

Individualistische autonomie versus autonomie in verbondenheid

Norbert van Ettinger

Cursuscode : WBMA4051
Datum : 12 April 2011
Docent : Jos Philips
Auteur : Norbert van Ettinger
Student code : F092224

Inhoudsopgave

Introductie	3
Individualistische opvattingen van autonomie	4
Het sociale Zelf	5
zorgethiek en relationale autonomie	5
vervolg op de praktische casus	7
Evaluatie	8
Literatuuropgave en voetnoten	10

Introductie

In onze westerse liberale samenleving domineert het ideaal van de onafhankelijke zelfstandige mens. Het is een mens die zijn leven vormgeeft aan de hand van waarden die hij zelf beoordeelt en gekozen heeft, die zich daarin los kan maken van enige 'externe krachten', zoals persoonlijke relaties, samenleving, historie, en cultuur.ⁱ Het is dit beeld wat ten grondslag ligt aan veel opvattingen van autonomie. Maar klopt het? Autonomie gaat weliswaar over het maken van authentieke keuzen waarmee men zichzelf kan identificeren. Maar wie we zijn, en wat we zijn, kortom onze identiteit, wordt in sterke mate bepaald door de sociale relaties die we hebben en de sociale en culturele context waarin we zijn ingebed. De visie op autonomie waarin de volwaardige mens wordt voorgesteld als een onafhankelijk en zelfvoorzienend wezen, strookt niet met de werkelijkheid. Men is nimmer volstrekt autonoom, maar pas autonoom in de mate dat men door andere wordt ondersteund. Een model van autonomie moet weerspiegelen dat we ten opzichte van elkaar diepgaand gerelateerd zijn. Sociale condities zijn het die voorwaarde vormen voor de ontwikkeling en handhaving van autonomie, dwz ons het vermogen geven om tot morele en authentieke keuzen te komen. Negeren van deze sociale condities in een opvatting van autonomie is schadelijk voor onze (medische) praktijken. Een voorbeeld kan dit verduidelijken:

In Nederland wordt een debat gevoerd over onvrijwillige institutionalisering en andere gedwongen behandelingen van mentale patiënten. Sinds 1994 is er een wet van kracht die de onvrijwillige opname in psychiatrische instellingen regelt. Daarin is de wettelijke positie van psychiatrische patiënten vastgelegd die aankijken tegen een mogelijke gedwongen opname. Paternalistische redenen vormen daar geen rechtsgrond meer voor. Het recht op zelf-determinatie 'overruled' hier overwegingen die het welzijn van de patient centraal stellen. Slechts indien sprake is van evident risico voor gevaar voor patient of samenleving zijn gedwongen interventies wettelijke en moreel gerechtvaardigd. Met name in de context van psychiatrie wordt nu de dominantie van het recht op zelfdeterminatie betwist. De vraag wordt gesteld of gedwongen interventie omwille van bescherming van het welzijn van de patiënt niet onder bepaalde omstandigheden kan worden gerechtvaardigd. In reactie op deze situatie hebben behandelaars van de sociale psychiatrie gepleit voor de introductie van wat zij noemen 'mededogend interveniëren'. Met dit pleidooi wilde ze aandacht scheppen voor een andere kijk op wat goede zorg betekent. In plaats van een houding van niet interveniëren waarbij de autonomie van de patient wordt gerespecteerd, wordt er gepleit voor een actieve betrokken rol voor professionele zorgverleners. Zij zouden niet aan de zijlijn moeten toekijken maar de patiënt op moeten zoeken, ondersteunen en waar noodzakelijk sturen. Deze professionele attitude kreeg een storm aan reacties, waarin 'modern paternalisme' een veel gehoorde kreet was. De zorgverleners wezen er echter op dat het huidige concept van zorg met nadruk op respect voor de autonomie hen opzadelt met een paradox. Daarin worden patiënten beschouwd als individuen die een sterk belang hebben bij vrijheid en niet-interventie, terwijl op hetzelfde moment veel van deze patiënten een grote behoefte hebben aan florierende en levensvatbare relaties. Feitelijk is het niet goed met ander mensen om kunnen gaan een deel van hun problematiek.ⁱⁱ

Klaarblijkelijk schiet de individualistische opvatting van autonomie hier tekort. Voor de praktische medische ethiek, en kwesties aangaande paternalisme, levert de beschrijving van relationele autonomie betere handvaten dan een individuele opvatting van autonomie. Deze these zal ik hier trachten te verdedigen.

