

# Empathie in de psychiatrie: Waarom radicale empathie meer recht doet aan ervaringskennis

Azra Su Özbucak

Begeleid door: Nina de Boer

Woordaantal: 13005

S1026453

Scriptie ter verkrijging van de graad “Master of Arts” in de filosofie aan de Radboud Universiteit Nijmegen

Inleverdatum: 2-6-2024

*Hierbij verklaar en verzeker ik, Azra Su Özbucak, dat voorliggende eindwerkstuk getiteld Empathie in de psychiatrie: Waarom radicale empathie meer recht doet aan ervaringskennis, zelfstanding door mij is opgesteld, dat geen andere bronnen en hulpmiddelen dan die door mij zijn vermeld zijn gebruikt en dat de passages in het werk waarvan de woordelijke inhoud of betekenis uit andere werken – ook elektronische media – is genomen door bronvermelding als ontlening kenbaar gemaakt worden. Utrecht, 2 juni 2024.*

## Inhoudsopgave

§1. Inleiding	4
§2. Twee theorieën over empathie	7
§2.1 <i>Simulatietheorie</i>	7
§2.2 <i>Radicale empathie</i>	9
§3. Empathie en ervaringskennis	14
§3.1 <i>Typen kennis in de psychiatrie</i>	15
§3.2 <i>Afwezigheid van ervaringskennis</i>	16
§3.3 <i>Particuliere ervaringen en generalisering</i>	17
§3.4 <i>Het domein van het onbegrijpelijke</i>	19
§4. Mogelijke gevaren van empathie weerlegd	22
§5. Radicale empathie en verklarende modellen	25
§5.1 <i>Het neuro-reductionistische model</i>	26
§5.2 <i>Het enactivistische model</i>	28
§6. Conclusie en discussie	31
§7. Literatuurlijst	34
§8. Samenvatting	38

## §1. Inleiding

“The minds of men are mirrors to one another”<sup>1</sup>

Er wordt gezegd dat deze uitspraak van David Hume uit zijn *A treatise of human nature* de kern heeft gevormd van ons begrip van empathie.<sup>2</sup> Als sociale wezens hechten we veel waarde aan empathie; we willen enerzijds empathisch behandeld worden en anderzijds willen we anderen ook met empathie benaderen. Maar wat betekent het om empathie voor iemand op te brengen, en wat voor vaardigheden zijn hiervoor nodig?

Het woordt empathie stamt af van het Griekse *empathia* en voordat het werd opgenomen in de Engelse taal, ging de Duitse term *Einfühlung* rond wat vertaald wordt als *invoelen*.<sup>3</sup> Empathie wordt dan ook vaak gezien als het vermogen om je in te leven in een ander. Maar in hoeverre is de vaardigheid om je in te leven in een ander noodzakelijk of zelfs voldoende voor het hebben van empathie?

Het duiden van empathie is van belang in onze alledaagse interacties, maar krijgt een extra lading in de psychiatrische context. Patiënten in de psychiatrie hebben immers vaak last van gedachtes, gevoelens en ervaringen die pijnlijk, verwarrend of beangstigend zijn. Psychiater Karl Jaspers heeft het belang van empathisch begrip (*Verstehen*) – wat ik in de rest van de thesis als synoniem van empathie beschouw – in 1913 expliciet geformuleerd. Ook zou empathie er volgens Liesbeth van Vliet, universitair docent aan de Universiteit van Leiden aan bijdragen dat patiënten zich beter gaan voelen.<sup>4</sup> Empathie is dus van cruciaal belang in de psychiatrische praktijk. Maar, in hoeverre kunnen psychiaters empathie opbrengen voor gedachtes, gevoelens en ervaringen die ver afstaan van hun eigen gedachtes, gevoelens en ervaringen? In andere woorden, in hoeverre kunnen psychiaters zich inleven in de *unieke ervaringen* van hun patiënt zonder dat zij hun *ervaringskennis* hebben?

Stel je voor dat een patiënt X met derealisatieklachten wordt behandeld bij de psychiater. Derealisatie is een psychische aandoening waar ik persoonlijke belangstelling voor heb, maar het is ook een interessante aandoening om te bestuderen in het kader van empathie in de psychiatrie. Het is namelijk precies zo een geval waarin psychiaters te maken hebben met ervaringen van patiënten die ver afstaan van hun eigen ervaringen. Dit is dan ook de reden dat ik voor dit voorbeeld heb gekozen om de problemen en argumentatie in de rest van deze thesis te illustreren. Derealisatie wordt in de laatste editie van het *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, de DSM-V, beschreven als “experiences of unreality or detachment with respect to surroundings (e.g., individuals or objects are experienced as unreal, dreamlike, foggy, life-less, or visually distorted).”<sup>5</sup> Op de website van YoungMinds, een organisatie die zich

---

<sup>1</sup> David Hume, *A treatise of human nature* (Oxford: Clarendon Press, 1896), 365.

<sup>2</sup> Karsten Stueber, *Stanford encyclopedia of philosophy*, “Empathy,” laatst aangepast op 27 juni 2019, <https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/empathy/>.

<sup>3</sup> Stueber, “Empathy.”

<sup>4</sup> Universiteit Leiden, “Liesbeth van Vliet over de sleutelrol van empathie in goede art-patiënt communicatie,” geraadpleegd op 20 mei 2024, <https://www.universiteitleiden.nl/in-de-media/2020/08/liesbeth-van-vliet-in-de-media>.

<sup>5</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition* (Arlington: American Psychiatric Association, 2013), 302.

ervoor inzet dat jongeren met psychische stoornissen zich niet eenzaam voelen, delen twee jonge vrouwen hun ervaringen met derealisatie:

Have you ever felt like you're living inside a dream, unsure whether you're awake or asleep? Feeling like everything is so surreal that it can't possibly be real, but it is happening?

When I first began experiencing derealization, I didn't know that was what I was experiencing; I couldn't put a name to the feeling, I just had periods of feeling like I was in a dream and wasn't attached to my surrounding environment.<sup>6</sup>

De psychiater van patiënt X kan veel weten *over* derealisatie, maar het is aannemelijk dat de psychiater niet weet hoe het *voelt* om derealisatie te ervaren. Je zou ook kunnen zeggen dat de psychiater *over theoretische kennis* van derealisatie beschikt, maar niet *over ervaringskennis*. Dit noem ik het 'probleem van ervaringskennis in de psychiatrie': hoe kan een psychiater empathie opbrengen voor diens patiënten zonder het hebben van hun ervaringskennis? Hoe kan de psychiater van patiënt X empathie opbrengen voor patiënt X zonder dat deze de ervaringskennis van patiënt X heeft? Het is belangrijk om recht te doen aan de ervaringskennis van de patiënt, omdat het belangrijk is dat de patiënt zich gehoord voelt, anders is er het risico dat er geen recht wordt gedaan aan "the most pressing layer of the patient's inner experience."<sup>7</sup> De filosofie kan hierbij helpen door het concept van empathie in de psychiatrie nader te bestuderen en te analyseren welke opvatting van empathie de beste is om recht te doen aan de ervaringskennis van patiënten in de psychiatrie. De onderzoeksvraag van deze scriptie luidt dan ook als volgt: Welke opvatting van empathie doet het meeste recht aan de ervaringskennis van patiënten in de psychiatrie?

De scriptie zal als volgt gestructureerd worden. In hoofdstuk 2 bespreek ik twee filosofische theorieën over empathie. In sectie 2.1 bespreek ik de simulatietheorie, een theorie die het meest lijkt te resoneren met onze intuïtieve ideeën over empathie. In sectie 2.2 zal ik een uitdager hiervan bespreken, namelijk Matthew Ratcliffes radicale empathie.

Vervolgens zal ik in hoofdstuk 3 deze theorieën met elkaar vergelijken om te bepalen welke opvatting van empathie de beste is om het probleem van ervaringskennis in de psychiatrie te duiden. Ik zal beargumenteren dat dat de radicale empathie theorie van Ratcliffe is, omdat deze meer recht doet aan de ervaringskennis van de patiënt. Eerst zal ik in sectie 3.1 een aantal typen kennis in de psychiatrie uiteenzetten. Vervolgens zal ik ingaan op de gevolgen voor empathie wanneer ervaringskennis bij de psychiater ontbreekt in sectie 3.2. Daarna zal ik me in sectie 3.3 richten op de spanning tussen particuliere ervaringen en generaliseringen. Ik zal ook nog terugkomen op Jaspers met zijn domein van het onbegrijpelijke in sectie 3.4.

Hierna zal ik in hoofdstuk 4 ingaan op een artikel van Spencer en Broome die juist argumenten geven tegen empathie in de psychiatrische praktijk. Zij waarschuwen namelijk voor mogelijke gevaren van empathisch begrip in de psychiatrie. Ik zal laten zien dat hun kritiekpunten niet

---

<sup>6</sup> YoungMinds, "Tips for coping with depersonalization and derealization," geraadpleegd op 20 mei 2024, <https://www.youngminds.org.uk/young-person/blog/tips-for-coping-with-depersonalisation-and-derealisation/>.

<sup>7</sup> Howard Book, "Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy," *American journal of psychiatry* 145, no.4 (1988): 5, <https://doi.org/10.1176/ajp.145.4.420>.

standhouden tegen radicale empathie en dat hun suggestie ter vervanging van empathie, *virtuous listening*, juist heel goed in te bedden is in radicale empathie.

Tot slot zal ik in hoofdstuk 5 de implicaties of betekenis van radicale empathie voor verklarende modellen in de psychiatrische praktijk bespreken. Jaspers stelt dat er een onderscheid is tussen empathisch begrip en het bieden van verklaringen van psychische problematiek (*Erklären*). Ik zal ten eerste beargumenteren dat het onderscheid tussen begrijpen en verklaren niet zo strikt hoeft te zijn als hij zelf stelt en dat verklaren wel degelijk van belang kan zijn voor empathie. Daarna zal ik in sectie 5.1 het neuro-reductionistisch model bespreken en in sectie 5.2 beargumenteren dat een enactivistisch model, zoals die van Sanneke de Haan, beter past bij radicale empathie.

## §2. Twee theorieën over empathie

Er is in de filosofie veel geschreven over empathie.<sup>8</sup> Ik zal in dit hoofdstuk eerst een invloedrijke theorie van empathie (i.e., de simulatietheorie) uiteenzetten in sectie 2.1. De simulatietheorie is belangrijk uiteen te zetten, omdat deze lijkt te resoneren met onze intuïtieve ideeën over wat empathie behelst. Vervolgens zal ik er één die deze theorie uitdaagt (i.e., radicale empathie) uiteenzetten in sectie 2.2.

### *§2.1. Simulatietheorie*

De simulatietheorie is in de jaren 80 ontwikkeld door Robert Gordon en Jane Heal en werd al snel verdedigd door Alvin Goldman.<sup>9</sup> Om een breed beeld te schetsen van wat de simulatietheorie behelst, zal ik in wat volgt focussen op de verschillende nuances van Gordon en Goldman. Heal zal ik achterwege laten, omdat haar positie erg vergelijkbaar is met die van Gordon alleen gebruikt zij de term *replicatie* in plaats van simulatie.<sup>10</sup>

Algemeen genomen is de simulatietheorie een theorie binnen de sociale cognitiefilosofie die stelt dat we het gedrag van een ander kunnen begrijpen – wat destijds gelijk werd gesteld aan voorspellen en verklaren – door onszelf in een ander te verplaatsen of ons in te leven in de ander.<sup>11</sup> Dit zouden we doen door hun gedachten, intenties en emoties in een situatie in te beelden en vervolgens na te bootsen in onszelf. Stel bijvoorbeeld dat je ziet dat iemand een arm stoot. Je kunt je makkelijk inbeelden hoe het voelde wanneer jij zelf een keer je arm stootte. Je kunt dus een soortgelijk gevoel in jezelf simuleren van hoe het was toen jij je zelf in zo een situatie bevond en van welk gedrag daaruit volgde. Op basis van hoe jij je in die situatie hebt gedragen of zou gedragen, maak je een voorspelling van hoe de ander zich zal gedragen wanneer diegene een arm stoot. De invloed van de simulatie-theorie is te zien in ons alledaagse taalgebruik. Denk maar aan de uitspraak “verplaats jezelf eens in een ander zijn schoenen!”

De simulatie-theorie lijkt dus ook intuïtief te kloppen wanneer we het betrekken op empathie – niet voor niets spreekt Goldman bijvoorbeeld over de “simulation (or empathy) theory.”<sup>12</sup> Empathie wordt doorgaans gedefinieerd als het vermogen om je in te beelden hoe een ander zich voelt en de simulatietheorie lijkt te suggereren dat het vermogen om jezelf te plaatsen in de situatie van een ander door een vergelijkbare ervaringen te simuleren, nodig is voor empathie.<sup>13</sup> Het simuleren van ervaringen van anderen kan volgens Goldman zowel onbewust (*implicit simulation/non-conscious mirroring*) als bewust (*explicit simulation/reconstructive empathy*) gebeuren. Belangrijk is dat bij Goldman het simuleren van het *eigen* perspectief,

---

<sup>8</sup> Stueber, “Empathy.”

<sup>9</sup> Idem

<sup>10</sup> Alvin Ira Goldman, “Philosophical and scientific perspectives on mentalizing,” in *Simulating minds: The philosophy, psychology, and neuroscience of mindreading* (Oxford: Oxford University Press, 2006), 19.

