

IV.5.2 Psychofarmaca

F.L.E. de Wever, F. Hamburg. J.G. van Lier

Gedragcontrole is op verschillende manieren mogelijk. Voor de Tweede Wereld Oorlog maakten psychiaters daartoe gebruik van elektroshocks, wisselbaden, en insuline. Pas na de oorlog komt – samen met de psychotherapie – de farmacotherapie van de grond. Het eerste psychofarmakon, oorspronkelijk toegepast in de anesthesiologie begin jaren '50 van de vorige eeuw, was chloorpromazine (largactil). Sindsdien zijn er talrijke andere psychofarmaca op de markt gekomen. Inmiddels zijn door de nanotechnologie (zie Hoofdstuk V.4) revolutionaire ontwikkelingen in de farmacologie (en farmacogenetica) in gang gezet. Aangezien alle farmaceutica uiteindelijk op nanoschaal werkzaam zijn, zal de nanotechnologie het mogelijk maken om farmaca te produceren die zich binden aan specifieke receptoren in de neuronen van zenuwcellen in het hersenweefsel. Hierdoor zal het mogelijk zijn de psyche van de mens heel gericht te beïnvloeden. Deze ontwikkelingen vinden niet alleen plaats op het gebied van de aflevering van geneesmiddelen (nano-emulsies, multicomponent systemen en vele andere), maar ook op het terrein van de gepersonaliseerde farmacotherapie. 'Targeted delivery' behoort tot de best ontwikkelde domeinen in de nanogeneeskunde; de eerste producten komen nu al op de markt en men verwacht een significantie groei ervan in het komende decennium [1: European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission (EGE). Opinion on the Ethical Aspects of Nanomedicine, Opinion 21. Luxemburg: Office for the Official Publications of the European Communities; 2007.].

Psychofarmaca worden door artsen voorgeschreven. Het betreft immers gevallen waarin een medicus vermoedt dat er sprake is van een organisch tekort, bijvoorbeeld een tekort aan neurotransmitters. Neurotransmitters zijn stoffen die in de overdracht van een prikkel van de ene zenuwcel op de andere betrokken zijn. De psychiatrische patiënt valt in deze visie dus onder een 'medisch model'. Of psychiatrische aandoeningen uitsluitend biologisch/medisch verklaard kunnen worden blijft de vraag, want een verbetering van de regulatie van neurotransmitters leidt bij persoon A tot verbetering, maar niet noodzakelijk bij persoon B. Mogelijk wordt de ontregeling van de psyche teweeg gebracht door een verkeerd gebruik van cognitieve en affectieve bekwaamheden (als gevolg van ingewikkelde terugkoppelingseffecten). In het laatste geval staat de pijl van de oorzakelijkheid juist andersom!

Is met psychofarmacotherapie een trend ingezet naar (her)unificatie van psychiatrie met neurologie, althans op onderdelen? Dus een tendens naar een hoog wetenschappelijk medisch model? Kort gezegd: meer pillen, en minder praten? Of worden de positieve effecten van psychofarmaca overschat en de bijwerkingen onderschat? Placebo's zouden vrijwel even effectief zijn; en van bijvoorbeeld antidepressiva zouden mensen op de lange duur een minder stabiel gevoelsleven krijgen). Deze vragen zijn alleszins legitiem. Het alternatief, psychotherapie in de vorm van cognitieve gedragstherapie, zou bovendien een veel kleinere terugval laten zien na beëindiging van de therapie dan bij antidepressiva het geval is. Wellicht, zullen mensen altijd een mengeling willen van expertise (autoriteit?) en psychologische en emotionele sensitiviteit. Is wellicht de relatie met de therapeut het werkzame element van psychotherapie? De conclusie lijkt onvermijdelijk dat men het met farmaca alleen nooit zal klaren, al was het alleen als gevolg van de ongrijpbare invloed van diverse omgevingsfactoren (het bio-psycho-sociale model).



5.2.1. Psychiatrische farmacotherapie

Bij psychiatrische farmacotherapie gaat het primair om het beïnvloeden van het gedrag door ingrijpen in de aanmaak, afbraak, of functie van neurotransmitters. Voornoemde beïnvloeding heeft ten doel de cognitieve vermogens en de emoties in gunstige zin te beïnvloeden. Deze beïnvloeding van gedachten, aandacht, denken, waarnemen/oriënteren, emoties, perceptie, imaginatie, angst, waakzaamheid en andere bewustzijnsaspecten was en is zeer doeltreffend bij manie, angst, schizofrenie, en depressie (zelfs waar het slechts gaat om symptoombestrijding). De psychofarmaca hebben wat dat betreft ontegenzeggelijk een nieuw tijdperk ingeluid.

Veel psychofarmaca hebben, naast hun eigen specifieke effect, ook een effect op het dat circuit dat normaal wordt aangesproken in gevallen van angst, honger, dorst en seksuele stimuli. Deze farmaca hebben daardoor ook invloed op motivationele processen, dezelfde processen waardoor bijvoorbeeld een drugsverslaving ontstaat. Het gevaar van hierbedoelde psychofarmaca, in het bijzonder de benzodiazepinen, is dan ook dat mensen eraan verslaafd kunnen geraken.

De volgende geneesmiddelen vormen onderdeel van het therapeutisch pakket van de psychiater (en van de huisarts; voor het gebruik van psychofarmaca voor relaxatie en recreatie verwijzen wij naar de paragraaf over verslaving).

- hypnotica (benzodiazepinen bij slapeloosheid)
- sedativa (benzodiazepinen om rust te bewerkstelligen)
- anxiolytica (oxazepam en andere benzodiazepinen bij angststoornissen)
- antipsychotica (o.a. haloperidol, pipamperon bij psychosen)
- lithium (bij stemmingsstoornissen, met name als prophylaxe bij bipolaire stoornissen)
- antidepressiva (bij stemmingsstoornissen)
- psychostimulantia (methylfenidaat (Ritalin®) bij ADHD)

Geestverruimende middelen zoals LSD, opiaten, mescaline, en cannabisproducten worden niet beschouwd als 'lege artis' in de behandeling van psychiatrische klachten. Wel wordt er, in ieder geval in Nederland, geëxperimenteerd met deze middelen. In een behandelsituatie of bij de inventarisatie van de klachten van de patiënt wordt wel naar voren gebracht dat een 'blowtje' voor het slapen gaan als effectief wordt ervaren.

De hiernavolgende toestanden en stoornissen vormen in het algemeen indicaties om psychofarmaca voor te schrijven:

- bestrijding van angststoornissen (patiënt: 't gaat tekeer in mijn hoofd');
- bestrijding psychotische toestanden en paranoïde gedachte-inhouden;
- depressieve stoornissen (op dit moment staan vooral de bipolaire stoornissen in de belangstelling).

Leidraad bij de toepassing van psychofarmaca is de ervaring van de patiënt, de ervaring in de eigen praktijk, en de kennis van de praktijken van anderen. Uiteindelijk primeert deze klinische ervaring boven de kennis die statistische onderzoeken opleveren ('clinical hope' boven 'statistische zekerheid'). Dit prevaleren van de kliniek is gerechtvaardigd omdat in de arts-patiënt relatie ten diepste imponderabilia een rol spelen.

Wat betreft de ervaring van de patiënt het volgende. Als een zieke cliënt een middel niet verdraagt moet de arts dit accepteren. De arts moet sowieso op zoek zijn naar de grootst mogelijke coöperatie.

Bij de toepassing van psychofarmaca verdient ook het volgende aspect nog aandacht. Vrouwen reageren farmacologisch anders op geneesmiddelen dan mannen. Vrouwen verschillen doorgaans van mannen ter zake van – bijvoorbeeld – de lichaamssomvang, het lichaamsvet en de activiteit van leverenzymen. Vrouwen (met name in de vruchtbare leeftijd) zijn bovendien ook ondervertegenwoordigd in clinical trials waardoor de resultaten van deze onderzoeken ten onrechte worden geëxtrapoleerd naar vrouwen. Helaas is de exacte betekenis van deze bevindingen voor de kliniek nog niet opgehelderd.

