijk geniepigheden. Om er een paar te noemen:

- ik heb gekozen voor de term "ingreep in de lichamelijke integriteit", en niet voor een aanduiding als "fysieke ingreep". Want het is (althans voor mij) duidelijk dat er zeer fijnzinnige psychische mechanismen zijn, die een zeer zware aanslag op de lichamelijke integriteit van iemand kunnen betekenen. Bovendien wijs ik erop dat lichamelijke integriteit ook slaat op de materiële ondergrond van het leven waarin al onze geestelijke functies en vermogens geworteld zijn. Geestelijk gehandicapt zijn in zekere zin ook gewoon lichamelijk gehandicapt, voorzover allerlei neurofysische en biochemische processen tot onze lichamelijke integriteit horen. Tenslotte is "lichamelijke integriteit" opzettelijk gekozen omdat het een juridische term is; dat wil zeggen dat ik in de definitie een soort constante bemoeienis ingebouwd heb van het recht.
- Een andere onopvallende geniepigheid is, dat ik de mogelijkheid heb opengelaten dat de getroffene en de geweldpleger dezelfde zijn. Men kan dus volgens deze definitie geweld plegen ten opzichte van zichzelf.
- Opvallender is de term "uitsluitend gericht op". Het is duidelijk dat hier allerlei gradaties zijn aan te brengen: komen er aan die gerichtheid bedoelingen te pas of

niet? Wordt de “uitsluitende” gerichtheid op een kortere of een langere termijn beschouwd?

Het zal u duidelijk zijn: door een dergelijke definitie komen we er niet achter wat we moeten denken, maar eerder waar we aan moeten denken.

ad 2) Aversieve middelen zou ik willen aanmerken als middelen die in beginsel *onder voorwaarden* toelaatbaar zijn. Daarbij kan men zich weer twee typen van handelwijzen voorstellen. Bij het eerste type zou men die voorwaarden in een soort standaardprocedure kunnen inbouwen en vervolgens de handelwijze marginaal toetsen. Dat wil zeggen: als de procedure gevolgd wordt, zijn er geen bezwaren. Dit is bijvoorbeeld wat wij als CEW hebben gedaan in het geval van de behandeling van voedselweigering. Gezien de positieve resultaten van de therapie, gezien de stelselmatige goedkeuring van de werkwijze in eerdere gevallen, gezien de zorgvuldigheid waarmee volgens de geijkte procedure tevoren medisch onderzoek is verricht, de ouders of verzorgers geraadpleegd zijn en de sessies worden geënceneerd - gezien dat alles hebben wij gezegd: behandeling van voedselweigering volgens het z.g. 12-stappen plan kan zonder voorafgaande afstemming met de CEW starten, maar van het verloop van het proces worden wij graag periodiek op de hoogte gehouden.

Van een tweede type zou ik willen spreken daar waar niet standaard aan de voorwaarden is voldaan, maar waar ze per geval moeten worden vastgesteld en afgewogen. In onze praktijk als CEW is de toepassing van Electro Aversie Therapie - beter: Electro Aversie Techniek - bij zelfverwondend gedrag een voorbeeld. Onze aanbeveling hier is om de zaak eerst aan de CEW voor te leggen. Waarom het verschil met het eerste type? Hoewel het aversieve element in de behandeling van voedselweigering niet is te onderschatten, is het toch belangrijk minder dan bij EAT het geval is. Bovendien zijn de resultaten voor zover bij ons bekend veel minder eenduidig. Bovendien - en dat is het belangrijkste - is in onze ogen het 12-stappen plan op zichzelf een leertraining, terwijl EAT enkel een middel is om een diep ingesleten reflex te onderbreken, waarna er (hopelijk) ruimte komt voor de eigenlijke leertraining, bv. het verminderen van angstgevoelens, het stimuleren van een positieve lichaamsbeleving<sup>en</sup>/of het aanleren van communicatieve vaardigheden. Zonder dat individueel te ontwerpen leertraject heeft het middel geen zin. Vandaar dat we ook liever spreken van een techniek dan van een therapie. In een discussienota die nu ruim een jaar oud is, hebben wij uitgesproken dat de toepassing van EAT onder een aantal voorwaarden gerechtvaardigd kan zijn als uiterste middel om te proberen aan ethisch evenmin vanzelfsprekende alternatieven, zoals zware medicatie en levenslange fixatie te ontkomen.

ad 1) Niet-aversieve middelen zijn in beginsel aanvaardbaar, zei ik. Op het eerste gezicht heeft dat iets vanzelfsprekends. Er schuilt echter een probleem in de schijnbaar onschuldige toevoeging “in beginsel” - een uitdrukking die ik ook bij de an-

dere categorieën heb toegevoegd. In elk van de drie gevallen die ik heb onderscheiden, zou die toevoeging een ander accent dienen te krijgen. Daarover moet ik het nog hebben.