<sup>11</sup> Shaun Gallagher, “The practice of mind: Theory, simulation or primary interaction?” *Journal of consciousness studies* 8, no.5-7 (2001): 84,

[https://www.researchgate.net/publication/233674767\\_The\\_Practice\\_of\\_Mind\\_Theory\\_Simulation\\_or\\_Primary\\_Interaction](https://www.researchgate.net/publication/233674767_The_Practice_of_Mind_Theory_Simulation_or_Primary_Interaction).

<sup>12</sup> Goldman, “Perspectives on mentalizing,” 17.

<sup>13</sup> Idem

zoals in het hierboven omschreven voorbeeld, centraal staat.<sup>14</sup> Met andere woorden: door je in te beelden hoe het *voor jou* zou zijn om iets te ervaren, kun je beter empathie hebben voor een ander.

De expliciete simulatie en/of empathie van Goldman, waarbij het simuleren van jouw eigen eerste-persoons perspectief centraal staat, is te contrasteren met de expliciete simulatie van Gordon. Bij hem staat namelijk niet centraal hoe het is voor jou, maar hoe het is voor de ander om iets te ervaren. Bij Gordon draaien simulatie en empathie er dus vooral om dat je het perspectief van de ander aanneemt.<sup>15</sup> Dus in het geval dat je ziet dat iemand een arm stoot, ga je je inbeelden hoe het voor die persoon zou zijn om die pijn te ervaren. Je neemt bewust het perspectief aan van de ander en simuleert zo eenzelfde soort ervaring. Met andere woorden: door je in te beelden hoe het *voor de ander* is om iets te ervaren kun je beter empathie hebben voor de ander.

Ondanks dat Goldman en Gordon in hun simulatietheorie net een andere focus leggen, staat bij beiden centraal dat je uiteindelijk ervaringen van een ander bij jezelf gaat simuleren. Zowel voor Goldman als voor Gordon is het simuleren van ervaringen noodzakelijk om empathie te kunnen opbrengen voor een ander. Dus, volgens de simulatie-theoristen zou het in het geval van patiënt X voor de psychiater van belang zijn dat deze ervaringen van derealisatie simuleert om zo empathie te kunnen opbrengen voor de patiënt.

Een argument voor de simulatietheorie is de volgende. Toen een aantal jaren geleden zogenoemde spiegelneuronen werden ontdekt door neurowetenschapper Giacomo Rizzolatti en zijn onderzoeksgroep,<sup>16</sup> werd dit door de simulatie-theoristen gezien als bewijs dat hun theorie over sociale cognitie klopt. Spiegelneuronen zouden namelijk neuronen zijn die bij jou af gaan vuren (*implicit mirroring*) wanneer je bijvoorbeeld waarneemt dat een ander pijn ervaart. Het vuren van die spiegelneuronen zou ervoor zorgen dat een gevoel van pijn hebben dan ook in jou teweeg wordt gebracht – (impliciet) gesimuleerd dus.

Bovendien lijken psychiaters de vaardigheid om je in een ander te verplaatsen ook essentieel te achten voor empathie in de omgang met patiënten. In een paper van James Ross en Chris Watling getiteld *Use of empathy in psychiatric practice: Constructivist grounded theory study* wordt bijvoorbeeld geschreven dat psychiaters over empathie in relatie tot hun patiënten melden dat ze proberen “[...] to put ourselves in their shoes and trying to imagine at least what it would be like to go through what they’re going through.”<sup>17</sup> En in een paper van Howard Book getiteld *Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy* wordt geschreven dat volgens psychiaters “[...] this experiencing of the patient’s conscious and unconscious emotional states is the essence of empathy [...]”<sup>18</sup> Empathie als simulatie zou dus in het geval van de casus van

---

<sup>14</sup> Goldman, “Perspectives on mentalizing,” 20.

<sup>15</sup> Robert Gordon, “Folk psychology as simulation,” *Mind & language* 1, no. 2 (1986): 162, <https://doi.org/10.1111/j.1468-0017.1986.tb00324.x>.

<sup>16</sup> Giacomo Rizzolatti, Luciano Fadiga, Vittorio Gallese en Leonardo Fogassi, “Premotor cortex and the recognition of motor actions,” *Cognitive brain research* 3, no.2 (1996): 131-141, [https://doi.org/10.1016/0926-6410\(95\)00038-0](https://doi.org/10.1016/0926-6410(95)00038-0).

<sup>17</sup> James Ross en Chris Watling, “Use of empathy in psychiatric practice: Constructivist grounded theory study,” *BJPsych Open* 3, no.1 (2017): 29, <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.004242>.

<sup>18</sup> Book, “Empathy: Misconceptions and misuses,” 3.

patiënt X betekenen dat de psychiater zich inbeeldt hoe het zou zijn om zich in de situatie van patiënt X te bevinden en een soortgelijke ervaring van derealisatie van de wereld in zichzelf te simuleren.

Kortom, voor simulatie-theoristen is de vaardigheid om je te verplaatsen in andermans schoenen nodig om empathie op te brengen. Deze theorie over empathie resoneert met onze intuïtieve ideeën over empathie. De ontdekking van spiegelneuronen zou gezien kunnen worden als een argument voor deze theorie over empathie. Ook lijken psychiaters het zich kunnen verplaatsen in de patiënt essentieel te vinden voor het hebben en tonen van empathie voor de patiënten.

## §2.2. Radicale empathie

Vanuit verschillende hoeken is er kritiek geleverd op de vaardigheden die de simulatietheorie als noodzakelijk acht voor empathie. Neem bijvoorbeeld de Gadameriaanse kritiek op het vermogen jezelf te verplaatsen in de ervaringen van de ander, als volgt samengevat door Stephen Grimm in *Stanford encyclopedia of philosophy*:

We can never fully jump outside of our own cares and concerns in order to adopt the cares and concerns of others. Reliving or reexperiencing – in the sense of transposing ourselves out of our framework and into the framework of other agents or cultures – is thus an impossible ideal. Instead, we always take our frameworks with us.<sup>19</sup>

Nog een kritiek op de simulatietheorie komt van Matthew Ratcliffe. Hij beargumenteert dat je juist empathie kunt hebben voor een ander zónder simulatie. Zijn analyse stamt uit de fenomenologische traditie. Dit houdt in dat de focus ligt op hoe ons begrip van anderen ingebed is in een gedeelde wereld en context in tegenstelling tot in afgezonderde cognitieve processen – wat bij de simulatietheorie wel het geval is. Volgens hem is uit de gang van zaken in de praktijk op te maken dat simulatie noch voldoende, noch noodzakelijk is voor empathie. Waar het in zijn theorie – ik noem Ratcliffes empathie zonder simulatie theorie *radicale empathie* – om draait is een erkenning van verschillen tussen jou en een ander. Zijn concept van empathie vergt dus een verschuiving van het intuïtieve perspectief over empathie. Daar waar bij de simulatietheorie juist de gelijkennis centraal lijkt te staan, is er hier een openheid voor verschillen benodigd om empathie te hebben voor een ander.<sup>20</sup> In *Empathy without simulation* schrijft Ratcliffe over zijn opvatting van empathie het volgende:

Empathy, of the kind I am concerned with here, is not a matter of simulation. Instead, it consists in a kind of openness to interpersonal difference, which can be integrated into an exploratory process. The initial openness is itself sufficient to qualify as empathy, but more sophisticated empathic achievements involve varying degrees of exploration. Simulation can and often does contribute to an empathic process of this kind, but as an optional ingredient that is neither necessary nor sufficient for empathy.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Stephen Grimm, *Stanford encyclopedia of philosophy*, “Understanding,” laatst aangepast op 6 mei 2021. <https://plato.stanford.edu/archives/sum2021/entries/understanding/>

<sup>20</sup> Mathew Ratcliffe, “Empathy without simulation,” in *Imagination and social perspectives: Approaches from phenomenology and psychopathology*, onder redactie van Michela Summa, Thomas Fuchs en Luca Vanzago (New York: Routledge, 2017), 1.

<sup>21</sup> Ratcliffe, “Empathy without simulation,” 1.

In de komende paragrafen zal ik de zes uitgangspunten bespreken die samen de kern van Ratcliffes radicale empathie vormen. Ter illustratie zal ik ze ook linken aan de casus van patiënt X.

### **1 – Het waarderen van verschillen.**

Ten eerste staat bij Ratcliffe de vaardigheid van het waarderen van verschillen tussen elkaar meer centraal voor het hebben en tonen van empathie dan het simuleren van gelijkenissen. Sterker nog, volgens Ratcliffe kan simulatie empathie ook in de weg staan.<sup>22</sup> In het geval van patiënt X probeert de psychiater dus niet om gevoelens van derealisatie in zichzelf te simuleren, maar erkent dat patiënt X zich in een andere situatie bevindt en andere ervaringen heeft.<sup>23</sup>

### **2 – De openheid voor een verkennend proces.**

Ten tweede draait empathie volgens hem om het betrokken zijn in, of het openstaan voor de mogelijkheid om te engageren in een verkennend proces. De psychiater staat er dus voor open om de belevingswereld van de patiënt te gaan verkennen in plaats van louter de ervaring op zich te vatten. Dit is wat mogelijk maakt dat de psychiater de verschillen tussen zichzelf en de patiënt kan waarderen, zoals benoemd in punt 1.<sup>24</sup> In het geval van patiënt X focust de psychiater niet enkel op het kunnen begrijpen van de ene derealisatie-ervaring van patiënt X, maar bedenkt zich en stelt zich ervoor open dat diens verkrijging van empathie voor patiënt X een langdurig proces zal zijn met wederzijdse feedback over de derealisatie tussen de psychiater en patiënt (zie punt 4).

### **3 – Een distinctieve houding.**

Ten derde houdt empathie bij Ratcliffe in dat je een distinctieve soort houding aanneemt tegenover de andere persoon. Deze houding wordt veelal aangeduid met een tweede-persoons perspectief of in dit geval een tweede-persoons ervaring. De psychiater beschouwt de ander als een 'jij' en niet als een 'hij/zij/hen', zoals in de derde-persoons perspectief het geval is. Ter verheldering is het ook belangrijk te benoemen dat het tweede-persoons perspectief niet op de door Ratcliffe bedoelde manier aanwezig is wanneer je bijvoorbeeld een receptioniste – ook een 'jij' dus – voor je hebt. De ene keer meld je je bij receptioniste A, de andere keer bij receptioniste B, dan weer C enzovoorts. Het doet er niet toe bij wie je je meldt, als je je maar aanmeldt bij iemand die de rol vervult van een receptioniste.<sup>25</sup> Het is aannemelijk dat je ze niet helemaal als een eigen individu met eigen distinctieve kenmerken of eigenschappen beschouwt. In tegenstelling tot bij dit soort gevallen beschouwt de psychiater patiënt X – als het goed is – niet als één van de zoveel patiënten die deze behandelt. De psychiater acht patiënt X juist echt als een 'jij' die specifieke en unieke eigenschappen heeft en die ook verschillen van die van 'mij'. Het aannemen van deze houding is wat op zijn beurt weer mogelijk maakt dat de psychiater open kan staan voor een verkennend proces met de patiënt, zoals benoemd in het tweede punt.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 13.

<sup>23</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 7-15.

<sup>24</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 15-17.

<sup>25</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 19.

<sup>26</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 17-22.

#### **4 – Een gezamenlijke inspanning.**

Ten vierde stelt radicale empathie dat dieper gaande empathische inzichten vaak het resultaat zijn van een gezamenlijke inspanning tussen onszelf en de ander. Het proces tot het verkrijgen van empathisch begrip is een soort dialoog en berust op coöperatie tussen psychiater en patiënt. In tegenstelling tot bij simulatie werkt empathie niet slechts één kant op. Dat wil zeggen, waar bij simulatie alleen een actie benodigd is door de psychiater – het simuleren van een soortgelijk gevoel als de patiënt – daar is bij radicale empathie voortdurende interactie tussen psychiater en patiënt – doordat een open houding voor het verkennen van verschillen wordt aangenomen – benodigd.<sup>27</sup> In het geval van patiënt X vertelt patiënt X bijvoorbeeld over diens derealisatie-klachten. Vervolgens vat de psychiater dit samen en vraagt of deze de klachten voor patiënt X op een accurate wijze heeft kunnen duiden. Patiënt X geeft dan wellicht aan dat het net wat anders zit dan wat de psychiater heeft geformuleerd. De psychiater vraagt op diens beurt weer of patiënt X kan aangeven wat er anders is enzovoorts. Empathie is dus een gezamenlijke inspanning tussen de psychiater en patiënt X.