5.2.2. Ethische aspecten

Op basis van het feit dat de vrijheid de hoogste waarde is die de mens kenmerkt, en op basis van het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid (zie Hoofdstuk 1.2.2.4.) is het duidelijk dat ieder psychofarmakon dat de vrijheid van mensen beperkt of opheft, niet geoorloofd is. Nu dragen bepaalde psychofarmaca op de lange termijn het gevaar van afhankelijkheid in zich. Dit ondermijnt de vrijheid. Het te makkelijk en niet-geïndiceerd gebruiken van hierbedoelde psychofarmaca, in het bijzonder benzodiazepinen, moet daarom in vraag gesteld worden. Een arts dient bij ieder voornemen tot farmacotherapie dan ook altijd de mogelijkheid van alternatieven in de psychotherapie te onderzoeken. In het geval van psychofarmaca moet men altijd het korte termijn voordeel bezien tegen de gevolgen op langer termijn.

Van psychiatrische patiënten kan niet voorbaat gezegd worden dat zij geen vrije wil hebben (zie het Chabot-arrest, HR 21/06/94. NJ 1994/656). Ook psychiatrische patiënten moeten dus vrijelijk akkoord gaan met de hun aangeboden farmacotherapie. De uitoefening van de vrije wil bestaat dan hierin dat de patiënt zelf, na goed te zijn geïnformeerd, besluit de psychofarmaca in te nemen. Vervolgens doet zich (ook) hier het probleem voor van de therapietrouw, vooral bij verslaafden.

De schaal waarop tegenwoordig psychofarmaca gebruikt worden door relatief normale mensen is indrukwekkend. Het doel hiervan is enhancement, dat wil zeggen de toename in kwaliteit, waarde, of kracht van een capaciteit, bijvoorbeeld een cognitieve bekwaamheid [2: British Medical Association. Boosting your brainpower: ethical aspects of cognitive enhancements. 2007.]. Men denke hier niet alleen aan antipsychotica, antidepressiva en anxiolytica, maar ook aan Ritalin en andere cognitieve 'enhancers'. Deze neuromodulators blijken steeds meer aangewend te worden om bepaalde elementen van het functioneren kwalitatief of kwantitatief op een hoger plan te brengen; het betreft hier bijvoorbeeld het opwaarderen van geheugen, stemming of seksuele lust. In de mate dat we meer kennis verkrijgen over de relatie tussen de hersenen en gedrag, is het waarschijnlijk dat we in de toekomst meer te weten zullen komen over de neurobiologische basis van onze cognitieve capaciteiten. De toekomst van de psychofarmaca die louter gebruikt zullen worden voor 'enhancement' is dan ook zonder meer indrukwekkend. Of, desgewenst, angstaanjagend. Er is immers een groot potentieel voor zowel goede als kwade toepassingen.

Waar ligt de grens in het ontwerpen en gebruiken van 'feel good' farmaca? Wordt psychiatrie een zichzelf expanderende bezigheid? Immers, iedereen wil zich 'beter voelen', en wel 'better than well'. En iedereen wil af van lastpakken, zoals pubers die niet naar hun ouders willen luisteren (zie in dit verband de DSM-kwalificatie 'oppositional defiant disorder'). Kortom, er is een trend gaande naar medicalisatie van 'la condition humaine' waardoor voor steeds meer segmenten van ons normale bestaan psychiatrische labels (en drugs) beschikbaar

zijn.

Deze ontwikkeling is een onderdeel van een hedonistische mentaliteit die mensen predisponeert voor drugsverslaving. De kern daarvan is dat er tegen alle pijn, tegenslag, en frustratie, een pil moet zijn; of iets anders dat de wetenschap moet ophoesten. Farmaceuten spelen hierop in waardoor de geneesmiddelenconsumptie nog meer stijgt.

De algemene vraag die resteert is natuurlijk in hoeverre wij vrij zijn om – op welke wijze dan ook – naar goeddunken over onze capaciteiten (en ons lichaam) te beschikken. Waar ligt de grens? De toepassing van psychofarmaca bij gezonde mensen is niet gericht op het herstel van hun functionele integriteit, maar op de verbetering van hun eigenschappen. Wordt daarmee hun lichaam gedegradeerd tot een middel om de gewenste eigenschappen te verbeteren? Dit laatste zou ingaan tegen het principe dat men de menselijk lichaam niet mag instrumentaliseren (zie Hoofdstuk I.2.2.1.).

Het is belangrijk om tegenover deze enhancement-tendens duidelijk te maken wat de echte perfectie van de mens is: deze ligt in de vorming van deugden, dat wil zeggen: in moreel goede karaktereigenschappen die de mens sterken in zijn innerlijke vrijheid, die zijn meest specifieke waarde uitmaakt (vgl. Hoofdstuk I.3.1.).

Een actuele vraag betreft de macht van de farmaceutische industrie: creëren de farmaceutische bedrijven een vraag? Waar vroeger ongemak in het leven verdragen werd, eisen cliënten nu massaal pillen, bijvoorbeeld methylfenidaat bij ADHD, dat in sommige streken van de VS bij 20% van de kinderen gediagnosticeerd wordt [3: British Medical Association. Boosting your brainpower: ethical aspects of cognitive enhancements. 2007.]. Iets dergelijks speelt ook bij de benzodiazepinen. Is dit type farmacon wel het juiste antwoord op spanningen? Worden er niet te gemakkelijk benzodiazepinen tegen onrust en slecht slapen voorgeschreven (circa 11,2 miljoen verstrekkingen aan ruim 1,8 miljoen mensen [4: Anonymus. Benzo's uit het pakket. Pharmaceutisch Weekblad 2008, 25, 143.]). Hebben al deze mensen wel benzodiazepinen nodig?

Het is duidelijk dat bij de betugeling van de macht van de farmaceutische industrie de overheid grote verantwoordelijkheid draagt. Via onder de andere de Geneesmiddelenwet van 2007, die de oude Wet op de Geneesmiddelenvoorziening vervangt, heeft de overheid deze verantwoordelijkheid ook ondubbelzinnig aanvaard. De wet verbiedt onder andere overeenkomsten en samenwerking met apothekers die tot gevolg heeft of kan hebben dat het ter hand stellen van geneesmiddelen door andere overwegingen worden beïnvloed dan die van een goede geneesmiddelenvoorziening. Ook is de registratie van bijwerkingen en ongewenste interacties van farmaca verbeterd door een meldingsplicht. De verwachting is dat het gebruik van het elektronisch patiëntendossier vorenbedoelde meldingen alleen maar zullen doen toenemen. De vraag is natuurlijk nog steeds of dit alles wel voldoende is. Men denke alleen al aan de praktijken van farmaceutische bedrijven om hun klinische research in derde wereld landen uit te voeren, landen waar minder ethische voorwaarden worden gesteld terwijl tegelijkertijd mensen aldaar er niet van zullen profiteren. En aan de mogelijkheid voor de farmaceutische industrie om medicijnen die in het Westen niet meer te slijten zijn, in derde wereld landen te dumpen.

In het voorgaande kwam specifiek de controle van gedrag via farmacotherapie aan de orde. Na de Tweede Wereldoorlog kwam ook de behandeling van psychopathologie met andere vormen van gedragscontrole op gang: psychologische conditionering (bijvoorbeeld 'contingency management' bij verslaafden), (verbeterde) shock therapy bij therapieresistente depressie, psychochirurgie (bijvoorbeeld 'deep brain' stimulatie (DBS) via elektroden), en hersenimplantaten (zie voor DBS en hersenimplantaten Hoofdstuk V.3.3.2.). Of de DBS en het inbrengen van hersenimplantaten succesvolle therapieën zullen opleveren zal de toekomst leren. Hetzelfde geldt voor perspectieven die thans worden geopend door de stamceltherapie (zie Hoofdstuk III.4.2.1.).