Individualistische opvattingen van autonomie

Het prototype van een individualistische autonomie-theorie is een internalistische theorie. Of iemand autonoom is wordt daarin bepaald door louter naar diens interne mentale toestand te kijken. Harry Frankfurt stelt het voorbeeld. Hij koppelt autonomie aan eenheid van de hiërarchisch opgebouwde wil.ⁱⁱⁱ Je bent autonoom als de (eerste orde) wil die jou beweegt door jouw wordt gewild (als tweede orde wil), ofwel je *Wholehearted* de wil hebt waardoor je gemotiveerd bent.^{iv} Met betrekking tot de medische praktijk, en het geschetste probleem in de aanhef, zijn er twee bezwaren tegen deze benadering van Autonomie. Allereerst biedt deze theorie weinig handvaten voor de praktijk. Een van de functies van een beschrijving van het concept autonomie is het markeren van parameters waarbinnen een persoon immuun is voor paternalistische interventies. Een fenomenologische eenheid van de wil is als empirische beslisbaar criterium ongeschikt. Het voor mijn betoog belangrijkste bezwaar is dat Frankfurt's theorie individualistisch is. In zijn beschrijving vind je geen enkele verwijzing naar een sociale context. Toch zijn externe invloeden en de wijze waarop 'wholeheartedness' tot stand is gekomen ook bepalend of we iemand (intuïtief) al dan niet autonoom noemen.

Er zijn talloze voorbeelden voorhanden waarin we een individu intuïtief niet autonoom noemen terwijl Frankfurt's theorie het label wel toekent. Neem de tweede orde verlangens van de discipel die zo gemanipuleerd zijn door zijn sekteleider dat ze congruent zijn geworden met het eerste orde verlangen om de wil van de goeroe te volgen. Hoewel contra-intuïtief, is de discipel volgens de theorie van Frankfurt toch autonoom.

Dat Frankfurt's theorie voor de conceptualisering van autonomie onvoldoende rekenschap geeft van de sociale relaties van het individu is ook de visie van J.S. Taylor. Hij beweert dan ook dat Frankfurt's theorie niet over autonomie maar over identiteit handelt.^v Ze is meer geschikt om kwesties over de relatie tussen vrijheid van de wil en interne dwang te adresseren.^{vi} Autonomie is een politiek concept, gaat over de relatie tussen individuen en de samenleving. Een theorie over autonomie moet dus ook voorwaarden stellen aan de aard van deze relaties.

In 'A theory of Autonomy'^{vii} analyseert Taylor autonomie en schets de contouren. Met deze theorie wordt een stap in de goede richting gezet: sociale aspecten worden verdisconteert in de conceptualisering van autonomie. Taylor stelt met Frankfurt vast dat autonomie een eigenschap van personen is die kunnen reflecteren op hun eigen verlangens, waarden en kunnen bepalen of ze er door gemotiveerd willen worden. Maar naast afwezigheid van de interne aspecten die autonomie negatief beïnvloeden (verslaving aan drugs, gemis aan rationaliteit, neurosen of compulsieve stoornissen) zijn mensen pas autonoom als ze tevens niet zijn onderworpen aan de aansturing van anderen (in de gedaante van externe, interpersoonlijke invloeden als het achterhouden van informatie of brainwashing).^{viii}

In vergelijking met de theorie van Frankfurt is deze theorie van Taylor socialer omdat Taylor de kwestie of een persoon autonoom is niet slechts koppelt aan diens interne en momentane (wils)toestand maar tevens aan de aard en de historie van de procedure die de beslissing van de persoon gevormd heeft. Daardoor is de theorie minder vatbaar voor het probleem van manipulatie.^{ix}

Hoewel Taylor in zijn theorie van autonomie de sociale context verdisconteert blijft ook hij binnen het liberalen paradigma omdat hij zich voornamelijk beperkt tot externe bronnen die een bedreiging kunnen vormen voor autonomie.