#### **5 – Ervaringen binnen een context.**

Ten vijfde heeft radicale empathie geen betrekking op geïsoleerde ervaringen van, in dit geval, patiënt X. Wanneer we empathie hebben voor de ervaringen van een ander, plaatsen we volgens Ratcliffe die ervaringen in een bredere context. De psychiater richt zich dus niet slechts op de geïsoleerde gevoelens van derealisatie van de patiënt, maar neemt ook de context in acht waarin die gevoelens bij de patiënt spelen. Denk hierbij aan de sociale gevolgen van het hebben van derealisatieklachten voor het vormen van vriendschappen, omgevingsfactoren die de klachten versterken zoals een intensieve tentamenperiode, hoe de klachten zich in het verleden hebben ontwikkeld, het willen behalen van een diploma, een angst om alleen te zijn et cetera.<sup>28</sup>

#### **6 – Begrip van de ervaringen.**

Ten zesde en tevens tot slot, claimt Ratcliffe dat de empathische waardering voor de ervaringen van een ander gevormd kan worden door een begrip van die ervaringen. Dit begrip verschilt echter van een eerste-persoons begrip. Hier draait het om de houding die wordt aangenomen zoals bij het derde punt is beschreven, waarin je de ander als een 'jij' beschouwt. Het begrip dat de psychiater als gevolg van het aannemen van die tweede-persoons houding ten opzichte van patiënt X heeft verkregen, kan dus de empathie voor de ervaringen van de patiënt gaan vormen. Dat wil zeggen, wanneer de psychiater patiënt X beschouwt als een eigen persoon met unieke eigenschappen en ervaringen die verschillen van die van 'mij', dan kan de psychiater een ander soort begrip vormen van de ervaringen van patiënt X. Dat begrip verschilt van het soort begrip dat je van die ervaringen zou hebben vanuit jouw eerste-persoons perspectief van de ervaringen.<sup>29</sup>

Van deze zes punten focust Ratcliffe in zijn tekst vooral op de eerste drie, omdat hij deze als meest belangrijk acht.<sup>30</sup> Mijns inziens is punt 5 juist ook belangrijk voor het probleem van ervaringskennis in de psychiatrie en daar zal ik in hoofdstuk 5 ook uitgebreider op terug

---

<sup>27</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 6-7.

<sup>28</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 7-8.

<sup>29</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 8.

<sup>30</sup> Idem

komen. Daar dit een meer descriptieve sectie betreft volstaat het voor nu om de zes uitgangspunten van zijn theorie als zodanig uiteen te hebben gezet.

Op basis van deze uitgangspunten kunnen de belangrijkste verschillen tussen empathie als simulatie en radicale empathie op een rijtje worden gezet. Ten eerste, waar bij radicale empathie de focus ligt op verschillen, ligt de focus bij de simulatietheorie op gelijkenissen. Ten tweede, waar bij radicale empathie het open staan voor een verkennend *proces* wordt benadrukt, is daar bij de simulatietheorie niet zo zeer sprake van. Ten derde, is het volgens de simulatietheorie, in tegenstelling tot bij radicale empathie, ook niet noodzakelijk om een distinctieve tweede-persoons perspectief aan te nemen. Ten vierde, is empathie bij de simulatietheorie niet per se het resultaat van een gezamenlijke inspanning tussen onszelf en de ander zoals dat bij radicale empathie wel het geval is. Het simuleren van de ervaring *an sich* zou volgens de simulatietheorie, ten vijfde, namelijk voldoende moeten zijn voor empathie, terwijl de ervaringen bij radicale empathie juist in een context worden geplaatst. Tot slot kan empathie voor de ander bij radicale empathie gevormd worden door een begrip van de ervaringen van de ander doordat je de ander als een 'jij' beschouwt. Diens ervaringen plaats je in tegenstelling tot bij de simulatietheorie dus niet in je eigen eerste-persoons perspectief.

In sectie 2.1 werd gesteld dat spiegelneuronen als belangrijk argument werden aangedragen voor de simulatietheorie. Hoe doet radicale empathie recht aan spiegelneuronen? Ten eerste, is de link tussen spiegelneuronen en empathie zoals deze door de simulatie-theoristen werd bevonden toch niet zo sterk als in eerste instantie werd gedacht.<sup>31</sup> Er wordt bijvoorbeeld betwijfeld of de spiegelfuncties van neuronen aangeboren zijn. Indien dit niet het geval is, zouden de spiegelneuronen slechts correlaties zijn tussen visuele inputs en motorische outputs. Dit zou betekenen dat spiegelneuronen niet de basis vormen van ons vermogen om ons in te leven, te simuleren of empathie te hebben.<sup>32</sup> Ten tweede, zelfs als spiegelneuronen daadwerkelijk als bewijs voor simulatie kunnen worden opgevat, dan past het alsnog binnen radicale empathie. Ratcliffe ontkent namelijk niet dat simulatie nuttig kan zijn. Het punt dat hij maakt is dat simulatie noch noodzakelijk noch voldoende is voor empathie.<sup>33</sup> Voor radicale empathie maakt het dan ook niet uit of spiegelneuronen aangeboren of aangeleerd zijn.<sup>34</sup> Dus, de ontdekking van spiegelneuronen vormt geen probleem voor radicale empathie en radicale empathie doet dus recht aan spiegelneuronen.

Een ander argument voor radicale empathie heeft net als bij de simulatietheorie betrekking op het hebben of tonen van empathie in de psychiatrische praktijk. In zijn tekst neemt Ratcliffe een citaat op van therapeut Carl Rogers, hij schrijft:

To sense the client's private world as if it were your own, but without ever losing the 'as if' quality – this is empathy, and this seems essential to therapy. To sense the client's anger, fear, or confusion as if it were your own, yet without your own anger, fear, or confusion getting bound up in it, is the condition we are endeavouring to describe. When the client's world is this clear to the therapist, and he moves about in

---

<sup>31</sup> Markus Eronen, "Spiegelneuronen: het DNA van de psychologie?," *Neuropraxis* 23, no.6 (2019): 159-161, <https://doi.org/10.1007/s12474-019-00240-4>.

<sup>32</sup> Eronen, "Spiegelneuronen," 161.

<sup>33</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 15.

<sup>34</sup> Eronen, "Spiegelneuronen," 161.

it freely, then he can both communicate his understanding of what is clearly known to the client and can also voice meanings in the client's experience of which the client is scarcely aware.<sup>35</sup>

In de eerste zin van het citaat is nog een vorm van expliciete simulatie te herkennen, je ervaart het perspectief van de ander immers alsof het de jouwe is, zoals de simulatietheorie ook stelt. De tweede zin vormt echter een bruggetje naar empathie zonder simulatie, omdat hierin wordt beschreven dat je eigen perspectief niet verloren gaat. Bij de simulatietheorie neem je ofwel het perspectief van de ander aan, ofwel pas je je eigen perspectief aan. In de derde en laatste zin van het citaat schemert punt 4 van Ratcliffes radicale empathie door; Ratcliffe haalt in de derde sectie van zijn tekst ook meerdere uitspraken van andere psychiaters in de psychiatrische praktijk aan en geeft aan van daaruit zijn zes punten voor empathie te hebben opgemaakt.<sup>36</sup> Dus, ook voor radicale empathie is het argument te maken dat psychiaters de vaardigheden die Ratcliffe als uitgangspunt voor het hebben van empathie benoemt, als essentieel achten voor empathie in de omgang met patiënten.

Dus, in dit hoofdstuk hebben we twee belangrijke en strijdende standpunten ten opzichte van empathie bekeken. Ik begon met de simulatie-theorie waarbij het voornamelijk centraal staat dat je een model van de ander simuleert in jezelf om zo empathie op te brengen voor de ander. Vervolgens heb ik de radicale empathie theorie van Ratcliffe uiteengezet. Bij hem staat niet simulatie, maar juist het erkennen van een distantie en verschillen met de ander centraal. Maar, uit de citaten onder sectie 2.1 blijkt dat psychiaters ook nog steeds de focus leggen op de vaardigheid van simulatie om empathie te hebben voor hun patiënten. Het is in de psychiatrie dus nog lang niet altijd zo dat radicale empathie gepraktiseerd of uitgedragen wordt. Ik beargumenteer in hoofdstuk 3 dat dit wel wenselijk zou zijn, omdat radicale empathie meer recht doet aan de ervaringskennis van de patiënt.

---

<sup>35</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 5.

<sup>36</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 4-9.

### §3. Empathie en ervaringskennis

In dit hoofdstuk zal ik empathie als simulatie en radicale empathie met elkaar vergelijken in relatie tot ervaringskennis. Zoals in de inleiding al aangestipt is het van belang om recht te doen aan de ervaringskennis van patiënten zodat zij zich meer gehoord voelen, het gaat hier immers om een aspect uit hun innerlijke ervaringen.<sup>37</sup> De reden dat ervaringskennis in de psychiatrie van belang is om te bespreken in relatie tot empathie is de volgende. De intuïtieve opvatting van empathie als simulatie maakt het aannemelijk dat een psychiater beter empathie kan hebben voor de patiënt als de psychiater zelf ook ervaringskennis heeft. Als de psychiater zelf ook ervaringskennis heeft van hoe het is om bijvoorbeeld derealisatie te hebben, kan deze namelijk een zelfde ervaring simuleren als de patiënt. Het probleem is echter dat ervaringskennis subjectief is. Welke benadering van empathie is het best in staat om te gaan met het probleem van ervaringskennis in de psychiatrie: hoe kan een psychiater empathie opbrengen voor diens patiënten zonder het hebben van hun ervaringskennis?

Ik stel dat het van belang is dat een theorie over empathie hier mee om kan gaan. Ik zal in de rest van dit hoofdstuk met behulp van de casus van patiënt X illustreren dat radicale empathie meer recht doet aan de ervaringskennis van de patiënt dan de simulatietheorie. Hiervoor is het eerst van belang om de casus uit te breiden en drie varianten te onderscheiden:

- A. De psychiater van patiënt X heeft enkel theoretische kennis over derealisatie.
- B. De psychiater van patiënt X heeft zowel theoretische kennis als ervaringskennis van derealisatie.
- C. De psychiater van patiënt X heeft zowel theoretische kennis als ervaringskennis van derealisatie, maar er is geen eenduidige reden aan te wijzen voor het ontwikkelen van de derealisatie bij patiënt X.

Om het onderscheid tussen theoretische kennis en ervaringskennis te verhelderen zal ik in sectie 3.1 eerst een aantal typen kennis in de psychiatrie bespreken. Dit doe ik, omdat het voor het begrip van ervaringskennis ook belangrijk is om in te zien waar ervaringskennis tegenover wordt geplaatst en wat het allemaal behelst. In sectie 3.2 geef ik op basis van twee gedachte-experimenten het eerste argument voor radicale empathie: het niet hebben van bepaalde ervaringskennis als psychiater is problematisch voor de simulatietheorie, maar niet voor radicale empathie. In deze sectie wordt de focus gelegd op variant A. In sectie 3.3 geef ik een tweede argument voor radicale empathie door in te gaan op een spanning tussen particuliere ervaringen en generaliseringen: wanneer de psychiater wél ervaringskennis heeft loopt de simulatietheorie tegen een probleem met betrekking tot particuliere ervaringen van patiënten, maar radicale empathie doet er juist recht aan. In deze sectie leg ik de focus op variant B. Tot slot geef ik in sectie 3.4 op basis van Jaspers domein van het onbegrijpelijke het derde argument voor radicale empathie, namelijk dat het probleem van onbegrijpelijke ervaringen minder relevant wordt als we empathie opvatten als radicale empathie. In deze sectie focus ik op variant C.

---

<sup>37</sup> Book, "Empathy: Misconceptions and misuses," 5.

### §3.1 Typen kennis in de psychiatrie

Verschillende typen kennis spelen een rol in de psychiatrische praktijk en twee belangrijke types zijn dus theoretische kennis en ervaringskennis. Ik vat theoretische kennis en ervaringskennis op als paraplu termen voor een aantal verschillende soorten kennis. Theoretische kennis kan worden opgevat als kennis die je kunt hebben óver psychische problematiek – bijvoorbeeld over derealisatie. Dit type kennis behelst ook propositionele kennis of *knowledge-that* (*know-that*).<sup>38</sup> Alles wat je leert uit je ervaringen – bijvoorbeeld met derealisatie – kan als ervaringskennis worden opgevat. Dit type kennis behelst ook praktische kennis of *knowledge-how* (*know-how*).<sup>39</sup>

Ter illustratie van het verschil tussen theoretische kennis en ervaringskennis, gebruik ik twee bekende gedachte-experimenten in de filosofische literatuur. Dit zijn Thomas Nagels *What is it like to be a bat?*<sup>40</sup> en Frank Jacksons *Mary the scientist*.<sup>41</sup> Nagel stelt de vraag naar hoe het is om een vleermuis te zijn, omdat vleermuizen de wereld hoogstwaarschijnlijk op een heel andere manier ervaren dan dat wij dat doen. Wanneer we zijn vraag zouden willen beantwoorden komen wij erachter dat we niet kunnen weten-hoe-het-is om een vleermuis te zijn, we hebben de ervaringskennis niet. Wel weten-we-dat een vleermuis echolocatie gebruikt om te navigeren. Met andere woorden: we kunnen wel theoretische kennis hebben over vleermuizen, maar geen ervaringskennis. In Jacksons *Mary the scientist* gedachte-experiment is Mary een wetenschapper die in een zwart-wit kamer is geboren en opgegroeid. Ze heeft van alles gelezen en bestudeerd over kleuren – heeft dus veel theoretische kennis over de kleur rood bijvoorbeeld – maar weet niet hoe het is om de kleur rood te ervaren. Wanneer Mary voor het eerst uit de zwart-wit kamer stapt en andere kleuren waarneemt, beargumenteert Jackson dan ook, doet Mary een nieuwe soort kennis op – ervaringskennis.<sup>42</sup> Kortom, ervaringskennis is niet te reduceren tot theoretische kennis en is op zichzelf waardevol. In de psychiatrie is het daarom ook van belang om naast theoretische kennis van psychische aandoeningen ook te focussen op de ervaringskennis van patiënten.