IV.5.1 Psychotherapie

F.L.E. de Wever, F. Hamburg, J.G. van Lier

Psychotherapie is gericht op herstel van de mentale gezondheid. Een mens is mentaal gezond wanneer zijn psychologische vrijheid wortelt in een realistisch begrip van de werkelijkheid. Het begrip psychotherapie omvat in ieder geval zelfinzicht en zelfcontrole. Uiteraard is geen mens onbeperkt vrij. Maar neurotici en psychotici zijn door hun respectieve gesteldheden nog onvrij. Psychologie, kan men daarom zeggen, heeft voor een belangrijk deel te maken met beperkingen van de menselijke vrijheid. Onbewuste conditioneringen spelen daarin een belangrijke rol.

Naast de onbewuste conditionering bestaat er ook zoiets als de ervaring van onvrijheid door de neurotische effecten van het gevoel van leegheid en betekenisloosheid. Deze leegheidservaring neemt mogelijk steeds meer toe, in ieder geval in stedelijke gebieden. De beschikbare cijfers over de toename van het aantal patiënten laten ruimte voor speculatie. Misschien is dit het geval omdat onze cultuur enerzijds niet meer de creatieve en spirituele dimensie van de mens bedient, en anderzijds steeds meer 'life events' medicaliseert of psychologiseert. Zeker, mogelijk nemen niet de stoornissen toe, maar zijn er tegenwoordig gewoon betere diagnostische tools zodat wij er meer constateren. Of zien wij meer gebreken als 'verhelpbaar' waardoor iets niet meer een 'karaktertrek' is, maar – bijvoorbeeld – een fobie. Toch is daarmee allerm minst de mogelijkheid van tafel of niet het aanbod de vraag schept.

5.1.1 Geschiedenis

Strikt genomen begint de geschiedenis van de psychiatrie met Franz Anton Mesmer (1734-1815), een pionier in de exploratie van onbewuste mentale processen. Het was immers Mesmer die in de 70er jaren van de 18de eeuw een studie van de hypnose begon. Weliswaar is zijn werk lange tijd gekoloniseerd geweest door magnetiseurs, spiritisten, 'healers', en andere charlatans, maar tijdens de 90er jaren van de 19de eeuw werd zijn werk opgepakt, gesystematiseerd, en geïntegreerd (met verwante ontwikkelingen in aanpalende domeinen) door psychodynamische theoretici waaronder Sigmund Freud. Op laatstgenoemde zullen we nog terugkomen. Hier vragen wij slechts aandacht voor de minder bekende Philippe Pinel (1745-1826) en Hermann Rorschach (1884-1922). Zij verdienen hier vermelding omdat Pinel ('de vader van de moderne psychiatrie') als eerste onderscheidde tussen – populair gezegd – straatschoffies, criminelen en psychiatrische patiënten, en Rorschach, met zijn 'ink-spot test', mogelijk de eerste psychometrist is geweest. In hetzelfde tijdsgewricht, overigens, kwam het in 1871 tot de oprichting Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, de oudste specialistenvereniging in Nederland.

In de laatste decennia van de psychiatrie zijn vooral de volgende twee ontwikkelingen te onderscheiden: (1) De vermaatschappelijking van de psychiatrie, en (2) het classificatiesysteem Diagnostic Statistical Manual (DSM).

De vermaatschappelijking van de psychiatrie, die zich in de laatste decennia manifesteerde, vloeide vooral voort uit het inzicht dat men zijn aandacht primair moest richten op het ambulant behandelen van patiënten en naar de opvang in crisissituaties. Dit resulteerde in de idee van een 'bed op recept' (BOR) en het buiten de uren aanbieden van contact met de afdeling waar men in behandeling is ('telefoon op recept', TOR). Deze beide

concepten werden ook opgenomen in behandelplannen. Daarnaast kreeg men steeds meer oog voor de verbetering van de situatie van mensen die tussen de ziekenhuis en de thuissituatie in zitten. Al deze veranderingen moeten worden gezien in de reorganisatie van het ziekenhuiswezen in zijn totaliteit. Opvallende ontwikkelingen daarin zijn allereerst het apart zetten van de jeugdzorg ('jeugdpsychiatrie'), de ouderenzorg boven de zestig ('ouderenpsychiatrie'), en de 'volwassenenzorg'. Voorts werd in de psychiatrie het ziektebeeld gekoppeld aan de te verwachten duur van de behandeling. Men kwam zo tot het onderscheid tussen kortdurende behandelingen (tot en met twee jaar) en langdurende behandelingen (meer dan twee jaar). Binnen de laatste categorie gaat het vooral om psychiatrische processen. De behandeling vindt zoveel mogelijk ambulant plaats. Hierin past het inzetten van de verpleging buiten de afdeling bij de mensen thuis, bijvoorbeeld in de intensieve thuiszorg als vervolg op een opname of juist ter voorkoming hiervan.

Kort samengevat was de trend in de afgelopen dertig jaar eenvoudigweg 'van bed naar stoel', dus: van opgenomen zijn naar ambulant. Kortom: het onderstrepen van de zelfredzaamheid en het zoveel mogelijk in de eigen omgeving houden van de patiënt. Dit alles was mede mogelijk door het succes van psychofarmaca. Naast deze ontwikkelingen gold overigens voor de gehele zorgsector de intrede van de 'evidence-based practice' en de toenemende invloed van patiëntenorganisaties, ouders, en consumentenbonden.

Medio tachtiger jaren gingen psychiaters en psychologen in Nederland werken met het classificatiesysteem Diagnostic Statistical Manual (DSM-classificatiesysteem). De DSM bevat groepen van criteria die in consensus zijn opgesteld door de leden van de American Psychiatric Association (APA). In de DSM gaat het om een a-theoretische, puur descriptieve, empirische opvatting van psychiatrie. In deze benaderingswijze wordt principieel afgezien van causaal en conceptueel denken. Dit betekent bijvoorbeeld dat het niet past om nog te spreken over zoiets als een 'neurose'. Dit begrip hangt teveel vast aan een dynamisch concept, dat wil zeggen: aan een psychoanalytisch concept (zie hierna).

Nog drie opmerkingen moeten gemaakt worden aangaande de DSM:

1. Het woord 'diagnostisch' is misleidend, althans wanneer men deze term klassiek opvat. De DSM is slechts een classificatiesysteem, tot dusverre etiologisch neutraal, waaraan de instituten binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), zich gecommitteerd hebben. Het systeem draagt wel bij tot het vormen van een diagnose.
2. Kan er eigenlijk wel zoiets bestaan als een a-theoretisch diagnostisch systeem? Het gegeven dat wij allen het eens zijn over een stel definiërende karakteristieken betekent nog niet dat er sprake is van iets reëls. Of anders gezegd: het feit alleen dat psychiaters ieder voor zich op betrouwbare wijze karakteristieke kenmerken bij een patiënt weten te benoemen, zegt nog niets over de validiteit van de classificatie. De 17de eeuwse methoden om heksen te classificeren waren ongetwijfeld zeer betrouwbaar, maar allerm minst valide (een valide of geldige test meet wat hij moet meten).
3. Een stelsel van classificaties van ziekten en aandoeningen kan niet vereenzelvigd worden met het medisch-wetenschappelijk kennisdomein. Er kan immers lijden zijn zonder ziekte, er kan ziekte zijn zonder lijden. Bovendien zeggen die classificaties op zichzelf weinig over de ernst of oorzaak van het lijden. Tholen schrijft in dit verband dat classificaties onbruikbaar zijn voor het afgrenzen van ziekte en gezondheid: 'Het is dus niet het voldoen aan de criteria van een in de classificatie gespecificeerde aandoening wat maakt dat er sprake is van ziekte', aldus Tholen, 'maar het voldoen aan een drempelwaarde van symptomatologie en daarmee samenhangend leed'.