In dit paradigma bestaat de samenleving uit een verzameling van sociale atomen, dwz totaal onafhankelijke zelfbeschikkende rationele dragers van rechten. De a priori aannamen is dat individuele autonomie niet een kwaliteit is die met sociale steun tot ontwikkeling moet komen maar een vermogen is, die men samen met zijn vrijheid, van nature heeft. Van zo'n autonome zelf wordt verondersteld dat het keuzes kan maken op basis van een eigen waarde-systeem welke onafhankelijk is van externe factoren zoals de samenleving, cultuur of persoonlijke relaties. Zulke verbindingen zijn eenvoudigweg contingente aspecten van de eigen identiteit, aspecten die begrepen worden als objecten van keuzen in plaats van elementen die het eigen zelf constitueren. Als een resultaat van dit geraamte ligt het primaat bij individuele vrijheid en autonomie om zonder inmenging van anderen, het goede leven naar eigen inzicht te definiëren en te implementeren. Elke vorm van inmenging in het leven van de individu, of het nu om politieke macht gaat of om bemoeienis van de medeburger, is alleen gerechtvaardigd wanneer dat voor de individu als zelfbeschikkende rationele agent, ook acceptabel is.

Het sociale zelf

Communitaristen en Feministen bekritisieren dit hyper individualistische beeld van de mens. Ze verwerpen het model van de autonome persoon voorgesteld als een zelf die het vermogen heeft om vanuit een van samenleving, cultuur en persoonlijke relaties ontkoppelde positie de eigen plaats daarin te evalueren en eventueel te verwerpen. Dat maakt het concept autonomie te individualistisch en te atomistisch. Het ontkent de sociale context van persoonlijke identiteit. Het zelf is fundamenteel sociaal. Agents denken en handelen niet op een ontkoppelde reflectieve wijze, maar doen dit als volledig ingebedde persoonlijkheden die worden gevormd door het sociale milieu waarin ze leven. In tegenstelling tot het liberale ideaal van vrije 'agency' volgens welke mensen alleen deelnemen aan activiteiten als een resultaat van reflectieve keuze, benadrukken deze critici de wijze waarop veel activiteiten worden gedefinieerd door sociale praktijken en instituties.^x Daarom wordt het sleutelcomponent van deze alternatieve visie gevormd door bescherming van deze sociale praktijken.^{xi} Zo'n praktijk is bijvoorbeeld zorg en verantwoordelijkheid dragen voor elkaar. Er is een ethiek die dat centraal stelt en een opvatting van autonomie voortbrengt die geschikt lijkt voor een toepassing in de medische ethiek.

Zorgethiek en relationele autonomie

De feministische schrijfster Carol Gilligan claimt dat er een perspectief op autonomie bestaat dat

scherp contrasteert met de dominerende liberale conceptie van autonomie gebaseerd op rechtvaardigheid en individuele rechten. Dit door haar genoemde 'zorg-perspectief' is naar voren gebracht als een morele orientatie die past bij de ervaring en psychologie van vrouwen. Gilligan's werk suggereert dat vrouwen meer geneigd zijn te denken in termen van zorg en verantwoordelijkheid wanneer ze een moreel probleem moeten overwegen, dan in termen van onpersoonlijke rechten en rechtvaardigheid. Uit Giligan's werk is een zorg-ethiek voortgekomen die focust op de waarde van handhaving en bevordering van relaties, het handelen naar interpersoonlijke verantwoordelijkheden, en het uitdrukken van toepasselijke emoties en gevoelens.^{xii}