Naast theoretische kennis en ervaringskennis spreekt men in de psychiatrie ook vaak over *clinical knowledge*. Dit is kennis die de psychiater heeft over psychiatrische werkwijzen, oorzaken en behandelingen die een rol spelen bij een psychische stoornis.<sup>43</sup> Aangezien het hier gaat om kennis *over* psychische problemen, beschouw ik klinische kennis net als *know-that* in de rest van mijn thesis ook als onderdeel van de theoretische kennis van de psychiater. Ook wordt er gesproken over *knowledge-by-acquaintance* en *tacit knowledge* die een psychiater

---

<sup>38</sup> Roy Dings, "Experiential knowledge: From philosophical debate to health care practice?" *Journal of evaluation in clinical practice* 29, no.1 (2023): 1122, <https://doi.org/10.1111/jep.13845>.

<sup>39</sup> Roy Dings and Derek Strijbos, "Experiential knowledge in mental health care: A coherent concept?," in *Forms of knowledge: Essays on the heterogeneity of knowledge and understanding*, onder redactie van Lucy Campbell (Oxford: Oxford University Press, 2024), 1.

<sup>40</sup> Thomas Nagel, "What is it like to be a bat?," *The philosophical review* 83, no.3 (1974): 435-450, <http://links.jstor.org/sici?sici=0031-8108%28197410%2983%3A4%3C435%3AWIILTB%3E2.0.CO%3B2-Y>.

<sup>41</sup> Frank Jackson, "Epiphenomenal qualia," *The philosophical quarterly* 32, no.127 (1982): 127-136, <http://links.jstor.org/sici?sici=0031-8094%28198204%2932%3A127%3C127%3AEQ%3E2.0.CO%3B2-5>.

<sup>42</sup> Dings, "Experiential knowledge," 1122.

<sup>43</sup> Dings en Strijbos, "Experiential knowledge," 4.

kan hebben.<sup>44</sup> *Knowledge-by-acquaintance* benadrukt het soort kennis van zaken doordat je er bekend mee bent. Een psychiater heeft bijvoorbeeld *knowledge-by-acquaintance* als deze veel patiënten met derealisatieklachten heeft gezien. *Tacit knowledge* benadrukt het soort kennis die niet uit te drukken is in woorden. Een psychiater heeft bijvoorbeeld *tacit knowledge* wanneer deze in de omgang met diens patiënten, geen theorie heeft of niet kan omschrijven hoe deze weet wat te doen. Aangezien dit weer betrekking heeft op een subjectieve ervaring van *know-how*, zal ik er in het vervolg van uitgaan dat *knowledge-by-acquaintance* en *tacit knowledge* net als *know-how* ook bij ervaringskennis horen.

Er zou beargumenteerd kunnen worden dat ik hierdoor niet genoeg recht doe aan de complexiteit van deze – en andere – soorten kennis. Ik sluit me hier echter aan bij de pluralistische opvatting van ervaringskennis van Roy Dings en Derek Strijbos. Volgens hen bestaat ervaringskennis uit verschillende aspecten, zowel *know-how* als *knowledge-by-acquaintance*. Wanneer je ervaringskennis niet als pluralistisch zou opvatten, maar zou stellen dat het of alleen *know-how* of alleen *knowledge-by-acquaintance* of alleen *tacit knowledge* is, dan doe je volgens hen geen recht aan hoe pluralistisch ervaringskennis zich in de praktijk uit.<sup>45</sup>

Hierdoor is het belangrijk op te merken dat het object of de inhoud van de ervaringskennis van de patiënt een andere vorm kan aannemen dan die van de psychiater. De psychiater kan ervaringskennis hebben van hoe deze een patiënt moet behandelen, maar dat is anders dan ervaringskennis hebben van hoe het is om de derealisatie-diagnose te hebben zoals patiënt X dat heeft. In de rest van de thesis zal ik wanneer ik de verschillende varianten bespreek focussen op de ervaringskennis van de patiënt X van *what-it-is-like* om derealisatie te ervaren en de ervaringskennis van de psychiater van *what-it-is-like* om derealisatie te ervaren. Ik stel dat die ervaringskennis van de psychiater toch van een andere aard is dan die van patiënt X, omdat elke ervaring – zo ook de ervaringen van twee personen die beiden derealisatie hebben ervaren – toch uniek is in zijn *what-it-is-like-ness*.

Dus, twee belangrijke typen kennis in de psychiatrie zijn theoretische kennis en ervaringskennis. Doordat ervaringskennis subjectief is, kan de inhoud van de ervaringskennis van een patiënt anders zijn dan de ervaringskennis van een psychiater. Al met al is ervaringskennis dus een gecompliceerd concept en het is belangrijk daar recht aan te doen.

### §3.2 Afwezigheid van ervaringskennis

Nu de belangrijkste soorten kennis in de psychiatrie zijn uiteengezet beargumenteer ik dat het niet hebben van bepaalde ervaringskennis, als psychiater zijnde, problematisch zou zijn volgens de simulatietheorie. Voor radicale empathie zou dit niet problematisch zijn. In tegenstelling tot bij de simulatietheorie is voor radicale empathie ervaringskennis van hoe het is om iets te ervaren – waardoor je een ervaring zou kunnen simuleren – namelijk geen voorwaarde voor empathie, maar radicale empathie doet wel recht aan de ervaringskennis van de patiënt. Ik zal dit illustreren aan de hand van de in sectie 3.1 omschreven gedachte-experimenten.

---

<sup>44</sup> Christopher Winch, *Dimensions of expertise: A conceptual exploration of vocational knowledge* (London & New York: Continuum, 2010), 117.

<sup>45</sup> Dings en Strijbos, "Experiential knowledge," 15.

Om terug te komen op Nagels *What is it like to be a bat?* Als we een antwoord zouden willen geven op Nagels vraag zouden we ons verbeeldingsvermogen gebruiken om ons voor te stellen hoe een vleermuis zich gedraagt. Het beste dat we hieruit zouden halen is echter hoe het voor óns zou zijn om ons als een vleermuis te gedragen. Wat we nog steeds niet kunnen achterhalen is hoe het voor de vleermuis is om een vleermuis te zijn. De subjectieve ervaring van hoe het is om een vleermuis te zijn, en daarmee de kennis die we uit de ervaring zouden halen, is voor ons niet toegankelijk.<sup>46</sup> Dit illustreert het probleem van ervaringskennis in de psychiatrie. Hoe goed de psychiater in variant A van de casus ook zou proberen om zich in te beelden hoe het zou zijn om derealisatie te ervaren, de psychiater zal nooit weten hoe het is voor patiënt X om derealisatie te ervaren, omdat de psychiater zelf geen derealisatie heeft ervaren. Dit is precies waar de simulatietheorie tegen een probleem loopt, maar radicale empathie juist recht doet aan de ervaringskennis van patiënt X. Dit komt doordat het volgens de simulatietheorie voor empathie nodig is om ervaringen te simuleren, maar in het geval waarin de psychiater de ervaring zelf nooit heeft gehad wordt het lastig om die ervaring die patiënt X wel heeft, bij zichzelf te simuleren. Aangezien het bij radicale empathie niet draait om het simuleren van gelijke ervaringen, maar juist een waardering van de verschillende ervaringen centraal staat, doet deze theorie beter recht aan de ervaringskennis van patiënten.

Ook bij het voorbeeld van *Mary the scientist* is variant A van het scenario van patiënt X een goed geval waarin een psychiater wel theoretische kennis kan hebben van mentale stoornissen en symptomen die daarbij komen kijken. Mary en de psychiater missen echter de subjectieve ervaring van hoe het is om, respectievelijk, de kleur rood of derealisatie te ervaren. Je hebt als psychiater in dat geval dus geen ervaringskennis, de kennis die je opdoet door de subjectieve ervaring en het kan dus zelfs zo zijn dat dit soort kennis niet uit te drukken is in woorden (i.e. *tacit knowledge*) – zelf-narratieven van patiënten zouden een rol kunnen spelen in het kunnen overbrengen van ervaringskennis, in de discussie zal ik dit nog aankaarten. Ook dit voorbeeld illustreert waarom empathie als simulatie geen passende theorie is binnen dit kader. Dit omdat er niets is, geen ervaring van hoe het is om derealisatie te ervaren, om te simuleren. Dit is niet nodig of noodzakelijk om empathie te hebben volgens radicale empathie, wat maakt dat deze theorie wel recht kan doen aan de ervaringskennis van patiënten.

Dus, in gevallen zoals variant A waar de psychiater geen ervaringskennis heeft van een kwestie waar een patiënt dat wel heeft, is het lastig voor de psychiater om eenzelfde ervaring in zichzelf te simuleren. Dit is echter wel de voorwaarde voor simulatie-theoristen om empathie te kunnen hebben, dus stuiten zij hier op een probleem. Wanneer we empathie opvatten als radicale empathie kunnen we wél recht doen aan de ervaringskennis van patiënten, omdat het bij radicale empathie niet nodig is om een afstand te overbruggen. Tot dusver doet radicale empathie dus beter dan de simulatietheorie recht aan de ervaringskennis van patiënten in de psychiatrie.

### §3.3 Particuliere ervaringen en generalisering

Betekent dit dat een psychiater die naast theoretische kennis ook ervaringskennis heeft, wel gebruik zou kunnen maken van simulatie? Je zou kunnen stellen dat als de psychiater, zoals in

---

<sup>46</sup> Dings, "Experiential knowledge," 1121.

variant B, wel zelf ook weet hoe het is om derealisatie te ervaren, dus eenzelfde ervaring kan simuleren als patiënt X. In dat geval zouden we kunnen zeggen dat een psychiater met ervaringskennis automatisch meer in staat is om empathie op te brengen voor een patiënt dan iemand zonder. Ook zou je kunnen stellen dat die psychiater diens ervaringskennis ook kan toepassen op meerdere patiënten met derealisatie. Maar, is deze claim gegrond? Doe je daarmee wel recht aan de unieke ervaring van patiënt X? Volgens Dings en Strijbos is het probleem dat er een spanning is tussen de gegrondheid in de ervaring van ervaringskennis en de mate waarin ervaringskennis gegeneraliseerd of veralgemeniseerd kan worden om die veralgemeniseerde kennis te kunnen toepassen op een breder publiek. In *Experiential knowledge in mental health care: A coherent concept?* verwoorden Dings en Strijbos het probleem als volgt:

The challenge, then, is to clarify in a coherent and conceptually sound manner how [experiential knowledge] is both (essentially) dependent on the subject's particular lived experience [...], but at the same time relevant or valuable for therapeutic or policy interventions which concerns those (and arguably other) illness-type in general.<sup>47</sup>

Het probleem is helder: om generaliseringsen te kunnen maken die nuttig kunnen zijn om meerdere patiënten te kunnen helpen, moeten we abstraheren van de particuliere ervaringen van patiënten. Wanneer we dit doen, doen we echter geen recht aan de complexiteit en context van elke individuele situatie.<sup>48</sup> Radicale empathie kan hier beter dan de simulatietheorie een oplossing bieden, omdat het meer recht doet aan de unieke ervaring van de ander. Wanneer we niet proberen om ervaringen te simuleren, en ervaringen aan elkaar gelijk te maken, kunnen we namelijk juist de eigenheid van een dergelijke ervaring waarderen.

Ter uitbreiding, zelfs als de psychiater in variant B naast theoretische kennis wel ook zelf ervaring zou hebben met het hebben van de psychische derealisatieklachten doet de theorie van Ratcliffe meer recht aan de ervaringskennis van de patiënt dan de simulatietheorie. De reden hiervoor is dat je alsnog als psychiater zijnde een open houding aanneemt tegenover de patiënt (punt 3 in sectie 2.2). Het is namelijk altijd mogelijk dat er toch verschillen zijn tussen de ervaring van de psychiater en die van de patiënt. Ookal weten ze namelijk beiden hoe het is om derealisatie zelf te ervaren, dan nog weet de psychiater niet hoe het is voor patiënt X om derealisatie te ervaren. In het werk van Ross en Watling benadrukken psychiaters dan ook het belang van "maintaining open-mindedness that you don't know everything when you're walking in the room, because each person's experience of life and their illness is unique."<sup>49</sup> Ook schrijven Dings en Strijbos in *Experiential knowledge in mental health care: A coherent concept?* het volgende met betrekking op een fictieve patiënt Paul:

Given that although the experiences of those other people may be similar to Paul's in some sense (e.g. some elements of his illness), they may be dissimilar in other senses (e.g. personal or contextual characteristics may differ).<sup>50</sup>

Met name als je punt 5 (in sectie 2.2) van Ratcliffes radicale empathie in gedachten houdt (i.e. dat je de ervaring van de ander altijd in een context plaatst), wordt het belang van radicale

---

<sup>47</sup> Dings en Strijbos, "Experiential knowledge," 11-12.

<sup>48</sup> Dings en Strijbos, "Experiential knowledge," 18.

<sup>49</sup> Ross en Watling, "Use of empathy," 29.

<sup>50</sup> Dings en Strijbos, "Experiential knowledge," 26.

empathie nog zichtbaarder (zie ook hoofdstuk 5). De context waarbinnen de ervaring van de patiënt wordt geplaatst is uiteraard uniek. Er kan enigszins overlap zijn tussen de context van de psychiater en van de patiënt, maar de contexten – en dus de particuliere ervaringen – zullen nooit identiek te simuleren zijn. Zelfs wanneer de psychiater zelf dus ook weet hoe het is om derealisatie te ervaren en zelfs wanneer uit alle ervaringen van derealisatie algemene kennis geabstraheerd is, is het belangrijk voor de psychiater om (actief) volgens de principes van radicale empathie te blijven denken. Zo kan er toch recht worden gedaan aan de unieke contexten en ervaringen van patiënten.