Dat niet-aversieve middelen "in beginsel" acceptabel zijn, drukt een zekere reserve uit ten opzichte van de term "niet-aversief". Het is een psychologische term, die enkel zegt dat er van de kant van degene die het middel ondergaat geen reactie van afkeer te verwachten valt die voor degene die het middel toedient als uiting van een onaangename ervaring (met name pijn) is te interpreteren. De term "niet-aversief" versluiert dan ook een aantal problemen die ethisch relevant zijn en die de aanvaardbaarheid van het niet-aversieve middel nog ter discussie kunnen stellen. Ten eerste: dat een middel een niet-aversief middel is, veronderstelt nog steeds dat het een middel is en niet louter een gebaar. Dat wil zeggen dat het een zekere doelmatigheid of effectiviteit bezit. Bijvoorbeeld: tegenstanders van EAT hebben gewezen op een niet-aversieve andere mogelijkheid van behandeling van zelfverwondend gedrag die wordt aangeduid met de naam "gentle-teaching". Er is natuurlijk alles voor te zeggen om, als er dan toch een leer-therapie moet worden ingesteld, zachte middelen aan te wenden om voor zo'n leerproces ruimte te scheppen. Maar ook dan blijft natuurlijk gewoon overeind staan dat het middel tot het doel moet leiden, ook al is het een zacht middel. Want al wordt een middel niet geheiligd door het doel, een doelloos middel is gewoon geen middel, evenmin als een kinderloze moeder een moeder is. Daarmee wil ik overigens alleen maar gezegd hebben, dat wat zich aanprijst als middel, de bewijslast van de effectiviteit op zich moet nemen. Ik heb mij niet uitgesproken over een voorkeur voor welk middel dan ook. Ten tweede: uit het feit dat geen reactie van afkeer te verwachten of waar te nemen valt, mogen we niet te rechtlijnige conclusies trekken. Zo'n reactie kan immers onderdrukt worden en het is zelfs mogelijk middelen in te schakelen die erop gericht zijn de afkeer-reactie of de waarneembaarheid daarvan te onderdrukken. Dit klinkt gezochter dan het is. Het is bepaald niet onmogelijk dat medicijnen weliswaar onlustgevoelens in de patiënt kunnen oproepen, maar dat deze tegelijkertijd nauwelijks in staat is deze onlust te uiten in een herkenbare reactie. Dat laatste is dan tevens het derde punt: we hebben altijd te maken met interpretatie van afweerreacties in termen van ongenoegen, een vertaling van gedrag naar gevoel. Niemand weet beter dan de mensen in de zorgsector voor verstandelijk gehandicapten, dat daarbij vergissingen kunnen worden gemaakt.

In het tweede geval, waar het gaat om de aanvaardbaarheid in beginsel van aversieve middelen, drukt de fase "*in beginsel*" weer een ander soort voorbehoud uit, met name waar het gaat om het bespreken van voorwaarden van geval tot geval. Men kan daar nog zulke goede voornemens over maken met elkaar, het zal vele keren voorkomen dat er gehandeld moet worden zonder dat daarover eerst met bijvoorbeeld de Commissie Ethiek, of zelfs maar met alle betrokkenen gesproken kan worden. Het leven houdt zich nu eenmaal niet aan vergaderschema's. Tot het ethi-



sche behoort soms niet alleen maar de zorg om het goede te doen, maar ook de zorg om het goede vooral snel te doen, om leed te verminderen. In zulke gevallen rest er niets anders dan een bespreking achteraf, en vooraf het vertrouwen op de gedachte dat het ethische de ethiek niet is: vertrouwen dat de zorg om het goede handelen een door velen gedeelde zorg is.