Met comunitaristen hebben ook zorgethici een fundamentele kritiek op het (hyper) individualistische concept van autonomie van het liberalisme. Geclaimd wordt dat de modellen van autonome 'agency' waarop de liberale principes zijn gebaseerd, een conceptie van menselijke identiteit, waarde en commitment vooronderstellen die het blind maken voor ons zelfbeeld; een fundamentele relationele natuur van onze motivaties en het sociale karakter van ons wezen. Met name feministen laten zich daarin horen met de claim dat het politiek liberale idee van autonomie een herformulering nodig heeft zodat deze meer is afgestemd op relaties van zorg, wederzijdse afhankelijkheid en steun: sociale praktijken die traditioneel als vrouwelijk werden aangemerkt. Uit deze discussie is een sociale visie op autonomie verrezen. 'Relationele autonomie' is het label wat aan deze alternatieve conceptie is gegeven.^{xiii} Het concept beschrijft wat het betekent om een vrij en een zichzelf besturende agent te zijn die tevens sociaal geconstitueerd is en die mogelijk haar basiswaarden definieert in termen van interpersoonlijke relaties en wederzijdse afhankelijkheid. Relationele visies van de autonome persoon onderstrepen het sociaal ingebed zijn van het zelf terwijl ze toch niet de basisprincipes van rechtvaardigheid verwerpen. Deze concepties benadrukken de sociale component van ons zelfbeeld alsmede de rol die de sociale dynamiek speelt in de uitoefening en ontwikkeling van autonomie.^{xiv}

De kritiek en alternatieve opvatting van care-ethici kan als volgt worden samengevat:

- Het bevraagt de idee van zelfvoorzienend-zijn en individuele onafhankelijkheid als de hoogste waarde in een mensenleven. Het wijst op het feit dat in benadrukking van het ideaal van onafhankelijkheid andere waarden als vertrouwen, zorg en verantwoordelijkheid in een morele discours worden veronachtzaamd.
- Het concept autonomie geformuleerd in termen van zelfvoorzienend-zijn en onafhankelijkheid wordt verworpen. Daarvoor in de plaats wordt autonomie geherformuleerd in termen van morele competenties om zijn eigen keuzen in het leven te maken, al dan niet met steun van anderen. Autonomie als een morele competentie moet niet worden gezien in isolatie van andere personen en relaties. In plaats daarvan benadrukt het dat autonomie een moreel vermogen is wat wordt ontwikkeld in relatie tot anderen.

De fundamentele kritiek op de liberale individualistische opvatting van autonomie kan worden begrepen door onderscheid aan te brengen tussen;

- een ideaal van autonomie in termen van autarkie en onafhankelijkheid
- autonomie in termen van het morele vermogen om zijn eigen keuzen in het leven te maken.

Het is precies het ideaal van zelfvoorzienend-zijn en onafhankelijkheid dat wordt bekritiseerd door zorg ethici. Dit ideaal van onafhankelijkheid rust op de idee dat een goed leven een leven is waarin we geen hulp of ondersteuning van anderen nodig hebben in het vervullen van onze behoeften, en het uitvoeren van ons levensplan. Net als communitaristen menen zorg-ethici dat deze opvatting leeg en onrealiseerbaar is en stellen ze de idee van ingebed zijn er tegenover. Maar zorgethici verschillen van andere kritiek in die zin dat zorgethici wijzen op de effecten die de dominantie van onafhankelijkheid heeft voor de morele status van personen.

Zo wordt benadrukt dat de waarde van onafhankelijkheid konsekwenties heeft voor vrouwen en gehandicapte personen. Afhankelijk zijn van de hulp van anderen is vaak vernederend in een samenleving waarin onafhankelijkheid wordt geprezen.

Suzan Wendel pleit daarom voor het ideaal van wederzijdse afhankelijkheid^{xv}. Zij beweert dat we onze culturele obsessie met onafhankelijkheid in vraag moeten stellen en vervangen door een model van reciprociteit. Als gehandicapten volledig geïntegreerd moeten worden in de samenleving zonder dat ze een falen symboliseren, dan moeten we de sociale waarden veranderen ten einde de waarde van afhankelijk zijn van anderen te erkennen.

Om de waarde van zorg te begrijpen is het derhalve noodzakelijk dat we de menselijke conditie van wederzijdse afhankelijkheid overdenken.