In de Verenigde Staten van Amerika werd in 2013 de DSM-5 geïntroduceerd, in Nederland in 2015. Versie 5 bevatte een aantal veranderingen in de naamgeving en in het onderscheid van en tussen verschillende aandoeningen. De belangrijkste wijzigingen zijn het loslaten van de assenstructuur, meer aandacht voor de dimensie (spectrum) en dat instandhoudende factoren meer aandacht krijgen. Verder bestaat de categorie n.o.s. (not otherwise specified) niet meer. Er zijn zogenaamde risicosyndromen toegevoegd.

Belangrijk is nu ook dat er sprake is van een psychische stoornis als een patiënt 'significante lijdensdruk' ondervindt, en/of 'significant disfunctioneert' (wordt gemeten aan een nieuwe meetschaal – WHODAS-2.0). Verder moet de patiënt ook een hulpvraag hebben.

De DSM blijft een classificatiesysteem en geen diagnostisch systeem. Geen twee mensen met eenzelfde DSM-categorie zijn gelijk. Voor een echte diagnose moet je verder kijken naar voorgeschiedenis, aanleg, complicaties, comorbiditeit, prognostische factoren, enz.

Betaling vindt via de zorgverzekeraar wel plaats op basis van een DSM-categorie. Inmiddels is versie 5-TR in gebruik.

Overigens leidt het hanteren van de DSM-classificatiesysteem wel tot betere communicatie en dient het als achtergrond bij het verrichten van wetenschappelijk onderzoek.

5.1.2 Definitie en inventarisatie van psychotherapie

Het begrip psychotherapie is in Nederland geïntroduceerd door de Nederlandse arts en literator Frederik van Eeden (1860-1932) die eind 1885 in Parijs was in verband met zijn dissertatie. In die context woonde hij eens een middagcollege bij van de befaamde neuroloog Charcot (deze middagcolleges stonden bekend als 'les leçons du mardi'). Charcot hanteerde hypnose bij patiënten die toen hysterisch genoemd werden en demonstreerde dit voor een pluriform gehoor. In dezelfde periode vertoefde Sigmund Freud ook in Parijs. Freud en Van Eeden hebben elkaar in latere jaren een aantal keren ontmoet. Frederik van Eeden werd rond zijn zestigste jaar katholiek.

In de loop der jaren is het begrip psychotherapie gepreciseerd. Psychotherapie – volgens de Commissie Verhagen uit 1981 – is nu het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen van patiënten die hulp behoeven voor psychische moeilijkheden, conflicten of stoornissen. Deze behandeling geschiedt door een deskundige die opgeleid is om op methodische wijze een relatie te vestigen, te structureren en te hanteren. Het doel daarbij is de psychische moeilijkheden, conflicten en stoornissen op te heffen of te verminderen.

In concreto bestaat psychotherapie in de relatie tussen therapeut en cliënt in een behandelsituatie ter bereiking van

1. de bevordering van de zelfreflectie, en
2. de adaptatie aan de normale eisen van het leven (zodat men bijvoorbeeld niet meer lijdt onder excessieve angsten).

Om deze doelen te bereiken, wordt een bepaalde methode ingezet die gevalideerd is en geconcipieerd is volgens een bepaalde school. Te denken valt bijvoorbeeld aan de psychoanalytische psychotherapie. De biografie van de patiënt, naast de actuele hulpvraag, is hiervan een belangrijk aspect.



Het speciale van psychotherapie is dat er tussen patiënt en therapeut een expliciete overeenstemming bestaat om zich op hun relatie en haar doel te concentreren. Deze 'contractuele' verhouding volgt doorgaans een vertrouwde, overeengekomen benadering waarbij zonneklaar is wat er gaat gebeuren en hoe lang alles zal duren.

Men onderscheidt bij psychotherapie de volgende twee modaliteiten:

1. de verbale psychotherapie
2. de niet-verbale psychotherapie

Beide worden doorgaans voorafgegaan door een verkennend gesprek met de therapeut.

Onder de verbale psychotherapie vallen de psychoanalyse, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Mentalisation-based Therapy (MST), en mindfulness therapie.

De *psychoanalyse* is die stroming in de psychologie waarin niet zozeer gekeken wordt naar het bewuste, maar vooral naar het onbewuste. Het doel daarbij is met name inzicht te krijgen in eigen gedrag. Is dit inzicht er eenmaal, dan moeten patiënten uiteraard bekwaam zijn zichzelf te herconditioneren of herstructureren; of daartoe hulp ontvangen. Het doel van dit alles is om zelf sterker te worden en daardoor het eigen gedrag beter te kunnen sturen. Het spreekt vanzelf dat in dit proces de leertheorie (zie hierna bij cognitieve gedragstherapie) een belangrijke rol speelt.

Het concept van de psychoanalyse is afkomstig van Freud en Breuer (laatstgenoemde werkte in Wenen samen met Freud). Het volgende kan in dit verband als een historische schets dienen. Freud bezocht in 1885/86 de kliniek van Charcot in Parijs (La Salpêtrière). Deze kliniek bestaat nog altijd en functioneert nog steeds als zodanig. Zijn bezoek aan Charcot bracht Freud op twee – naar zou blijken – grondverleggende ideeën:

1. het concept van het onbewuste, en
2. de gedachte dat niets in het gedrag van de mens op toeval berust; de menselijke psyche, immers, is een opslagbank van herinneringen die hun effect hebben zonder dat men daar weet van heeft; het is de taak van de therapeut deze herinneringen via de 'vrije associatie' bij de patiënt in het bewustzijn te brengen. Bij het vrij associëren wordt de patiënt aangemoedigd de herinnering te laten rusten en in plaats daarvan te zeggen wat in het bewustzijn komt.

Tot de nalatenschap van Freud behoort de psychodynamische opvatting van gedragingen, verschijnselen, en belevingen. In de periode vóór Freud werd aangenomen dat psychiatrische stoornissen op degeneratieve processen in de hersenen berustten. In de psychodynamische opvatting van psychotherapie wordt veel waarde gehecht aan dynamische interacties tussen heden en verleden en tussen onbewuste en bewuste processen. Deze visie op het bewustzijn houdt in dat deze voortdurend in touw is met het angstvrij houden van de mens; het gaat in deze opvatting dus om een aanpassing aan de eisen van het leven. In dit verband kent de mens intrapsychische conflicten. Als deze teveel angst geven worden ze 'onderdrukt', dat wil zeggen: naar het onbewuste gebracht. Daar onttrekken ze zich aan expositie via afweermechanismen (op het onbewuste niveau), bijvoorbeeld via loochening (laag cognitief niveau), of sublimatie (hoog cognitief niveau). Elementen van cognitie zijn: leren, herinnering, informatie retrieval, concentratie, attentie, processeersnelheid, visuo-spatieële capaciteit, redeneren, en planning