Ik heb ook in het derde geval de uitdrukking "in beginsel" gebruikt: onaanvaardbaarheid "in beginsel" van gewelddadige middelen, dat wil zeggen ingrepen in de lichamelijke integriteit die op niets anders gericht zijn dan dat de getroffene niet bij machte zal zijn anders te handelen dan de geweldpleger wil. Heb ik daarmee niet teveel terrein prijsgegeven? Ook hier een voorbehoud? Ja, maar met weer een ander accent. Bij ernstig probleemgedrag van verstandelijk gehandicapten hebben we soms te maken met verschijnselen die dicht in de buurt komen van wat ik "geweld" noemde. Bij agressie komen we dicht in de buurt van: geweld jegens anderen, ook al zal een vooropgezette bedoeling meestal ontbreken. (Maar die heb ik dan ook niet tot bestanddeel van mijn definitie gemaakt.) Bij het onmiddellijk tegengaan van dat gedrag, dat we voor dit moment nu maar als "gewelddadig" aanduiden, kan soms niets anders dan tegengeweld worden ingezet: tegengeweld dat voor een zo kort mogelijk ogenblik het geweld met geweld moet indammen. Degene die ernstig agressief is wordt stevig beetgepakt, geïsoleerd, gefixeerd, of in psychiatrisch jargon "platgespoten". Het is met dit geweld zoals de filosofe Hannah Arendt heeft gezegd over het grote, politieke geweld: het is niet te legitimeren, maar het is soms te rechtvaardigen. Met andere woorden: je kunt er geen systematisch beroep op doen als een aanvaardbaar middel, maar het kan een ad hoc middel zijn in een noodsituatie en alleen binnen de grenzen van die situatie. Naarmate geweld wordt gebruikt om doelen te bewerkstelligen die complex zijn, overleg van betrokkenen vereisen en een lange termijn vergen, neemt de aanvaardbaarheid snel af. Ik heb tot nu toe over toepassing van EAT in gevallen van zelfverwonding gesproken als over een middel dat eerder aversief dan gewelddadig genoemd moet worden. Ik wil dat enigzins nuanceren. EAT is misschien wel op de grens van wat ik gewelddadig zou willen noemen; in ieder geval is er sprake van een ingreep in de lichamelijke integriteit van een automutilant, met de uitsluitende gerichtheid op het bereiken van een door de therapeut bepaald gedragseffect: ophouden met bonken of slaan. Welnu, zelfs als men om die reden EAT "in beginsel" onaanvaardbaar zou willen noemen, dan nog zou men zich geconfronteerd zien met een volgende ethische vraag: is in het geval van automutilatie geen sprake van tegen zichzelf gericht geweld, waartegenover soms maar een laatste middel past om het te laten ophouden: een kort moment van tegengeweld? Ik vind dat om meerdere redenen een plausibel standpunt: ten eerste begrenst het toepassing van EAT tot waar geweld doorbroken moet worden. Het maakt begrijpelijk waarom we - als we al aan EAT denken - de toepassing ervan toch vooral bij ernstige automutilatie en ernstige agressie een overweging waard vinden. Ten tweede verklaart het waarom er niet langs de weg van het wetenschappelijk experiment gegevens over de efficiëntie van

EAT mogen worden verkregen; dan zou nl. het geweld door de wetenschapper in het leven worden geroepen en geen tegengeweld meer zijn. In de derde plaats verklaart het heel goed waarom EAT niet een van de middelen is in het arsenaal, maar een middel dat we niet graag uit de kast halen en waar ook moeilijk reclame mee te maken valt. Wie bijvoorbeeld het taboe rond EAT wil doorbreken zal zich moeten realiseren dat een video met een al te juichende titel - hoezeer de bedoeling en het resultaat ook te respecteren zijn - niet zo goed werkt als een video die nuchter de feiten registreert. EAT behoort misschien inderdaad wel tot die middelen waarvan we moeten zeggen: rechtvaardigbaar, maar niet legitimeerbaar als vast bestanddeel in ons therapeutisch arsenaal. In de vierde plaats maakt het begrijpelijk waarom degenen die toepassing van het EAT niet bij voorbaat veroordelen, steeds weer wijzen op de bedenkelijkheid van welbepaalde alternatieven: separatie, fixatie, medicatie. Het gemeenschappelijke is dat dit allemaal ook min of meer gewelddadige middelen zijn die worden ingezet om een overmaat van geweld tegen zichzelf of tegen anderen te keren.

Ik zal u eerlijk vertellen dat ik niet geloof dat we er met definities helemaal uitkomen. Dat is misschien ook niet de opzet. Het ethische bestaat niet uit het goede eerst uitdenken en het dan doen, maar in handelen met een zekere bedachtzaamheid en een bekommernis om het doen van het goede. De ethiek is daarbij een hulp, voor zover ze door wat dieper na te denken de bedachtzaamheid wil en kan bevorderen. Met die bedoeling - en in die betrekkelijkheid - heb ik u een paar overwegingen willen voorleggen. Gelukkig, het ethische is niet de ethiek.

*Prof. dr. G. van Roermund, Voorzitter Commissie Ethiek*