Uitgaande van de aanname van menselijke wederzijdse afhankelijkheid, richt zorg-ethiek onze aandacht op andere morele kwesties. Zo maakt het zich drukker om de gevaren van verlating dan gevaren van inmenging, ziet het morele kwestie meer in termen van verantwoordelijkheid dan van rechten. Zorg-ethici zijn daarmee niet ongeïnteresseerd in rechten, gelijkheid en autonomie, maar tracht een alternatieve conceptie van deze termen te geven. De kritiek op autonomie in termen van zelfvoorzienend-zijn laat nog steeds ruimte voor een idee van autonomie als het morele vermogen om in het leven de eigen keuzen te maken, maar dan ondersteund door anderen. Zorgethiek laat daarmee ruimte voor een opvatting van autonomie welke in de definitie niet komt te staan tegenover relaties van afhankelijkheid en verbinding.^{xvi} Door een relationeel concept van moreel agency te ontwikkelen benadrukken zorgethici het belang van het hebben van relaties ten einde zichzelf autonoom te kunnen zien.^{xvii}

Vervolg op de praktische casus.

We keren terug naar het voorbeeld in de aanhef van dit artikel. We zouden de kritiek van de zorg-behandelaars op kunnen vatten als zorg-ethische kritiek op de huidige organisatie van de zorg waarin de idealen van autonomie als zelfvoorzienend-zijn en onafhankelijkheid, domineren. In plaats daarvan pleiten ze voor een zorg-perspectief waarin het hebben van relaties belangrijk is. Wat zijn de voordelen als we de indertijd geïntroduceerde individualistische visie en autonomie vervangen door een zorg-perspectief met bijbehorende relationele autonomie?

Allereerst kan een zorg-perspectief ons argumenten leveren voor een 'mededogend interveniëren', zonder in een balancerende strategie te belanden van respect voor zelfdeterminatie en paternalisme. Door een meer relationeel model van autonomie te hanteren kan beter getoond worden dat

interventies in het belang zijn van de patient, dat wil zeggen dat de interventie niet hoeft te worden beschouwd als een bedreiging van de autonomie, maar als een verwerving, bevordering of herstel ervan. Immers vanuit het model van de relationeel autonomie is niemand volstrekt autonoom in de zin van onafhankelijk en zelfvoorzienend. Autonoom is men met minder of meer steun vanuit de sociale omgeving. Door een psychiatrisch patient onder zorg te stellen en relaties aan te reiken, beperk je vanuit zorg-ethisch perspectief niet iemands vrijheid maar verruim je deze juist doordat je daarmee de sociale condities aanbrengt waardoor de autonomie van de patient zich kan herstellen.

Voorts stelt het morele dilemma 'recht op niet-interventie en plicht tot zorg' zich niet omdat de relatie vanuit de zorgethiek niet zozeer in termen van rechten en plichten alswel in een erkenning van wederzijdse verantwoordelijkheid wordt begrepen. De zorgverlener heeft de verantwoordelijkheid om aandacht te hebben voor de behoeften van de zorgontvanger, waarbij de zorgontvanger gevraagd wordt om verantwoordelijkheid te dragen voor de ontvangen zorg.

Een tweede voordeel van het relationele perspectief is gelegen in de positieve uitwerking op het zelfbeeld van de patiënt. Het onrealistische beeld van een individualistische autonomie (waarin het ideaal geplaatst wordt in onafhankelijkheid), helpt het herstel van morele autonomie van patienten niet die gedwongen zijn opgenomen. Het haalt hun zelfwaardering en zelfbeeld naar beneden. Een gereduceerd zelfrespect ondermijnt autonomie door het ondermijnen van het zelfbeeld als iemand die in staat is om te kunnen oordelen. In plaats daarvan moeten deze patiënten worden geholpen in het aangaan van relaties om hun zelfwaardering te herstellen.

Mededogend interveniëren wordt door patiënten zelf omschreven als 'er voor je zijn', en 'naast me staan'. Het is een vorm van zorg waarin de verzorger de patiënt ziet als iemand die belangrijk is, iemand die het waard is om bij te staan. In dit opzicht kan deze benadering gezien worden als een vorm van zorg waarin de patient een gelegenheid heeft om zijn autonomie te maximaliseren.