Ook wordt het belang van radicale empathie voor particuliere ervaringen helderder wanneer we de focus leggen op begrijpen. Christoph Hoerl schrijft in *Understanding and explaining* het volgende:

[...] psychiatric disorders both seem to call for understanding at the same time as defying understanding. [...] to think that the patient could be understood “without remainder,” as it were, would constitute a failure to see psychic illness for what it is.<sup>51</sup>

Hieruit maak ik op dat het kunnen begrijpen van een patiënt met een psychische stoornis – en ik pas dit toe op de manier waarop simulatie-theoristen empathisch zouden begrijpen – enerzijds nuttig kan zijn, maar aan de andere kant juist problematisch is. Het is problematisch, omdat als je een patiënt met een bepaalde psychische stoornis echt in de kern kunt begrijpen in de zin dat je empathisch kunt simuleren hoe het is om die stoornis te ervaren, je die psychische stoornis niet meer zou kunnen zien voor wat het is. De psychiater in variant B die ook derealisatie ervaart en daarin claimt patiënt X volledig (empathisch) te kunnen begrijpen, heeft dan dus geen distantie meer ten opzichte van de derealisatie. Wanneer empathie echter niet als simulatie wordt opgevat, is ook deze spanning te verhelpen. Er gaat namelijk iets specifiek verloren wanneer we denken dat we iemand volledig kunnen begrijpen. Het is niet alleen zo dat het niet mogelijk is om de ervaring van iemand écht te begrijpen, pretenderen alsof dit zo is, maakt ook dat we niet recht doen aan de eigenheid van de patiënt en diens specifieke ervaringen.

Dus, ook als de psychiater zoals in variant B zelf ervaringen van derealisatie heeft, behoudt de psychiater die radicale empathie beoefent wel nog een distantie. Op deze manier erkent de psychiater die radicale empathie hanteert dat de derealisatie ervaring van patiënt X toch uniek is en doet daarmee beter recht aan de ervaringskennis van patiënt X dan een simulatie-theorist.

### *§3.4 Het domein van het onbegrijpelijke*

Tot slot richt ik me op nog één probleem waar ervaringskennis een rol in speelt, namelijk in Jaspers domein van het onbegrijpelijke. Dit domein duidt op bepaalde wanen die volgens Jaspers simpelweg nooit begrepen kunnen worden. Hij maakt een onderscheid tussen primaire wanen en secundaire wanen. Door Lisa Bortolotti wordt het onderscheid als volgt

---

<sup>51</sup> Christoph Hoerl, “Understanding and explaining,” in *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology*, onder redactie van M. Broome, A. Raballo, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, & R. Rosfort (Oxford: Oxford University Press, 2019), 506.

geduid. “Depending on whether the delusion has some understandable origin and we can defend it with arguments, it can be described as *primary* or *secondary*.”<sup>52</sup> Primaire wanen zijn wanen die ontstaan zonder dat we daar een eenduidige reden voor kunnen aanwijzen. Secundaire wanen worden volgens Jaspers beïnvloed door de context waarin de patiënt zich bevindt, denk hierbij aan andere ervaringen of psychische aandoeningen die de patiënt op dat moment heeft. Dat we voor primaire wanen geen eenduidige reden kunnen aanwijzen voor waarom ze ontstaan, maakt dan ook dat ze volgens hem onbegrijpelijk zijn en zullen blijven.<sup>53</sup> Dus, wanneer niet met het verstand en door redeneren valt uit te leggen waarom of hoe een waan ontstaat, valt het in het domein van het onbegrijpelijke.

Wat heeft dit te maken met opvattingen over empathie in de psychiatrie? Als bepaald gedrag of bepaalde overtuigingen onbegrijpelijk zijn zoals Jaspers stelt, dan zou het volgens de simulatietheorie niet mogelijk zijn om er empathie voor op te brengen. Volgens de simulatietheorie is het immers zo dat je empathie kunt hebben door jezelf te verplaatsen in de ervaringen van een ander, maar als de ervaringen van de ander onbegrijpelijk zijn dan kun je niet simuleren hoe het is om die ervaring zelf ook te hebben. Wanneer we empathie echter zien volgens de principes van radicale empathie, kunnen we recht doen aan de ervaringskennis van de patiënt – die eigenlijk als onbegrijpelijk zou worden beschouwd – en blijkt het probleem van het onbegrijpelijke minder relevant.

Wanneer we dit betrekken op de casus van patiënt X tot dusver, dus in varianten A en B, hoeft het niet per se zo te zijn dat derealisatie binnen het domein van het onbegrijpelijke valt. De psychiater zou zich immers kunnen voorstellen hoe het is om derealisatie te ervaren en weet uit omgang met patiënten met derealisatie dat het vaak uit een trauma ontstaat – wat de reden is voor derealisatie. Wanneer we echter het extra detail in variant C in acht nemen, lijkt de derealisatie wellicht toch overeenkomsten te vertonen met de primaire wanen van Jaspers. Dat wil zeggen, patiënt X ervaart de werkelijkheid door derealisatie niet zoals deze is en er is ook niet te redeneren waarom of hoe de derealisatie is ontstaan. Dit zijn de eigenschappen van primaire wanen voor Jaspers. Maakt het feit dat de derealisatie nu in het domein van het onbegrijpelijke valt dan ook dat het niet mogelijk is voor de psychiater om empathie te hebben voor patiënt X en recht te doen aan diens ervaringskennis?

Wederom biedt de theorie van Ratcliffe hier beter een oplossing dan de simulatietheorie, omdat het bij radicale empathie niet nodig is om een bepaalde afstand te overbruggen tot iemand die andere ervaringen heeft dan jij. Je kunt je afvragen of bepaalde ervaringen plotseling toch begrijpelijk worden, of dat begrijpen zelf minder belangrijk wordt. Ik zou zeggen dat het stellen van die vraag niet meer gegrond is, omdat het probleem van Jaspers met de principes van radicale empathie minder relevant is geworden: het is niet nodig om ervaringen te kunnen simuleren, dus het is niet relevant of het om een ‘onbegrijpelijke’ ervaring gaat.

Uit dit hoofdstuk is dus gebleken dat radicale empathie - beter dan/in tegenstelling tot simulatietheorie - meer recht doet aan de ervaringskennis en particuliere ervaringen van

---

<sup>52</sup> Lisa Bortolotti, *Stanford encyclopedia of philosophy*, “Delusion,” laatst aangepast op 5 mei 2022, <https://plato.stanford.edu/archives/sum2022/entries/delusion/>.

<sup>53</sup> Karl Jaspers, *General psychopathology*, vertaald door J. Hoenig en Marian W. Hamilton (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997), 93-161.

patiënten. Ook wordt het probleem van het domein van het onbegrijpelijke minder relevant als we empathie opvatten als radicale empathie. Vanaf nu zal ik in de rest van de thesis dan ook uitsluitend focussen op radicale empathie.

#### §4. Een weerlegging van mogelijke gevaren van empathie

Naast theorieën die voor het belang van empathie in de psychiatrie argumenteren, zijn er ook tegenstanders van het idee dat empathie überhaupt een rol zou moeten spelen in de psychiatrische praktijk. Ik focus hier op één recente kritiek op empathie, namelijk die van Lucienne Spencer en Matthew Broome uit hun artikel getiteld *The epistemic harms of empathy in phenomenological psychopathology*. De reden om specifiek dit artikel te bespreken, is dat hun kritiek zich expliciet op de radicale empathie-benadering van Ratcliffe richt. Daarnaast beargumenteer ik dat het alternatief wat zij voorstellen voor empathie – *virtuous listening* – juist Ratcliffe's positie ondersteunt.

Het eerste kritiekpunt waarschuwt voor het gevaar van misdiagnose als gevolg van empathisch begrip. In de tekst wordt geschreven over een psychiater die volgens Spencer en Broome wel theoretische kennis van een psychische stoornis heeft, maar geen ervaringskennis. De psychiater heeft namelijk niet dezelfde geleefde ervaring die de patiënt met de psychische stoornis heeft. Dit is te vergelijken met variant A van de casus. Volgens Spencer en Broome kan de psychiater door middel van empathisch begrip pogen om toch ook tot die ervaringskennis van de patiënt te komen. Wanneer dit gebeurt kan dit volgens hen echter juist fout uitpakken en resulteren in de misdiagnose van de patiënt. Dit komt volgens hen simpelweg door het onvermogen van 'een gezond persoon' om zich voor te stellen hoe een patiënt met psychische klachten het alledaagse leven ervaart. Dus, een poging van de psychiater om die ervaring van de patiënt ook vanuit een eerste-persoons perspectief aan te nemen, om dus zelf de ervaringskennis te hebben van hoe het is om de psychische stoornis zelf te hebben, resulteert er volgens Spencer en Broome in dat de aandoening door de psychiater foutief wordt gerepresenteerd.<sup>54</sup>

Dit kritiekpunt houdt in mijn optiek echter geen stand tegen radicale empathie. Uit wat Spencer en Broome hier schrijven, lijkt empathie te worden opgevat als expliciete simulatie. Het proberen aan te nemen van het eerste-persoons perspectief van de patiënt is bij uitstek iets waar simulatie-theoristen voor pleiten. Bij radicale empathie probeer je niet om ervaringen te simuleren, maar erken je dat er een distantie is tussen de perspectieven van de psychiater en die van de patiënt. Wanneer we het toepassen op de casus van patiënt X, dan zou de psychiater inzien dat er altijd een afstand en verschil zal zijn in de ervaringskennis van patiënt X en van de psychiater zelf. De psychiater zou in tegenstelling tot wat Spencer en Broome suggereren dus niet proberen om ook tot de ervaringskennis van derealisatie van de patiënt te komen. Wanneer we empathie opvatten als radicale empathie is er dus geen sprake van dit gevaar. Uiteraard kan er als nog misdiagnose plaatsvinden, maar dat zal niet het directe gevolg zijn van radicale empathie.

Het tweede kritiekpunt uit de tekst wijst op het gevaar voor *epistemic co-opting*. Het bestaat eruit dat de psychiater erin gelooft dat er sprake is van gelijkwaardige ervaringskennis tussen de psychiater en de patiënt, terwijl de psychiater dus niet dezelfde ervaringskennis heeft van de psychische stoornis als de patiënt. Spencer en Broome noemen dit fenomeen dus *epistemic co-opting* (vertaald naar epistemische cohabitatie).<sup>55</sup> Wanneer de psychiater dus claimt dat diegene dezelfde ervaringskennis heeft als de patiënt, dan cohabiteert de psychiater volgens

---

<sup>54</sup> Spencer en Broome, "The epistemic harms of empathy," 11-12.

<sup>55</sup> Spencer en Broome, "The epistemic harms of empathy," 12-14.

hen met de patiënt als kenner van de psychische stoornis in kwestie. In het geval van patiënt X heeft de patiënt de status 'kenner van derealisatie ervaringen'. De psychiater zou deze status ook aan zichzelf toeschrijven door te claimen dat deze ook een kenner van derealisatie is. De psychiater cohabiteert dan dus met patiënt X in de status van kenner van derealisatie ervaringen zijn. Volgens Miranda Fricker is het soms zelfs zo dat de psychiater in zulke gevallen de patiënt 'degradeert' en niet meer erkent als een kenner.<sup>56</sup>

Ook dit kritiekpunt houdt mijns inziens niet stand tegen radicale empathie, omdat de psychiater juist zou erkennen dat diegene zelf niet het soort ervaringskennis heeft als patiënt X met derealisatie dat bijvoorbeeld heeft. De psychiater die radicale empathie uitoefent zou rekening houden met verschillen met de patiënt, omdat de ervaring van de patiënt een heel andere, unieke, achtergrond van context kan hebben. Ratcliffe zegt in *Empathy without simulation* tevens het volgende:

Even if one manages to construct an accurate account of what she is experiencing, such hastiness can disrupt a longer-term process, giving the target person a sense of not being understood, of not being engaged with in the right way.<sup>57</sup>

Een psychiater die empathie als radicale empathie opvat zou dus nooit stellen dat de patiënt geen kenner is of geen andere soort ervaringskennis heeft van de betreffende psychische stoornis. De psychiater zou juist erkennen dat de ervaringskennis van de patiënt verschilt van diens eigen ervaringskennis. Bij radicale empathie is er dus geen sprake van epistemische cohabitatie.

Met hun derde kritiekpunt waarschuwen Spencer en Broome voor epistemische objectificatie. Epistemische objectificatie vindt plaats wanneer de patiënt door de psychiater niet erkend wordt als een persoon als zodanig, maar slechts wordt gezien als een bron voor informatie.<sup>58</sup> In het geval van patiënt X zou de psychiater de patiënt dus alleen gebruiken om zo meer informatie op te doen over hoe derealisatie bijvoorbeeld ontwikkelt. Het zou de psychiater er in dat geval niet per se om gaan dat patiënt X zich gehoord voelt of geholpen wordt, de ervaringskennis van patiënt X wordt enkel gebruikt ten behoeve van informatie winning.