Tegen Freud is veel kritiek ingebracht onder andere op het volgende punt. Freud was ervan overtuigd dat beschaving altijd neerkomt op repressie – en niet op bevrediging – van fundamentele menselijke behoeften. De menselijke ontwikkeling zou neerkomen op de interactie tussen libido (het streven naar lustbevrediging) en agressie (voortkomend uit wat Freud aanduidt als het Id) enerzijds, en de verboden van de ouders die deze lustbevrediging en agressie afremmen anderzijds. Door de internalisering van de ouderlijke ge- en verboden zou de mens na verloop van tijd de indruk krijgen alsof die uit hemzelf voortkomen. De instantie die zo ontstaat in de menselijke psyche, wordt door Freud het Superego genoemd. Feitelijk is Freuds Superego het geweten. Uiteraard wordt het geweten ook beïnvloed door tijdgebonden, culturele opvattingen en persoonlijke opvattingen van de opvoeders. Freud's visie op het Superego laat echter geen ruimte voor een onveranderlijke, universeel geldende moraal die de mens in de kern van zijn geweten kan ontdekken. Het is duidelijk dat deze visie haaks staat op de katholieke mensvisie (zie Hoofdstuk I.1.1.2.; Ashley en O'Rourke 1989 344) . Daar komt nog het volgende bij. Het innerlijke conflict tussen het Id (het onderbewustzijn met zijn libido en agressie), het Ego (het bewuste ik), en het Superego (het geweten), is weliswaar conceptueel zeer rijk, maar niet toepasbaar op ernstige vormen van psychotische stoornissen, stoornissen die hij zelf constateerde in de kliniek. Dit gegeven vormt uiteraard ook een ernstig bezwaar. Maar de meest ernstige kritiek is wel dat al deze psychodynamische kennis weinig wetenschappelijk onderbouwd is in tegenstelling tot de cognitieve gedragstherapie. In 2010 werd de psychoanalytische therapie om deze reden door het College van Zorgverzekeringen uit het basispakket van de zorgverzekeringswet gehaald. Deze maatregel regardeerde circa 600 mensen per jaar.

De *cognitieve gedragstherapie* is een vorm van psychotherapie die in haar zuiver cognitieve dimensie de idee behelst dat zogenaamde irrationele cognities (gedachten) de oorzaak zijn van disfunctioneel gedrag (Wikipedia). De technieken die gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie richten zich dan ook op het veranderen van de inhoud van deze irrationele cognities, dus op het veranderen van onwelkome, disfunctionele gedachten in functionele. Daarnaast wordt gewerkt met technieken uit de klassieke gedragstherapie van Skinner die gebaseerd zijn op de gedachte dat gedrag – via associatie – wordt aangeleerd en zo ook weer kan worden afgeleerd. Deze technieken staan bij de cognitieve gedragstherapie echter ten dienste van het veranderen van cognities. Het doel van dit alles is met name gedragsbeïnvloeding (maar ook beïnvloeding van emotionele reacties). Feitelijk ligt de cognitieve gedragstherapie daarmee ergens tussen de psychodynamische psychotherapie en de (klassieke, Skinneriaanse) gedragstherapie in. De eerste is hierboven toegelicht. Over de gedragstherapie van Skinner het volgende.

Skinner introduceerde een gedragstherapie gebaseerd op een leertheorie die het 'bewustzijn' zoveel mogelijk wilde ecarteren; hij probeerde menselijk gedrag te begrijpen als 'operant geconditioneerd'. Operant geconditioneerd gedrag is gedrag dat is aangeleerd door beloning dan wel bestraffing van het voorgaande gedrag: men ontwikkelt bijvoorbeeld een angst voor lopen in het park omdat men er een keer is beroofd. Gedragstherapie is dan eigenlijk 'herconditioneren' met uitdoving van het oude, ongewenste gedrag. Om dit alles te bereiken moet de cliënt blootgesteld worden aan de prikkel die de oorzaak is van zijn ongewenste gedrag (dit aspect van 'exposure' ontbreekt in de zuivere cognitieve therapie).

Skinner heeft een zeer smalle, deterministische conceptie van het leven; de mens is er het product van zijn omgeving; 'vrijheid' en 'waardigheid van de mens' zijn bij hem zinloze concepten; gedragstherapie is bij hem een louter technische manipulatie. In de mate waarin het accent op het operant conditioneren ligt, is er evenwel niet zozeer sprake van gedragsbeïnvloeding en maar sprake van gedragscontrole. Door haar deterministische visie op de mens is de Skinneriaanse opvatting van gedragstherapie in haar extreme vorm niet met het christelijk mensbeeld compatibel. Het laatste benadrukt juist dat de specifieke waardigheid van de mens is

gelegen in zijn vrijheid (zie Hoofdstuk I.1.1.2 en 2.2.4.). Niettemin kunnen op goede gronden conditioneringstechnieken verkozen worden boven openlijk geweld wanneer het erom gaat om personen die door hun defectieve intelligentie niet vrij kunnen beslissen of personen die zich oncorrigeerbaar verzetten tegen iedere toezicht, zoals bepaalde gevangenen en gewelddadige menigten .

In de praktijk hangt vrijwel niemand meer het determinisme aan dat de onderbouw vormt van de leer van Skinner. De hedendaagse cognitieve gedragstherapie tracht bovenal om onwelkome, disfunctionele gedachten (zoals overdreven zelfkritiek, zelfondermijnende overtuigingen, agressie en dergelijke) om te buigen naar minder belastende (met gunstige effecten op gedrag). Het hier en nu krijgt dan de nadruk, evenals het meester worden van de symptomen. Anders dan Skinner meende, is daarbij een exploratie van het verleden en een toenemend inzicht in de eigen persoonlijkheidsstructuur absoluut noodzakelijk. Dat de cognitieve gedragstherapie dus alleen maar slechte gewoonten zou corrigeren, met andere woorden: louter symptomen zou bestrijden, is dus bepaald niet waar .

Of cognitieve gedragstherapie geïndiceerd is, wordt per persoon vastgesteld. De richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie onderscheidt op dit punt – in afnemende vrijblijvendheid – aanbevelingen, opties, en richtlijnen. Cognitieve gedragstherapie is lege artis geïndiceerd bij depressie (ondersteund met medicatie), angststoornissen en vermijdingsgedrag.

Het acronym *EMDR* staat voor *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Deze therapie wordt met name toegepast bij de benadering van traumatische ervaringen om deze van hun kracht en emotionele lading te ontdoen. De therapeut start daartoe een verwerkingsproces waarbij de gebeurtenis wordt herbeleefd in combinatie met een afleidende stimulus, bijvoorbeeld door links rechts oogbewegingen te ontlokken, of door het aanbieden van geluid, via een koptelefoon, met een links rechts effect. Het gaat bij dit alles om het ompolen van de aandacht van links naar rechts naar links enzovoorts. Wat precies het onderliggende werkingsmechanisme is, is nog steeds onbekend. Voor een gedetailleerde behandeling van EMDR verwijzen wij naar het desbetreffende Handboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke cliëntengroepen .

Een andere vorm van psychotherapie is de Mentalisation-based Therapy (MST). Met mentaliseren bedoelt men hier het opvatten van eigen en andermans gedrag als betekenisvol of intentioneel, bijvoorbeeld in het laatste geval door je te verplaatsen in een ander. Dit betekent dat iemand tegelijkertijd iets kan beleven en erover nadenken. Doel: ontdekken hoe men over anderen denkt, wat daarbij de begeleidende gevoelens zijn, en hoe deze laatste de reacties op anderen bepalen (zie www.psychoanalytischinstituut.nl). MST is vooral bedoeld voor mensen met borderline persoonlijkheidsstoornissen. Kenmerkend is de zogeheten ‘stabiliteit in instabiliteit’; deze komt tot uiting in impulsieve gedragingen, bijvoorbeeld in relaties, in het denken en het interpreteren van anderen, de omgeving en zichzelf, in stemmingswisselingen of in de vorm van zelfbeschadigend gedrag. De borderline persoonlijkheidsstoornis, die meestal bij vrouwen voorkomt, wordt onderscheiden van de schizoïde persoonlijkheidsstoornissen. Bij laatstgenoemde stoornissen gaat het om teruggetrokken levende mensen die door niet-psychiatrisch geschoolden vaak als ‘vreemd’ worden ervaren. De borderline persoonlijkheidsstoornis moet ook onderscheiden worden van de antisociale of sociopathische persoonlijkheidsstoornissen. De laatste betreffen een groep cliënten met een koud en hardvochtig geweten, die geen rekening houden met de gevolgen van hun handelen voor anderen en empathie ontberen. Zij vormen een probleem voor justitie en penitentiaire inrichtingen, omdat gedwongen behandeling als onderdeel van een strafoplegging bij hen niet werkzaam is.