Evaluatie

Ik ben aangevangen met de stelling dat individualistische autonomie is geworteld in de misvatting dat de mens een zelfvoorzienend en onafhankelijk wezen is. Aan de hand van een voorbeeld heb ik laten zien dat consequenties van een hantering van dit beeld problematisch kunnen zijn waar afhankelijkheid een gegeven is en verantwoordelijkheid en betrokkenheid gepast. Op zoek naar een hiervoor geschikter autonomie-concept, welke de sociale inbedding van het zelf erkent, hebben we het externalistische politieke autonomie model van Taylor bekeken. We hebben kunnen constateren dat het weliswaar verwijst naar de sociale context maar dat deze hoofdzakelijk bestaat uit zorg om bedreiging afkomstig van anderen op de eigen autonomie. Wat er in ontbreekt is aandacht voor sociale steun als voorwaarde voor het ontwikkelen en handhaven van autonomie. Na communitaristische en feministische gefundeerde kritiek te hebben gezien op het individualistisch beeld van onafhankelijkheid, en uiteengezet te hebben gekregen dat het zelf fundamenteel sociaal en relationeel is, is er een alternatief voor een autonomie van onafhankelijkheid gepresenteerd; relationele autonomie, die niet geformuleerd wordt in termen van onafhankelijkheid maar in termen

van morele competenties om met meer of minder steun van relaties met anderen eigen keuzen in het leven te maken. In een voorbeeld is getoond dat deze zorgethische en relationele benadering het dilemma tussen zelfdeterminatie en paternalisme kan beslechten door met dit model te kunnen overtuigen dat door een psychiatrische patiënt in een zorgrelatie te brengen niet de autonomie wordt ingeperkt maar juist wordt versterkt. Dit omdat autonomie tot bloei kan komen in de juiste sociale setting.

Nu zou men als kritiek kunnen hebben dat zo'n gehanteerd beeld van autonomie een ongeoorloofd perfectionisme impliceert. Met perfectionisme bedoel ik de visie dat waarden en morele principes geldig kunnen zijn ongeacht het eigen oordeel daarover. Een psychiatrisch patiënt kan namelijk oordelen dat opname, of het aangaan van een zorgrelatie van geen waarde is. Men zou kunnen antwoorden dat voor psychiatrisch patiënten, wiens cognitieve vermogen om te oordelen over de beste aanpak voor de bevordering van zijn welzijn zodanig verstoord is dat anderen hier wel de verantwoordelijkheid moeten nemen en (mee) moeten beslissen. Toegegeven kan dan worden dat we binnen deze zorg nog wel gebaat kunnen zijn bij een zorgethische benadering waarin relationele autonomie centraal staat. Maar om zorgethiek en het model van relationele autonomie ook grootschalig toe te passen in een institutionele context is een gevaarlijk vorm van paternalisme en perfectionisme introduceren in waar nu nog de liberale principes van rechtvaardigheid heersen. Mijn antwoord hierop is tweeledig. Allereerst moet men de beschrijving van relationele autonomie goed begrijpen. Zeggen dat (morele) autonomie gelijk staat aan moreel competent zijn om zijn eigen keuzen in het leven te maken, met meer of minder wederkerige steun van elkaar, is iets anders dan zeggen dat men alleen autonoom is als men in zo'n relatie verkeerd. Alleen dat laatste zou een vorm van perfectionisme zijn, doch zorg-ethici communiceren de eerstgenoemde interpretatie. Voorts was het hier mijn opzet om me te beperken tot het medische terrein van de (psychiatrische) zorgverlening, maar met een paar zinnen hieraan gewijd, denk ik dat de zorgethiek ambitieuzer is dan alleen binnen dat domein te blijven. Ergens nodigt het uit om ook toe te passen op een grootschalig verband al is het maar om eens goed onze culturele obsessie met onafhankelijkheid te onderzoeken. De vraag is of dit beeld wel een goed fundament heeft, en of we wellicht met zijn allen niet beter af zijn als we in ons zelfbeeld tot uitdrukking laten komen dat we niet als een stel losse atomen een samenleving vormen maar dat we allen onlosmakelijk verbonden zijn. Het is dan in deze verbondenheid dat onze kwaliteiten en ook die van autonomie tot ontwikkeling en bloei komen. Zo'n constatering zou pleiten niet voor een individualistische autonomie maar voor een autonomie in verbondenheid.