Dit laatste kritiekpunt houdt ook geen stand tegen radicale empathie, omdat een psychiater die radicale empathie beoefent inziet dat het vormen van empathische begrip een proces is dat ontstaat in een dialoog tussen psychiater en patiënt (zie punt 4 in sectie 2.2). De informatie die uit de dialoog voortkomt wordt niet gebruikt als doel op zich, maar wordt door de psychiater als middel gebruikt om weer verdere dialoog in gang te zetten om de patiënt met derealisatie empathisch te kunnen begrijpen. Dit alles wijst er dus niet op dat radicale empathie leidt tot objectificatie van de patiënt.

---

<sup>56</sup> Miranda Fricker, *Epistemic injustice: Power & the ethics of knowing* (Oxford: Oxford University Press, 2007), 44.

<sup>57</sup> Ratcliffe, "Empathy without simulation," 15.

<sup>58</sup> Spencer en Broome, "The epistemic harms of empathy," 14-16.

Tevens geven Spencer en Broome een alternatief voor empathisch begrip in de psychiatrie. Het gaat om het concept dat eerder is bedacht door Fricker, namelijk *virtuous listening*.<sup>59</sup> Hoewel dit concept wordt gepresenteerd als *alternatief* voor empathie, zal ik beargumenteren dat er juist een link te vinden is tussen *virtuous listening* en de radicale empathie van Ratcliffe. Fricker omschrijft het concept in haar werk *Epistemic injustice: Power & the ethics of knowing* als “[t]he primary conception of the virtuous hearer must be that of someone who reliably succeeds in correcting for the influence of prejudice in her credibility judgements.”<sup>60</sup> Dit concept past goed bij radicale empathie, omdat ten eerste een (actieve) luisterhouding aannemen bij de definitie van radicale empathie hoort (zie punten 2 en 4 in sectie 2.2) Zo schrijft Ratcliffe in *Empathy without simulation* dat:

Empathy often requires patience and listening. It can involve allowing the other person to relate and experience herself, rather than rushing in to tell her that one has understood what she’s going through.<sup>61</sup>

Ten twee zou radicale empathie ook kunnen bijdragen aan minder vooroordelen tegenover een ander, omdat er rekening wordt gehouden met contextuele factoren van iemands ervaringen en verschillend zijn niet als iets negatiefs wordt opgevat. Dus de psychiater die empathie als radicale empathie opvat, zou minder vooroordelen ten op zichte van diens patiënt kunnen hebben dan een psychiater die de simulatietheorie aanhangt (hierover meer in de discussie).

Uit dit hoofdstuk is gebleken dat Spencer en Broome claimen dat empathisch begrijpen in de psychiatrie kan leiden tot het maken van fouten, waardoor onder andere misdiagnose kan plaatsvinden. Ook zijn zij van mening dat empathisch begrip kan leiden tot epistemische cohabitatatie of epistemische objectificatie. In dit hoofdstuk heb ik echter laten zien dat geen van hun kritiekpunten standhouden tegen Ratcliffes radicale empathie en dat hun oplossing ter vervanging van empathisch begrip juist heel goed in te bedden is binnen radicale empathie.

---

<sup>59</sup> Lucienne Spencer en Matthew Broome, “The epistemic harms of empathy in phenomenological psychopathology,” *Phenomenology and the cognitive sciences* (2023): 17, <https://doi.org/10.1007/s11097-023-09930-1>.

<sup>60</sup> Fricker, *Epistemic injustice*, 5.

<sup>61</sup> Ratcliffe, “Empathy without simulation,” 15.

## §5. Radicale empathie en verklarende modellen

In dit hoofdstuk zal ik ingaan op de rol van verklarende modellen in radicale empathie. Jaspers maakte een strikt onderscheid tussen empathisch begrijpen (*Verstehen*) en verklaren (*Erklären*).<sup>62</sup> Dit onderscheid is heel invloedrijk geweest binnen de (filosofie van de) psychiatrie. In *General psychopathology* verwoordt Jaspers dit onderscheid als volgt:

1. We sink ourselves into the psychic situation and *understand genetically by empathy* how one psychic event emerges from another. 2. We find by repeated experience that a number of phenomena are regularly linked together, and on this basis *we explain causally*.<sup>63</sup>

Het concept verklaren slaat volgens zijn onderscheid dus meer op de oorzakelijke verbanden die we ontdekken aan de hand van herhaaldelijke gebeurtenissen. Het concept begrijpen slaat juist op het invoelen van hoe een psychische gebeurtenis uit een andere ontstaat. Je zou dus in lijn met sectie 3.3 ook kunnen stellen dat er hier sprake is van een onderscheid tussen particuliere en veralgemeniseerde ervaringen. Ook Hoerl stelt dat Jaspers *Verstehen* (begrijpen) over particuliere causale claims gaat – bijvoorbeeld ‘de trauma van patiënt X heeft geleid tot diens derealisatie’ – en dat *Erklären* (verklaren) over generaliseerbare causale claims gaat<sup>64</sup> – bijvoorbeeld ‘trauma leidt tot derealisatie’. In *Understanding and explaining* schrijft Hoerl hierover het volgende:

More specifically, understanding is obtained in the course of exercising empathy, or “sinking ourselves into the psychic situation” of the other person (Jaspers 1997:301<sup>65</sup>), whereas explaining is based on drawing inductive inferences from the observation of regularities.<sup>66</sup>

Toch lijkt in tegenstelling tot het strikte onderscheid dat Jaspers maakt tussen (empathisch) begrijpen en verklaren, verklaren weldegelijk van belang te kunnen zijn voor empathie en andersom. Ten eerste is het originele onderscheid tussen *Verstehen* en *Erklären* zoals gesteld door Jaspers conceptueel onduidelijk. Zo schrijft Hoerl in *Understanding and explaining* dat begrijpen en verklaren zoals Jaspers beschrijft toch niet zo helder van elkaar te onderscheiden zijn. Begrijpen wordt door Jaspers namelijk soms ook beschreven in termen van causaliteit, een eigenschap die hij eigenlijk juist toeschrijft aan verklaren.<sup>67</sup> Ten tweede lijkt het hebben van een verklaring voor iemands gedrag invloed te kunnen hebben op de mate van empathie die we voor deze persoon kunnen opbrengen. Zo schrijven Mitchell G. Weiss en Daryl Somma in *Explanatory models in psychiatry* “Attention to explanatory models remains as much a priority as ever, because working with them enhances empathy, respect and a therapeutic alliance.”<sup>68</sup>

Nu het belang van verklaren voor empathie duidelijk is zal ik twee soorten verklarende modellen in de psychiatrie uiteenzetten en beargumenteren welke het beste past bij radicale

---

<sup>62</sup> Jaspers, *General psychopathology*, 302-303.

<sup>63</sup> Jaspers, *General psychopathology*, 301.

<sup>64</sup> Hoerl, “Understanding and explaining,” 504.

<sup>65</sup> Jaspers, *General psychopathology*, 301.

<sup>66</sup> Hoerl, “Understanding and explaining,” 503.

<sup>67</sup> Hoerl, “Understanding and explaining,” 502-510.

<sup>68</sup> Mitchell G. Weiss en Daryl Somma, “Explanatory models in psychiatry,” in *Textbook of cultural psychiatry*, onder redactie van Dinesh Bhugra and Kamaldeep Bhui (Cambridge: Cambridge University Press, 2007), 137.

empathie. Er zijn meerdere verklarende modellen van psychische stoornissen, maar het kader van deze scriptie in acht genomen volstaat het om een reductionistisch versus holistisch model uiteen te zetten omdat deze modellen het grootste contrast bieden. Meer specifiek zal ik focussen op het neuro-reductionistisch en enactivistisch model in secties 5.1 en 5.2, respectievelijk.

### §5.1 Het neuro-reductionistische model

Reductionistische modellen verklaren psychische stoornissen door de primaire oorzaak van een psychische stoornis te reduceren tot één bepaald domein. Met andere woorden, reductionistische modellen stellen dat psychische stoornissen één onderliggende oorzaak hebben. Momenteel is een populair reductionistisch model in de psychiatrie het neuro-reductionistische model.<sup>69</sup> In het geval van het neuro-reductionistische model is de primaire oorzaak van een psychische stoornis een stoornis in het brein. Dat maakt dat symptomen van psychische stoornissen dus een expressie zijn van die verstoring van breinprocessen. Andere mogelijke oorzaken voor psychische stoornissen – denk bijvoorbeeld aan culturele of existentiële oorzaken – zijn voor dit verklarende model enkel relevant wanneer deze invloed hebben op hersenprocessen. Uiteindelijk ligt de focus volgens dit model dus op (dysfunctionele) onderliggende neurale mechanismen.<sup>70</sup> Het neuro-reductionistisch model wordt ook aangehangen als verklarend model voor derealisatie.<sup>71</sup> In het *Tijdschrift voor psychiatrie* schrijven neurochirurgen en psychiaters van het Twee Steden Ziekenhuis Tilburg over dissociatieve stoornissen, waaronder derealisatie, het volgende:

Over de etiologie van een derealisatiestoornis is voornamelijk nog weinig bekend. Wel zijn er enkele theorieën. Men vermoedt onder andere een betrokkenheid van verschillende neurotransmittersystemen. [...] Op basis van een neurobiologisch verklarend model van de stoornis, gevolgd door klinisch onderzoek met beeldvorming (fMRI) en elektrodermale responsiviteit (*skin conductance response*; SCR) is aangetoond dat patiënten met een depersonalisatie-derealisatiestoornis een verminderde activiteit van de insula en de limbische en visuele associatiecortex hebben.<sup>72</sup>

In hoeverre sluit het neuro-reductionistische model aan op radicale empathie in de psychiatrie? Ten eerste, zoals in sectie 2.2 beschreven, staat bij radicale empathie centraal dat de psychiater een open houding aanneemt ten opzichte van de patiënt (punt 2). Zo schept de psychiater ruimte voor de patiënt om complexe gedachten, gevoelens en ervaringen kenbaar te maken en om ze samen te exploreren. Als de oorzaken van psychische stoornissen echter gereduceerd worden tot brein processen, dan worden andere mogelijke verklaringen voor psychische stoornissen minder belangrijk geacht.<sup>73</sup> Wanneer de verklaring voor de derealisatie symptomen van patiënt X bijvoorbeeld enkel in het brein wordt gezocht, is het lastiger om recht te doen aan die open houding en het exploratieve proces tussen psychiater en patiënt X,

---

<sup>69</sup> Sanneke de Haan, "An enactive approach to psychiatry," *Philosophy, psychiatry & psychology* 27, no.1 (2020): 4, <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0001>.

<sup>70</sup> De Haan, "An enactive approach," 4.

<sup>71</sup> Daphne Simeon, "Depersonalisation disorder. A contemporary overview," *CNS Drugs* 18, no.6 (2004): 343-354. <https://doi.org/10.2165/00023210-200418060-00002>.

<sup>72</sup> Mirelle van den Berg, Dirk de Knijff, Guus Beute en Joachim Tilanus, "rTMS bij een patiënt met een derealisatie-stoornis; een experimentele behandeling," *Tijdschrift voor Psychiatrie* 65, no.2 (2023): 120, <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/6/65-2023-2-artikel-berg.pdf>.

<sup>73</sup> De Haan, "An enactive approach," 5.

wat van belang is voor radicale empathie. Wanneer de derealisatie van patiënt X bijvoorbeeld is ontstaan uit een traumatische ervaring, wordt er door het neuro-reductionistische model minder aandacht besteed aan die traumatische ervaring zelf en hoeft er geen dialoog over plaats te vinden aangezien er uiteindelijk toch een eenduidige oorzaak in het brein aan te wijzen is. Dus, een neuro-reductionistisch model lijkt in dit opzicht niet te resoneren met radicale empathie.

Ten tweede, wordt er bij een neuro-reductionistisch model minder aandacht besteed aan eventuele contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de psychische stoornissen van een patiënt. Denk weer aan punt 5 van radicale empathie: wanneer we empathie hebben voor een ander, plaatsen we die ervaringen in een bredere context, aldus Ratcliffe.<sup>74</sup> In het geval van patiënt X houdt de psychiater bij radicale empathie ook rekening met de context waarbinnen de ervaringen van patiënt X aan de orde zijn – denk weer aan cultuur of existentiële zorgen. Dit allemaal wordt door een neuro-reductionistisch verklarend model van psychische stoornissen dus minder belangrijk geacht, omdat volgens dit model eventuele contextuele factoren enkel van belang zijn als ze uiteindelijk invloed uitoefenen op het brein. Dus, ook in dit opzicht sluit een neuro-reductionistisch model niet goed aan bij radicale empathie.

Ten derde, waar bij radicale empathie zoals beargumenteerd in hoofdstuk 3 recht wordt gedaan aan de particuliere ervaringen en ervaringskennis van de patiënt, doet een neuro-reductionistisch verklarend model dat niet genoeg. De ervaring van de patiënt doet er in zekere zin enkel toe, voor zoverre dit over symptomen van derealisatie zou gaan die terug te herleiden zijn naar verstoringen in breinprocessen.<sup>75</sup> Patiënt X kan dus allerlei kennis hebben opgedaan uit de ervaring over hoe het is om derealisatie te ervaren, maar daar wordt in mindere mate recht aan gedaan door het reductionistische model doordat het gereduceerd wordt tot het brein. Wederom past een neuro-reductionistisch model dus niet bij de uitgangspunten van radicale empathie.