In de mindfulness therapie gaat het erom los te komen van automatische, lang bestaande, en vastgeroeste manieren van denken over jezelf (‘schema’s’) en bijbehorende gemoedstoestanden en gedragingen. Vaak

komen mensen door deze onbewuste, inflexibele schema's in de problemen. Het toelaten van 'wat er is', in eerste instantie wat er is aan schema's, en de bewustwording ervan heet 'mindfulness'. Het gaat erom uit de actiegerichtheid van de schema's te stappen, je niet te laten determineren door het verleden, en geen angst voor de toekomst te hebben; anders gezegd: het gaat erom in het hier en nu te leven, je meer bewust te zijn van je schema's, emoties, gedachten, behoeften, en lichamelijke gewaarwordingen. Volgens sommigen komt deze therapie neer op het toepassen van oosterse denkbepelden op westerse problemen.

Tot de non-verbale psychotherapie behoren de Psychomotore psychotherapie (PMT), de creatieve therapie en de ergotherapie.

Psychomotore psychotherapie (PMT). Deze therapie gaat uit van de gedachte dat de lichaamstaal iets zegt over wat er inwendig leeft. De aanpak is in hoge mate praktisch van aard ('lichaamsbeleving'). Het doel is gelijk aan het uiteindelijk doel van iedere psychotherapie: de psychologische vrijheid van de patiënt groter maken, afkomen van de beknotting.

Bij creatieve therapie gaat het erom de patiënt in staat te stellen zijn problematiek middels tekeningen of schilderijen op papier te krijgen; het doen en ervaren – in een concreet werkproces met een concreet resultaat – staan hier centraal, niet het praten. Een belangrijk onderdeel van de therapie is het geven van betekenis aan vorenbedoeld doen en ervaren. Creatieve therapie helpt met name bij mensen die al langer onderweg zijn en waarbij het van belang is emoties te leren kennen en uiten. Het doel is inzicht te krijgen in eigen gedrag en functioneren, te oefenen met eigen gedrag en het oproepen van weggestopte emoties opdat men er beter mee kan omgaan (Dusseldorp 2009).

De ergotherapie geeft antwoord op de vraag hoe iemand met een lichamelijke en/of psychische beperking zijn dagelijkse activiteiten optimaal kan uitvoeren. De ergotherapeut kan hierin bijvoorbeeld adviseren, vormen van vrijetijdsbesteding uitproberen, arbeidsrehabilitatie trajecten starten, en vaardigheidstrainingen geven. In de klinische setting ligt de nadruk op het weer naar huis gaan van de cliënten, in de poliklinische is in feite van alles mogelijk. In de laatste context kunnen immers alle problemen in de thuissituatie en werk het onderwerp zijn van therapie. Men denke aan zaken als zelfredzaamheid/wonen, arbeid, en vrije tijd (Kruijne, persoonlijke mededeling 2009).

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat cognitieve gedragstherapie momenteel de meest effectieve vorm van psychotherapie is voor uiteenlopende gedrags- en emotionele stoornissen (voor meer informatie hierover verwijzen wij de lezer naar site van de Vereniging voor Gedragstherapie: www.vgtv.nl).

Een fundamentele vraag met betrekking tot psychotherapie is of mentale stoornissen zijn te herleiden op breinpathologie. Wat is eigenlijk het precieze verschil tussen 'mental illness' en een gewone, fysieke ziekte? Het antwoord hierop hangt af van wat bedoeld wordt met 'mentaal'. En wat iemand hiermee bedoelt, is afhankelijk van de visie die men heeft op het mind-body probleem (zie Hoofdstuk 1.1.2.). Binnen het katholiek thomistisch mensbeeld dat van dit handboek het uitgangspunt is, is de psyche een tussenniveau tussen de fysieke en de geestelijke dimensie van de menselijke persoon. De psyche omvat het gevoelsleven, dat zich vormt in reactie op zintuiglijke waarnemingen, zoals die door de hersenen worden verwerkt. Tevens staat de psyche niet los van de menselijke geest, omdat de mens met zijn wil zijn gevoelsleven kan aansturen: hij kan ervoor kiezen gevoelens te verminderen of er juist de vrije baan aan te geven. In het proportioneren van het gevoelsleven aan de werkelijkheid, bijvoorbeeld het gevoel van vrees aan de waargenomen dreiging, spelen de deugden een belangrijke rol. De deugd van de sterkte stelt in staat om het midden te vinden tussen overmoed en lafheid, waardoor de mens moedig een waargenomen dreiging tegemoet kan treden. De deugdevorming vormt daarom een intrinsiek element van psychotherapie.

Omdat het gevoelsleven het geheel van reacties is op zintuiglijke waarnemingen, zoals die in de hersenen verwerkt worden, valt het niet los te zien is van zijn substraat, het hersenweefsel. Hersenscans kunnen bij het vaststellen van enkele psychiatrische stoornissen dan ook zeker behulpzaam zijn, in het bijzonder bij het diagnosticeren van dementie en hersentumoren; er is dus in dit opzicht inderdaad vooruitgang. Maar op de psychiatrische diagnose heeft het in de praktijk toch nog geen impact; centraal blijft nog steeds de patiënt/therapeut relatie.

Volgens nogal wat neurowetenschappers denken mannen en vrouwen verschillend. Mannen zouden bij hun denken meer grijze stof benutten, vrouwen meer witte stof (maar beiden scoren vergelijkbaar op intellect). Kennelijk heeft de evolutie twee soorten hersenen opgeleverd. Mannen zouden dan meer gebruik maken van informatie processerende centra ('kernen') en vrouwen zouden sterker zijn in het activeren van netwerken tussen deze centra. Dit zou verklaren waarom mannen en vrouwen excelleren op verschillen typen taken (zie www.livescience.com). Tevens zou dit verklaren waarom beschadigingen van de frontaalkwab (waar veel witte stof zit) ernstiger uitpakken bij vrouwen.

In de recente literatuur circuleren ook artikelen over structuurverschillen tussen mannen- en vrouwenhersenen waardoor verklaard zou kunnen worden dat bij vrouwen meer angst en depressie voorkomen. De multi-task hersenen van vrouwen (mannenhersenen zijn meer single-task) zouden mogelijk eerder gestrest zijn omdat ze in hun dagelijks functioneren dicht bij hun maximale belastbaarheid zitten. En stress zou misschien de voorloper kunnen zijn van angst en depressie. Of dit alles waar is en daarbij nog klinisch relevant, is echter geenszins uitgemaakt.

5.1.3. Ethische problemen

Zoalsesignaleerd zijn de psychoanalyse van Freud met zijn afwijzende houding tegenover godsdienst en universeel geldende waarden en normen en de gedragstherapie van Skinner met zijn deterministische opvatting van het menselijk handelen gebaseerd op een mensvisie die niet met het christelijk mensbeeld compatibel is. Dat wil niet zeggen dat beide vormen van psychotherapie geen bruikbare aspecten en inzichten bieden. Echter in volledigheid zijn zij als psychotherapie niet geschikt. Binnen het kader van psychotherapeutische begeleiding bestaat er een intense relatie tussen de patiënt en de therapeut en komen ook ethische zaken aan de orde, bijvoorbeeld op het gebied van huwelijk en seksualiteit, die de psychische beleving van de patiënt bepalend kunnen zijn. Een vorm van psychotherapie die intens verweven is met een mensbeeld dat haaks staat op het christelijke mensbeeld, kan daardoor voor het geloof van een christelijke patiënt en zijn waarden- en normbesef schadelijk zijn. In dit verband mag niet over het hoofd worden gezien dat een psychiatrische patiënt als gevolg van zijn aandoening zich in een heel kwetsbare conditie kan bevinden. Een specifiek katholieke psychiatrie bestaat evenwel niet. Men zou zich niettemin goed kunnen voorstellen dat in sommige gevallen een katholieke patiënt met meer vrucht door een katholieke psychiater wordt behandeld. Een ernstig probleem kan zich overigens ook voordoen wanneer patiënten van hun kant om religieuze redenen de psychiatrie op een afstand houden. Hierdoor dreigt het gevaar van onderdiagnostiek en onderbehandeling.