ⁱ http://plato.stanford.edu/entries/Personal_Autonomy/ Fri April 8, 2011

ⁱⁱ Praktijkvoorbeeld uit; Marian A. Verkerk (2001), 'The care perspective and autonomy', in *Medicine, Health Care and Philosophy*, (Kluwer Academic Publishers) 4: 289-294,

ⁱⁱⁱ H. Frankfurt (1988), 'Freedom of the Will and the concept of a person', in idem, *The Importance of What we Care about* (Cambridge: Cambridge UP), 11-25

^{iv} Harry Frankfurt is te beschouwen als proponent van de individualistische opvatting van autonomie. Zijn visie heeft het debat over autonomie (en vrije wil) de laatste decennia gedomineerd.

Frankfurt brengt fenomenologische autonomie in relatie met eenheid van de wil. Aspecten van interne dwang

(zoals verslavingen, neuroses, en allerlei andere soorten van compulsief gedrag) vormen een verstoring in die ervaren eenheid en zijn daarmee niet alleen van invloed op autonomie en de vrijheid om te doen wat we willen maar ook op de vrijheid om te willen wat we willen. Om deze beperkingen te verdisconteren in een theorie over autonomie en vrije wil heeft hij een hiërarchische theorie ontwikkeld over verlangens en volities. Tweede orde verlangens gaan daarbij over andere (eerste orde) verlangens. Zo kan een drugsverslaafde een eerste orde verlangen hebben om drugs te gebruiken. Ook kan het zijn dat hij van zijn verslaving af wil om zo zijn baan en huwelijk te behouden. Met andere woorden hij heeft een tweede orde verlangen dat het eerste orde verlangen naar de drug hem niet beweegt (motiveert). Dit vermogen om hogere orde verlangens en volities te bezitten (het vermogen tot reflectieve zelfevaluatie) is wat ons mensen van dieren onderscheid. Het maakt ons een persoon ofwel een zelf. We zijn in staat om te reflecteren op wat voor een soort verlangens en doelen we hebben en behoren te hebben in plaats van instinctief door ze te worden geleid. Wanneer mensen nu de wil hebben die ze willen hebben, zijn ze vrij van wil.

Critici hebben zich afgevraagd wat de tweede orde verlangens zo'n speciale relatie met onszelf geeft. Waarom arbitrair stoppen bij een tweede orde verlangen en niet voortgaan met zelfevalueren door en derde, vierde... orde verlangen te onderzoeken. In response hierop appelleert Frankfurt aan de noties 'identificatie' en 'wholeheartedness'. In plaats van eindeloos doorgaan met reflecteren identificeert een agent zich simpelweg met een verlangen en besluit dat geen verdere vragen over gesteld hoeven te worden. Reflectie op onze verlangens stopt wanneer we verlangens bereiken waaraan we ons 'wholeheartedly' verbinden en ten aanzien waarvan we geen enkele ambivalentie ervaren. Het is niet arbitrair om ons met zulke wholehearted verlangens te identificeren omdat het verlangens zijn waar we volledig tevreden mee zijn. Frankfurt concludeert dan ook dat autonoom zijn gelijk staat aan het vermogen om te handelen naar hogere orde verlangens waar we ons wholeheartedly mee kunnen verbinden.