Volgens Matthew Lebowitz en Woo-kyoung Ahn kan een biologisch (reductionistisch) verklarend model zelfs empathie verminderen. In *Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians* schrijven ze hierover het volgende:

Conventional wisdom suggests that biological explanations reduce perceived blameworthiness against those with mental disorders, which could increase empathy. Yet, conceptualizing mental disorders biologically can cast patients as physiologically different from “normal” people and as governed by genetic or neurochemical abnormalities instead of their own human agency, which can engender negative social attitudes and dehumanization. This suggests that biological explanations might actually decrease empathy.<sup>76</sup>

Lebowitz en Ahn geven in hun onderzoek geen definitie van empathie. Als we empathie opvatten als radicale empathie is echter wel te beargumenteren dat een biologisch (reductionistisch) verklarend model, zoals door hen gesteld, kan leiden tot vermindering van empathie. Bij radicale empathie is één van de uitgangspunten immers dat ervaringen van

---

<sup>74</sup> Ratcliffe, “Empathy without simulation,” 8.

<sup>75</sup> De Haan, “An enactive approach,” 5.

<sup>76</sup> Matthew Lebowitz en Woo-kyoung Ahn, “Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians’ empathy” *PNAS* 111, no.50 (2014): 17786, <https://doi.org/10.1073/pnas.1414058111>.

patiënten in een context worden geplaatst (zie punt 5 in sectie 2.2). Op deze context wordt echter minder gefocust wanneer de oorzaak van een psychische stoornis wordt gereduceerd tot een verstoring in het brein. Dus, het aanhouden van een neuro-reductionistisch verklarend model van psychische stoornissen sluit niet goed aan op het hebben van radicale empathie voor een cliënt, en kan radicale empathie zelfs in de weg staan.

### §5.2 *Het enactivistische model*

Volgens de filosoof Sanneke de Haan ontbreekt in de psychiatrie een holistisch verklarend kader dat perspectief biedt op de aard en oorzaken van psychische stoornissen. De huidige modellen, zoals bijvoorbeeld het neuro-reductionistische model, zien volgens haar ofwel minstens één dimensie van psychische stoornissen over het hoofd, ofwel de interactie tussen die dimensies.<sup>77</sup> De Haan biedt daartoe een enactivistische aanpak aan die zich richt op de vele aspecten die bij een psychische aandoening komen kijken en werkt deze uitvoerig uit in haar boek *Enactive psychiatry*.<sup>78</sup> Uiteraard zijn er andere denkers die ook een enactivistische visie hebben verwoord, zoals Kristopher Nielsen.<sup>79</sup> Ik focus echter op die van De Haan, omdat Nielsen de focus legt op theoretische aspecten van cognitie waar De Haans enactivistische visie beter toe te passen is in de praktijk en in klinische contexten.

In tegenstelling tot reductionistische verklarende modellen is het bij een enactivistisch model zo dat er rekening wordt gehouden met meerdere factoren die niet te reduceren zijn tot één domein, omdat ze allemaal invloed op elkaar uitoefenen. Hierdoor kan er geen eenduidige verklaring worden gegeven voor een psychische stoornis, maar wel een dynamische en holistische verklaring. De Haan borduurt in haar werk voort op het enactivisme zoals deze werd geïntroduceerd door Varela, Thompson en Rosch in 1991.<sup>80</sup> Psychische stoornissen definieert ze in *An enactive approach to psychiatry* als volgt:

From an enactive perspective, psychiatric disorders can be seen as disorders of sense-making. That is, in psychiatric disorders, the evaluative interactions of a person and her world go astray. These interactions may include the person's thoughts, feelings, and/or behavior – toward the world and/or to herself. On a very general level we can say that the way in which the person makes sense of her world is biased in a specific direction: the world appears overly threatening, or meaningless, or meaningful, or chaotic.<sup>81</sup>

Wat uit bovenstaand citaat kan worden opgemaakt is dat een psychische stoornis volgens De Haan dus vooral draait om hoe onze 'zingeving' – bij gebrek aan een betere vertaling van het woord *sense-making* – van de wereld om ons heen plaatsvindt. Een stoornis is een patroon van verstoringen van zingeving en niet slechts een enkele instantie waarin de zingeving van een persoon verstoord is. Als je een keer chaos ervaart dan hoeft dat niet meteen te duiden op een psychische stoornis en uiteraard is er objectief gesproken geen juiste of onjuiste manier van zingeving. 'Juist' of 'onjuist' impliceren namelijk iets normatiefs en normen zijn niet

---

<sup>77</sup> De Haan, "An enactive approach," 6.

<sup>78</sup> De Haan, Sanneke, *Enactive psychiatry* (Cambridge: Cambridge University Press, 2020).

<sup>79</sup> Kristopher Niels, "Comparing two enactive perspectives on mental disorder," *Philosophy, psychiatry, & psychology* 28, no. 3 (2021): 175-185, <https://doi.org/10.1353/ppp.2021.0028>.

<sup>80</sup> De Haan, "An enactive approach," 6.

<sup>81</sup> De Haan, "An enactive approach," 10.

universeel en kunnen bovendien voortdurend veranderen.<sup>82</sup> Relatief gesproken, wanneer het langdurig het geval is dat de zingeving van iemand anders is dan normaal voor die persoon zoals de derealisatie van patiënt X – en er dus sprake is van een patroon – dan kan dit wel betekenen dat er sprake is van een stoornis in zingeving en dus van een psychische stoornis. Volgens een enactivistisch model zou de derealisatie daarom verklaard kunnen worden door een disruptieve interactie van patiënt X met de omgeving.

Nu we De Haans opvatting van psychische stoornissen helder hebben, kunnen we ingaan op de verschillende dimensies die de enactivistische aanpak van belang acht. Specifiek gaat De Haan in op vier (met elkaar interacterende) dimensies van psychische stoornissen, namelijk de fysiologische, ervaringsgerichte, socioculturele en existentiële dimensie. Het *fysiologische* domein behelst alles wat er fysiek aan de hand is bij een patiënt. Je kunt hierbij denken aan neurale processen, maar ook tekorten in vitamines of een hormonale disbalans. Het *ervaringsgerichte*, ook wel het psychologische, domein wordt vaak tegenover het fysiologische domein geplaatst. Ook wordt dit domein soms, bij uitstek in een enactivistisch model, als wisselwerking met het fysiologische opgevat. Het ervaringsgerichte domein behelst bijvoorbeeld contemplaties, relationele conflicten of trauma's.<sup>83</sup> Het *socioculturele* domein behelst onze sociale interacties, cultuur en socioculturele normen.<sup>84</sup> Tot slot beslaat het *existentiële* domein onze waarden, verwachtingen, angsten et cetera. Hier draait het dus om de evaluatieve relatie tot onszelf.<sup>85</sup> Deze vier domeinen oefenen volgens het enactivisme onderling invloed op elkaar uit "[o]ur expectations can influence the effect of medication, our fear of future harm influences our behavior, our shame affects our posture as well as our social interactions."<sup>86</sup> De Haan schrijft over de dimensies het volgende:

The appeal of the enactivist approach is that the concept of sense-making already integrates them. That is, we can understand persons and their sense-making only if we take into account their bodily nature and their fundamental embeddedness in their social world. The four dimensions refer to different excerpts of this one complex person-world system, at different levels of zooming in. When it comes to sense-making, the person-in-interaction-with-her-world is the proper unit, the dynamic system of which all dimensions are part. Thus, from an enactive perspective none of the four dimensions can be understood in isolation from the other three.

Dit fragment benadrukt dat een patiënt niet van de omgeving geïsoleerd kan worden opgevat. Je bent immers altijd in interactie met de dingen om je heen, als een systeem dat bestaat uit jou en jouw omgeving in interactie met elkaar. De vier dimensies waar De Haan zich om bekommert maken allemaal deel uit van dat systeem en het ligt er maar net aan welke bril je opzet – op welke dimensie je focust.

In hoeverre sluit het enactivistisch verklarend model aan bij radicale empathie in de psychiatrie? Nu ik de voornaamste principes van het enactivistische model van psychiatrische stoornissen heb geschetst, zal ik beargumenteren dat dit model wel goed past bij radicale empathie. Ten eerste, stel ik dat wanneer een psychiater een enactivistisch verklarend model aanhangt, deze open-minded blijft en er meer ruimte is voor een open houding en een

---

<sup>82</sup> De Haan, "An enactive approach," 11.

<sup>83</sup> De Haan, "An enactive approach," 12-16.

<sup>84</sup> De Haan, "An enactive approach," 17-18.

<sup>85</sup> De Haan, "An enactive approach," 18.

<sup>86</sup> Idem

exploratief proces tussen psychiater en patiënt. Dit komt doordat in een enactivistisch model, mogelijke oorzaken van psychische stoornissen niet worden gereduceerd tot slechts één aspect. Er is hierdoor dus ruimte om meerdere mogelijke oorzaken voor de derealisatieklachten van patiënt X te verkennen. Net als bij radicale empathie wordt er een proces aangegaan (zie punt 2 van radicale empathie in sectie 2.2). Een enactivistisch verklarend model sluit in dit opzicht dus goed aan bij radicale empathie.

Ten tweede, is het voor radicale empathie essentieel dat de psychiater de ervaringen van patiënt X niet als één afzonderlijk aspect in isolatie beschouwt, maar deze juist in een context plaatst (zie punt 5 in sectie 2.2). Deze context wordt opgemaakt uit al die dimensies waar de Haan over schrijft. De psychiater let in tegenstelling tot bij het neuro-reductionistische model dus niet voornamelijk op de breinprocessen die mogelijk verstoord zijn bij patiënt X, maar ziet in dat existentiële zorgen, socioculturele factoren en het subjectieve ervaringsgevoel van derealisatie allemaal onderling elkaar beïnvloeden. Kortom, de psychiater plaatst de ervaring van derealisatie van patiënt X net als bij radicale empathie in een brede context. Ook in dit opzicht sluit een enactivistisch model goed aan bij radicale empathie.

Ten derde, stel ik dat er meer dan bij een reductionistisch verklarend aandacht is voor de particuliere ervaringen en ervaringskennis van de patiënt. Doordat er gekeken wordt naar vier verschillende dimensies, wordt er rekening gehouden met een brede context die uniek is voor de patiënt. Patiënt X met derealisatie wordt niet gezien als één uit zoveel patiënten met eenzelfde neurologische stoornis in het brein, maar kan erkend worden als iemand die unieke ervaring heeft van hoe het voor patiënt X is om derealisatie te ervaren. Net zoals radicale empathie doet het enactivisme dus meer recht aan particuliere ervaringen en de ervaringskennis van patiënten.

Ten slotte, lijkt de onderlinge beïnvloeding van de verschillende domeinen van het enactivistisch verklarend model zelfs goed aan te sluiten bij punt 4 (in sectie 2.2) dat van belang is voor radicale empathie, i.e. dat het proces voor het verkrijgen van empathisch begrip een dialoog is waarin psychiater en patiënt elkaar beïnvloeden. Net zoals de vier dimensies van het enactivistische model invloed op elkaar kunnen uitoefenen, zo kunnen ook psychiater en patiënt elkaar beïnvloeden.<sup>87</sup> Zoals de interactie tussen psychiater en patiënt een dialoog is, zo zijn ook de vier dimensies in dialoog met elkaar en met jou als persoon-in-de-wereld systeem. Een enactivistisch model past dus ook hier weer goed bij radicale empathie.

In dit hoofdstuk heb ik laten zien dat het onderscheid van Jaspers tussen (empathisch) begrijpen en verklaren helemaal niet zo duidelijk is en dat verklaren invloed kan hebben op empathie. Ik heb vervolgens het neuro-reductionistische verklarende model en het enactivistische model uiteengezet en beargumenteerd dat deze laatste beter bij radicale empathie past. De voornaamste redenen hiervoor zijn dat het enactivisme, net als radicale empathie, de ervaring van de patiënt in een bredere context plaatst. De psychiater stelt zich met een enactivistisch model toch op een bredere manier open op dan bijvoorbeeld een reductionistisch model. Hierdoor blijft de open houding tussen psychiater en patiënt meer behouden en wordt er meer recht gedaan aan de ervaringskennis van de patiënt.

---

<sup>87</sup> De Haan, *Enactive psychiatry*, 234-264.

## §6. Conclusie en discussie

In deze scriptie heb ik een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvraag: Hoe kunnen we empathie het beste opvatten om recht te doen aan de ervaringskennis van patiënten in de psychiatrie? Ik heb beargumenteerd dat radicale empathie het meeste recht doet aan de ervaringskennis van patiënten in de psychiatrie. Ik heb daartoe eerst onze alledaagse intuïtieve opvatting van empathie, namelijk empathie als simulatie, geproblematiseerd. In hoofdstuk 2 heb ik deze opvatting van empathie en een uitdager ervan, radicale empathie, uiteengezet. In tegenstelling tot bij de simulatietheorie staat niet het simuleren van gelijkenissen, maar het waarderen van verschillen centraal bij radicale empathie. Een psychiater probeert dus niet te simuleren hoe het zou zijn om te ervaren wat de patiënt ervaart, maar stelt zich op zo een manier op dat een verkennend proces mogelijk is.