Het doel van psychotherapie is het streven naar mentale gezondheid, die hierin bestaat dat de psychologische vrijheid van de mens wortelt in een realistisch begrip van de werkelijkheid. Hoewel de mens in wezen vrij is, kunnen psychische problemen de realisering en uitoefening van de vrijheid belemmeren. Voor het verantwoord menselijk handelen kunnen daardoor premorele blokkades worden opgeworpen. Tevens kunnen psychische blokkades inter-persoonlijke relaties bemoeilijken, met medemensen, maar ook met God.

Een basisbehoefte van de mens is 'the need for society'. Alle ethische besluiten, aldus Ashley en O'Rourke (blz 193), inclusief medisch-ethische, moeten de menselijke waardigheid ten doel hebben, dat wil zeggen: de maximale, geïntegreerde bevrediging van de aangeboren en culturele behoeften van iedere persoon, inclusief zijn of haar biologische, psychologische, ethische, en spirituele behoeften als lidmaat van de wereldgemeenschap en van nationale gemeenschappen. Psychotherapie moet daarom gericht zijn op het herstel van de waardigheid van de mens als vrij en sociaal wezen. Iedere psychotherapie (of farmacotherapie) die de vrijheid van de mens beperkt of opheft, is diens gevolg niet geoorloofd. Twee belangrijke basisprincipes van de medische ethiek spelen daarom hierbij een grote rol: het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid en het socialiteitsprincipe (zie Hoofdstuk 1.2.2.4. respectievelijk 2.2.5.).

Daarnaast eist het principe van de handeling met dubbel effect (zie Hoofdstuk 1.2.2.6.2.) dat bij therapeutische gedragscontrole het voordeel voor de patiënt het doel is en de schade en risico's bijwerkingen zijn, dat wil zeggen niet de oorzaak van het beoogde therapeutische effect.

5.1.3.1. Informed consent bij psychiatrische patiënten

Ingrijpen in de psyche ligt heel gevoelig. Psychiaters hebben hier volgens velen een machtspositie. In de film 'Silence of the Lambs' werd dit aspect op overdreven wijze gedramatiseerd; zie ook de film 'One flew over the Cuckoo's nest'.

Sinds de opkomst van de autonomiegedachte is voorgaande voorstelling van de macht van psychiaters ongetwijfeld uiterst overdreven. Zeker, als onderdeel van een straf of als element in de beoordeling van een arbeidsongeschiktheid zou een psychiater goed bij zichzelf te rade moeten gaan voordat hij daaraan zijn medewerking verleent. Maar dat zijn bijzondere situaties die zich afspelen in penitentiaire inrichtingen en in specifiek juridische sferen. Uiteindelijk is het in de algemene praktijk zo dat volgens de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, zie Hoofdstuk IV.1.1.) patiënt en therapeut het met elkaar eens moeten zijn ter zake van bepaalde klachten. In de praktijk betekent dit dat beiden op geleide van basistechnieken een 'view' maken en dat inbrengen in een gesprek. Dit alles impliceert gelijk niveau. Wat je vervolgens afsprekt te gaan doen (behandeldoel) wordt geformaliseerd in een behandelplan. Het is zelfs zo dat al bij de inventarisatie aan de orde kan komen dat er behoefte is aan een assertiviteitstherapie (waarmee begonnen kan worden, of die parallel aan de psychotherapie gegeven wordt). Het vaststellen van de medicatie (plus het vaststellen van de wijze van feedback daarop) behoort ook tot het behandelplan.

Een bijzondere probleem vanuit het perspectief van het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid is dat een psychiatrische patiënt die als gevolg van zijn aandoening geen goed zicht op de werkelijkheid heeft, niet altijd gemakkelijk een 'informed consent' kan geven. Vast staat in ieder geval dat een patiënt alleen een 'free and informed consent' kan geven, als hij de werkelijke stand van zaken ten aanzien van zijn conditie en de mogelijkheden van psychotherapie kent en begrijpt. Het probleem is dat er psychiatrische patiënten zijn die geen goede inschatting kunnen maken. Hieruit volgt echter niet automatisch dat dit hun zelfbeschikkingsrecht beperkt. En men moet helemaal niet hieruit afleiden dat psychiatrische patiënten geen vrije wil zouden hebben. Zorgverleners moeten deze patiënten juist helpen om in een kalm beraad hun preferenties uit te spreken. Spreken ze zich uit tegen therapie, dan moet de therapeut deze niet opdringen. Immers, als een therapie niet echt vrijwillig en op basis van inzicht gekozen is, zal ze navenant weinig therapeutisch, of zelfs contratherapeutisch werken. En als patiënten tijdens een therapie zich aan de therapie onttrekken, dan moet de psychiater of psycholoog hun zelfbeschikkingsrecht in deze respecteren. Want iedereen bezit vanzelf, uit het feit van het mens zijn, de waardigheid op basis waarvan men recht heeft op respect. Voor dit alles wordt in het bijzonder aandacht gevraagd bij gedragstherapie in de vorm van operant conditioneren, zeker als het kinderen, gevangenen, en wilsonbekwamen in een niet-therapeutische situaties betreft (zie in dit verband de 'proxy

consent' in Hoofdstuk 4).

5.1.3.2. Botsing van waarden- en normensystemen

Uit het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid vloeit voort dat een therapeut niet aan het waardesysteem van de patiënt moet komen. Hij hoeft alleen de patiënt te helpen vrijer in zijn handelen te worden (door hem te bevrijden van illusies en neurosen). De ambitie van de psychologie eindigt op het punt waar de cliënt zijn eigen vrije keuze kan maken. Bedenk ook dat in de psychoanalytische benadering veel problemen (deels) te herleiden zijn tot de effecten van het super-ego dat minstens partieel het waardesysteem van de ouders of de maatschappij/cultuur weerspiegelt. De therapeut moet naast het betrachten van deze terughoudendheid universele waarden (vertrouwen, eerlijkheid, hoop en dergelijke) bekrachtigen, bijvoorbeeld door het geven van het goede voorbeeld. Dit alles laat uiteraard onverlet dat de therapeut de patiënt altijd naar een ethisch of spiritueel adviseur kan doorverwijzen als hij van mening is dat de beslissingen van de patiënt onethisch zijn (vgl. Ashley en O'Rourke, blz 342-43) . En dat bijvoorbeeld terroristen niet behandeld moeten worden met psychotherapie, maar met educatie in de ethiek.

Bestaat er zoiets als 'the right to be different', ook aan de kant van de therapeut? Freud stond bijvoorbeeld negatief tegenover religie; hij beschouwde religie als een neurotische toestand, als een conflictueuze gang van zaken. Rogers, de man van de client-centered therapy, had hier daarentegen helemaal geen last van; hij was een gesecculariseerde individualist (die wel erg veel oog had voor een goed contact tussen patiënt en dokter). Onze overtuiging is dat dergelijke verschillen tussen therapeuten een normaal aspect vormen van de werkelijkheid. Psychiaters behoren natuurlijk wel lege artis therapie te bedrijven (lege artis wil zeggen: volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie). Doet men dit niet, dan dreigt het gevaar dat de dokter met een gedachte over therapie op de loop gaat en met het resultaat ervan de patiënt benadert. Dit klemmt met name in geval van farmacotherapie. Daarom moet de psychiater zich altijd de vraag stellen: is desbetreffende therapie lege artis? Want als eenmaal een diagnose vaststaat, dan hoort daar lege artis een therapie bij.