^v J.S. Taylor, 'Practical Autonomy and Bioethics', 37-50 ('Identification and Autonomy: A Tale of Two concepts')

^{vi} d.i. interne dwang in de vorm van verslaving, of de noodzaking van een causaal gedetermineerde wereld

^{vii} J.S. Taylor (2009), 'Practical Autonomy and Bioethics' (New York / London: Routledge), 1-17. ('A Theory of Autonomy')

^{viii} In een theoretische uitwerking van een praktische autonomie worden door hem een drietal noodzakelijke vereisten geformuleerd die nodig zijn voor autonomie. De *gradatievoorwaarde* verdisconteert het gegeven dat men meer of minder autonoom kan zijn, waarbij men in een beslissing maximaal autonoom is als deze het resultaat is van een beslissingsvormende procedure waarmee men tevreden is. Als men van beslissingsvormende procedure verandert dan eist de *tracerende voorwaarde* dat men tevreden is met het besluit om dat te doen en eist de *drempelvoorwaarde* dat het een eigen besluit is. Deze *drempelvoorwaarde* weerspiegelt de uitsluiting van manipulatie door anderen: voorwaarde voor een autonome beslissing van een persoon is dat deze niet gebaseerd is op door anderen intentioneel gemanipuleerde of onvolledige informatie.

^{ix} Het concept autonomie is er een waarin de kwestie van het toeschrijven van autonomie mbt een gegeven beslissing noodzakelijk moet verwijzen naar kwesties betreffende de aanwezigheid of afwezigheid van interpersoonlijke invloeden. Of een persoon autonoom is mbt zijn beslissingen kan niet bepaald worden uitsluitend aan de hand van zijn interne (mentale) toestanden maar moet ook een verwijzing maken naar andere mensen. In de radicale externe variant wordt of ik autonoom ben mede bepaald door jouw mentale toestand dwz; had jij de intentie om mijn beslissingen te beïnvloeden. Dit is Taylor's verantwoording van het gegeven dat autonomie essentieel een politiek concept is.

^x Men reflecteert pas op bepaalde aspecten van het sociale leven als de normale gang van zaken wordt onderbroken en uit elkaar vallen.

^{xi} John Christman (2002), 'Communitarism, Critique of the liberal paradigm', in 'Social and Political Philosophy', (New York / London: Routledge), Routledge, (p130-145)

^{xii} John Christman (2002), 'Communitarism, Critique of the liberal paradigm', in 'Social and Political Philosophy', (New York / London: Routledge), Routledge, (p170-182)

^{xiii} http://plato.stanford.edu/entries/Feminist_Perspective_on_the_Self/ Fri April 8, 2011

^{xiv} John Christman (2004) 'Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the social Constitution of Selves' Philosophical Studies (117: 143-164) (Kluwer Academic Publishers)

^{xv} Marian A. Verkerk (2001), 'The care perspective and autonomy', in Medicine, Health Care and Philosophy, (Kluwer Academic Publishers) 4: 289-294,

^{xvi} Diana Meyers bijvoorbeeld stelt voor dat we over autonomie moeten denken als een competentie welke wordt gedefinieerd als een repertoire van gecoördineerde vaardigheden welke een persoon in staat stelt om een specifiek taak te verrichten. Deze vaardigheden worden in concert uitgevoerd en stellen ons in staat om het eigen gedrag te monitoren en te bepalen of het al dan niet in overeenstemming is met ons ware zelf. Een autonome agent stelt vragen als 'kan ik voor deze handeling de verantwoordelijkheid nemen' terwijl ik mijn zelfrespect behoudt. De ware zelf welke hier wordt geconsulteerd is niet als een ware zelf in ontologische termen, als een zelf die ontbloot wordt en ontdekt bij het afpellen van alle lagen van socialisatie. In plaats daarvan is dit ware zelf dynamisch, het is een evoluerende verzameling van trekken die verrijzen door middel v/h gebruik van autonome competentie. De ware zelf is een belaste zelf, een zelf welke reeds ingebed is in relaties van vlees en bloed, anderen, en is deels geconstitueerd door deze relaties. Door een

relationeel concept van moreel agency te ontwikkelen benadrukken zorgethici de noodzaak aangaande het hebben van relaties ten einde zichzelf autonoom te kunnen zien.

^{xvii} http://plato.stanford.edu/entries/Autonomy_in_Moral_and_Political_Philosophy/ Fri April 8, 2011