Na deze twee theorieën over empathie uiteen te hebben gezet, heb ik ze in hoofdstuk 3 met elkaar vergeleken en tegen elkaar afgewogen. Dit heb ik gedaan door te onderzoeken welke theorie meer recht doet aan de ervaringskennis van de patiënt. Zowel in gevallen waarin de psychiater enkel theoretische kennis heeft van bijvoorbeeld derealisatie, als in gevallen waarin de psychiater theoretische kennis én ervaringskennis heeft van derealisatie, doet een radicale opvatting van empathie meer recht aan de ervaringskennis van de patiënt. Ik heb beargumenteerd dat dit komt door de open houding die de psychiater aanneemt tegenover de patiënt, waardoor er meer erkenning is voor de unieke context waarin de ervaring van de patiënt gevormd wordt. Ook heb ik beargumenteerd dat Jaspers probleem van onbegrijpelijke wanen minder relevant wordt als we radicale empathie hanteren, omdat er in tegenstelling tot empathie als simulatie geen afstand overbrugd hoeft te worden tussen psychiater en patiënt.

Hierna heb ik in hoofdstuk 4 mogelijke argumenten tegen het belang van empathie in de psychiatrie weerlegd. Ik heb beargumenteerd dat de kans op misdiagnose, epistemische cohabitatie en epistemische objectificatie kleiner is wanneer we empathie als radicale empathie opvatten. Dit komt doordat er bij radicale empathie juist meer aandacht is voor de ervaringskennis van de patiënt. Bovendien erkent de psychiater dat er verschillen zijn tussen de kennis en ervaring van beide partijen. Ook de suggestie om empathisch begrip in de psychiatrie te vervangen door *virtuous listening* heb ik weerlegd, omdat deze juist goed in te bedden is binnen radicale empathie.

Tot slot heb ik in hoofdstuk 5 beargumenteerd dat verklarende modellen van belang kunnen zijn voor empathie. Afhankelijk van het model dat de psychiater met zich meebrengt, kan een andere houding worden aangenomen tegenover de patiënt. Doordat een holistisch model, specifiek het enactivisme van De Haan, meer dan een reductionistisch model rekening houdt met zowel fysiologische, psychologische, socioculturele als existentiële factoren in interactie met elkaar, is het een model dat goed past bij radicale empathie. Beide plaatsen de ervaring van de patiënt in een bredere context. Zoals aangegeven in punt 3 van radicale empathie (in sectie 2.2), moeten we waken voor het gevaar dat de unieke contexten van de ervaringen van patiënten verloren gaan. Radicale empathie en het enactivistische verklarende model dragen hieraan bij.

In mijn thesis heb ik dus aan de hand van een casus over derealisatie beargumenteerd dat we empathie het beste kunnen opvatten als radicale empathie, omdat radicale empathie in de psychiatrie meer recht doet aan de ervaringskennis van de patiënt en een enactivistisch verklarend model past het beste bij radicale empathie.

Mijn onderzoek schetst meerdere mogelijkheden voor vervolgonderzoek naar empathie in de psychiatrische praktijk. Ten eerste, zou een vorm van radicale empathie zelfs op samenlevingsniveau kunnen bijdragen aan diversiteit en inclusiviteit. In de politieke sfeer, op het gebied van racisme is bijvoorbeeld door politicologe en hoogleraar Terri Givens geschreven over hoe radicale empathie volgens haar de brug kan slaan tussen de verdeeldheid van groepen.<sup>88</sup> Doordat we een open houding aannemen tegenover de ander en verschillen gaan waarderen kunnen we volgens haar bewuster zijn van onze vooroordelen – dit heb ik in hoofdstuk 4 kort aangestipt. Dit laatste heeft vooral de focus in haar definitie van radicale empathie. Vervolgonderzoek kan uitzoeken hoe vormen van radicale empathie op samenlevingsniveau een bijdrage kunnen leveren aan de manier waarop we met elkaar omgaan.

Ten tweede, schrijft sociologe Shannon Spaulding over het categoriseren van mensen in zogenoemde *in-groups* (mensen waarvan we oordelen dat ze zoals ons zijn) en *out-groups* (mensen waarvan we oordelen dat ze niet zoals ons zijn)<sup>89</sup> dat “we usually have more favorable attitudes toward and empathize more with in-group members [...]” – vooral als we dezelfde ras, gender, religie of nationaliteit delen – en “[...] we gloss over differences within the groups and exaggerate differences between the groups.”<sup>90</sup> Wanneer we empathie echter niet als simulatie zien en juist verschillen tussen elkaar gaan waarderen door een open houding aan te nemen tegenover anderen kunnen we wellicht juist ook ons empathisch vermogen tegenover *out-groups* verbeteren. Vervolgonderzoek kan uitzoeken hoe dit precies in zijn werking kan gaan en daadwerkelijk geïmplementeerd kan worden.

Ten derde, zoals ik in sectie 3.2 ook heb aangestipt, kunnen zelf-narratieven van patiënten een rol spelen bij het overbrengen van ervaringskennis. Patiënt X zou dus mogelijk door diens ervaringen van derealisatie te narreren, diens ervaringskennis kunnen overbrengen op de psychiater. “That is, many experience-based experts highlight the importance of narrating one's experiences to transform them into experiential knowledge.”<sup>91</sup> Zoals bij vele kwesties is er echter ook een mogelijk risico dat narratieven juist niet uitpakken zoals we in eerste instantie zouden wensen. Het onder woorden brengen van een ervaring kan er namelijk voor zorgen dat de eigenlijke ervaring een andere vorm aanneemt of meer naar de achtergrond wordt gedrukt. “That is, through self-narration we change our memory of what happened such that it need no longer resemble what-it-was like.”<sup>92</sup> De mogelijke effect van narratieven op de ervaringskennis van patiënten zou dus ook nader onderzocht moeten worden.

---

<sup>88</sup> Terri Givens, *Radical empathy: finding a path to bridging racial divides* (Bristol: Bristol University Press, 2021): 151-154.

<sup>89</sup> Shannon Spaulding, “Do you see what I see? How social differences influence mindreading,” *Synthese* 1, no.195 (2018): 4016, <https://doi.org/10.1007/s11229-017-1404-1>.

<sup>90</sup> Spaulding, “Social differences,” 4016.

<sup>91</sup> Dings, “Experiential knowledge,” 1125.

<sup>92</sup> Idem

Ondanks dat er meer ruimte is voor onderzoek, heeft mijn scriptie een belangrijke bijdrage geleverd aan ons nadenken over empathie en ervaringskennis in de psychiatrische praktijk.

## §7. Literatuurlijst

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

Berg, Mirelle van den en Knijff, Dirk de en Beute, Guus en Tilanus, Joachim. "rTMS bij een patiënt met een derealisatie-stoornis; een experimentele behandeling." *Tijdschrift voor psychiatrie* 65, no.2 (2023): 118-120.

Bortolotti, Lisa. "Delusion" In *Stanford encyclopedia of philosophy*. Stanford University, 2022-. Artikel gepubliceerd op 16 september 2009. <https://plato.stanford.edu/archives/sum2022/entries/delusion/>.

Book, Howard. "Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy." *American journal of psychiatry* 145, no.4 (1988): 420-424. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.4.420>.

De Haan, Sanneke. "An enactive approach to psychiatry." *Philosophy, psychiatry, & psychology* 27, no. 1 (2020): 3-25. <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0001>.

De Haan, Sanneke. *Enactive psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.

Dings, Roy. "Experiential knowledge: From philosophical debate to health care practice?" *Journal of evaluation in clinical practice* 29, no.1 (2023): 1119-1126. <https://doi.org/10.1111/jep.13845>.

Dings, Roy en Strijbos, Derek. "Experiential knowledge in mental health care: A coherent concept?" In *Forms of knowledge: Essays on the heterogeneity of knowledge and understanding*, onder redactie van Lucy Campbell, Oxford: Oxford University Press, 2024.

Eronen, Markus. "Spiegelneuronen: het DNA van de psychologie?" *Neuropraxis* 23, no. 6 (2019): 159-162. <https://doi.org/10.1007/s12474-019-00240-4>.

Fricke, Miranda. *Epistemic injustice: Power & the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

Gallagher, Shaun. "The practice of mind: Theory, simulation or primary interaction?" *Journal of consciousness studies* 8, no.5-7 (2001): 83-108.

Givens, Terri. *Radical empathy: Finding a path to bridging racial divides*. Bristol: Bristol University Press, 2021.

Goldman, Alvin I. "Philosophical and scientific perspectives on mentalizing." In *Simulating minds: The philosophy, psychology, and neuroscience of mindreading*, 3-22. Oxford: Oxford University Press, 2006.

Gordon, Robert M. "Folk psychology as simulation." *Mind & language* 1, no. 2 (1986): 158-171. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0017.1986.tb00324.x>

Grimm, Stephen. "Understanding." In *Stanford encyclopedia of philosophy*. Stanford University, 2021-. Artikel gepubliceerd op 6 mei 2021. <https://plato.stanford.edu/archives/sum2021/entries/understanding/>.

Hoerl, Christoph. "Understanding and explaining." In *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology*, onder redactie van M. Broome, A. Raballo, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, & R. Rosfort, 502-510. Oxford: Oxford University Press, 2019.

Hume, David. *A treatise of human nature*. Oxford: Clarendon Press, 1896.

Jackson, Frank. "Epiphenomenal qualia." *The philosophical quarterly* 32, no.127 (1982): 127-136. <https://doi.org/10.2307/2960077>.

Jaspers, Karl. *General psychopathology*. Vertaald door J. Hoening en Marian W. Hamilton. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.

Keil, Frank C. "Explanation and understanding." *Annual review of psychology* 57, no.1 (2006): 227-254. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190100>.

Lebowitz, Matthew en Ahn, Woo-kyoung. "Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy." *PNAS* 111, no.50 (2014): 17786-17790. <https://doi.org/10.1073/pnas.1414058111>.

Nagel, Thomas. "What is it like to be a bat?" *The philosophical review* 83, no.3 (1974): 435-450. <https://doi.org/10.2307/2183914>.

Nielsen, Kristopher. "Comparing two enactive perspectives on mental disorder." *Philosophy, psychiatry, & psychology* 28, no. 3 (2021): 175-185. <https://doi.org/10.1353/ppp.2021.0028>.

Ratcliffe, Mathew. "Empathy without simulation." In *Imagination and social perspectives: Approaches from phenomenology and psychopathology*, onder redactie van Michela Summa, Thomas Fuchs en Luca Vanzago, 119-220. New York: Routledge, 2017.

Rizzolatti, Giacomo en Fadiga, Luciano en Gallese, Vittorio en Fogassi, Leonardo. "Premotor cortex and the recognition of motor actions." *Cognitive brain research* 3, no.2 (1996): 131-141, [https://doi.org/10.1016/0926-6410\(95\)00038-0](https://doi.org/10.1016/0926-6410(95)00038-0).

Ross, James en Watling, Chris. "Use of empathy in psychiatric practice: Constructivist grounded theory study." *BJPsych Open* 3, no.1 (2017): 26-33. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.004242>.

Simeon, Daphne. "Depersonalisation disorder. A contemporary overview." *CNS Drugs* 18, no.6 (2004): 343-354. <https://doi.org/10.2165/00023210-200418060-00002>.

Spaulding, Shannon. "Do you see what I see? How social differences influence mindreading." *Synthese* 1, no.195 (2018): 4009–4030. <https://doi.org/10.1007/s11229-017-1404-1>.

Spencer, Lucienne en Broome, Matthew. "The epistemic harms of empathy in phenomenological psychopathology." *Phenomenology and the cognitive sciences* (2023): 1-22. <https://doi.org/10.1007/s11097-023-09930-1>.

Stueber, Karsten. "Empathy." In *Stanford encyclopedia of philosophy*. Stanford University, 2019-. Artikel gepubliceerd op 31 maart 2008. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/empathy/>.

Universiteit Leiden. "Liesbeth van Vliet over de sleutelrol van empathie in goede arts-patiënt communicatie." Geraadpleegd op 20 mei 2024. <https://www.universiteitleiden.nl/in-de-media/2020/08/liesbeth-van-vliet-in-de-media>.

Weiss, Mitchell G. en Somma, Daryl. "Explanatory models in psychiatry." In *Textbook of cultural psychiatry*, onder redactie van Dinesh Bhugra and Kamaldeep Bhui, 127-140. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

Winch, Christopher. *Dimensions of expertise: A conceptual exploration of vocational knowledge*. London & New York: Continuum, 2010.

YoungMinds. "Tips for coping with depersonalization and derealization." Geraadpleegd op 20 mei 2024. <https://www.youngminds.org.uk/young-person/blog/tips-for-coping-with-depersonalisation-and-derealisation/>.

## §8. Samenvatting

Empathie wordt doorgaans opgevat als invoelen. Dit lijkt in de psychiatrie op problemen te stuiten. Psychiaters hebben dagelijks namelijk te maken met patiënten met ervaringen die ver van hun eigen ervaringen afstaan en die een ander soort *ervaringskennis* hebben. Hoe kunnen we empathie het beste opvatten om recht te doen aan de ervaringskennis van patiënten in de psychiatrie? Ten behoeve van het beantwoorden van deze onderzoeksvraag, weeg ik een theorie van empathie waarin simulatie van gelijkenissen tussen elkaar centraal staat (*simulatietheorie*) af tegen een theorie die erkenning van verschillen vooropstelt (*radicale empathie*). Ik beargumenteer dat radicale empathie meer recht doet aan de ervaringskennis van patiënten en dat een *enactivistisch* verklarend model het beste past bij radicale empathie. Deze kwesties bespreek ik door *derealisatie* als casus aan te dragen.