5.1.3.3. De verantwoordelijkheid van de psychiater

Welke is de verantwoordelijkheid van de psychiater binnen het kader van psychotherapie? Wie is bijvoorbeeld de eerstverantwoordelijke voor een patiënt, de psychiater of de psycholoog? In verband met deze vragen het volgende. Een psycholoog houdt zich vooral bezig met psychotherapie, een psychiater met de medische condities in therapeutisch verband en met de medicatie. Het standpunt van de Inspectie is dat de arts de eerstverantwoordelijke is. Er bestaat evenwel hierover geen eensgezindheid. Hetzelfde geldt voor de vraag wie eigenlijk eindverantwoordelijk is voor de verpleegkundige zorgrelatie? Is dit de psychiater? Of de senior-verpleegkundige? Voor de regeling van de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van de psychiaters, psychologen, en verpleegkundigen verwijzen we naar de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG, 1993, zie ook Hoofdstuk IV). Deze wet ziet op de kwaliteit van de handelingen van de individuele (para)medicus om de effectiviteit en het vertrouwen in de gezondheidszorg te bewaken/vergroten. De wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) geeft daartoe regelingen over onder andere registratie- en titelbeschermingsaanlegenheden, maar ook over de zogenaamde 'voorbehouden (medisch) handelingen': deze handelingen mogen alleen zelfstandig verricht worden door een arts, en soms door een tandarts of verloskundige.

Doorgaans gaat het in de psychiatrische praktijk om ambulante situaties waarin iemand zich zal melden om van zijn klachten af te komen of deze op zijn minst tot dragelijke proporties terug te brengen. Wil de psychiater hier van hulp kunnen zijn, dan moet er tussen patiënt en arts de grootst mogelijke coöperatie bestaan. Dit zal

moeilijker zijn wanneer er tussen beiden enige ‘match’ of ‘klik’ ontbreekt.

Voorgaande eisen komen natuurlijk boven op de eis dat de psychiater zijn vakkennis bijhoudt, dus inclusief de ontwikkelingen op het terrein van de psychofarmaca. Er wordt in dit verband uitgegaan van het principe dat iedere vijf jaar herregistratie plaatsvindt. Centraal hierin staat een puntensysteem waarin men punten krijgt voor bij- en nascholingsactiviteiten. Informatie hierover wordt doorgegeven aan de Specialisten Registratie Commissie.

De behandelaar bewaakt zijn kwaliteit in ieder geval niet wanneer hij zich niet (voldoende) laat na- en bijscholen. Volgens Ashley en O'Rourke vloeit deze conclusie voort uit de eis van een goed geïnformeerd geweten (Ashley en O'Rourke 1989, 55) en die van een adequate professionele communicatie (ibid.). Eerstgenoemde eis impliceert dat de cliënt goed voorgelicht moet worden opdat hij weloverwogen en vrij kan beslissen over de hem aangeboden therapie; dit impliceert van de kant van de hulpverlener dat hij zijn kennis moet bijhouden zodat de hulpvrager bij hem professioneel advies kan inwinnen. Adequate professionele communicatie is onontbeerlijk als basis voor het vertrouwen tussen therapeut en patiënt. De vereiste vertrouwelijkheid geldt ook als uitdrukking van het respect voor de waardigheid van de menselijke persoon.

5.1.3.4. De risico's van een psychotherapeutische relatie

Een psychotherapeutische relatie brengt een aantal specifieke risico's met zich mee. Zo moet de behandelaar altijd rekening houden met de mogelijkheid van overdracht en tegenoverdracht, met name bij inzichtgevende therapieën.

Bij het fenomeen overdracht projecteert de patiënt allerlei belevingen en herinneringen die hij in zijn leven heeft opgedaan op de arts/therapeut. De factor tijd speelt hierbij een belangrijke rol. Zolang de therapie duurt, is de patiënt immers kwetsbaar; zo kan deze bijvoorbeeld gemakkelijk verliefd worden op de therapeut. Dit alles vraagt een zeer ethische houding van de kant van de therapeut; hij mag geen eigen belang dienen, maar louter het belang van de patiënt (ongeacht bijvoorbeeld diens abjecte politieke opinies). Ook andere elementen zoals vertrouwen, beroepsgeheim, eerlijkheid, het vermijden van seksuele relaties, het nakomen van beloftes en dergelijke, zijn daarin cruciaal.

Bij tegenoverdracht gaat de therapeut onjuist om met het ongemak aan de kant van de patiënt ('o, daar heb je die weer'). Uiteraard zijn er van de zijde van de psychiatrie in verband met het voorgaande de nodige maatregelen genomen. Bespreking van het eigen functioneren hoort tegenwoordig bij de opleiding tot psychiater. Men hoopt zo uit te sluiten dat er bepaalde verborgen complexen leven bij de kandidaat.

Voorts bestaat er nog een gevaar dat de laatste tijd sterk in de belangstelling staat. De op zichzelf noodzakelijke 'klik' tussen therapeut en patiënt moet uiteraard niet zover gaan dat het gedrag van arts (of patiënt) ethisch niet meer aanvaardbaar is. Dit is bijvoorbeeld het geval bij ongewenste intimiteiten door de therapeut of door de cliënt. In principe wordt de verantwoordelijkheid hiervoor op het conto van de therapeut geschreven. Het is immers de psychiater of psycholoog die door zijn kennis en positie een zeker overwicht heeft op de patiënt. Men moet daarom voor alles voorkomen dat de psychiatrische patiënt wordt geëxploiteerd door een therapeut die zijn eigen gratificatie zoekt. De therapeut moet er überhaupt voor waken dat er onveilige behandelsituaties ontstaan, dus dat er contexten geschapen worden waarin hulpeloze personen worden gedomineerd, of therapeuten hun eigen angsten en zwakten niet onderkennen.

5.1.3.5. Het probleem van de 'thérapies fantaisies'

De 'thérapies fantaisies' zijn laatste tijd (weer) in het nieuws als gevolg van de praktijken van de Scientology Church. Deze laatste zijn erg tegen een psychiatrische zorg gekant waarin te veel dwang voorkomt en de

overheid teveel zeggenschap heeft (Burns blz 94). De Scientology Church is ook wars van de toepassing van technieken. Ze wijst bijvoorbeeld electroshocks (ECT) en hersenchirurgie af en kiest meer voor 'persoonlijke routes'. Op zichzelf diskwalificeert hen dit niet per se; sterker nog, de antipsychiatrie (zie hierna) – waar dit allemaal aan herinnert – leidde tot een betere omschrijving van het vak van psychiater.

5.1.3.6. De therapeutische mens

Tot de 'thérapies fantaisies' rekenen sommige professionals ook de mindfulness therapy. Want, zeggen ze, waar zijn we met therapieën als de mindfulness therapie eigenlijk precies mee bezig? Voor dit soort dingen ging men vroeger naar de pastoor. Kennelijk is er in het 'seculiere, individualistische tijdperk' behoefte aan 'goeroes'. Philip Rieff voorspelde al in 1968 de 'therapeutische samenleving' en de 'therapeutische mens'. Deze mens leeft, in de woorden van Ashley en O'Rourke voor een 'constant succession of intensely satisfying experiences, without any drive to realize some plan or ultimate goal'. Kenmerkende slagwoorden voor dit type zijn: 'hedonistisch', 'zelfgericht', 'niet-gecommiteerd', noch aan kerk, noch aan land, noch aan familie.

Nederland lijkt voor de 'therapeutische mens' gidsland te zijn. Er is dan ook geen land waarin het woord 'hulpverlening' zo'n brede lading dekt. Het lijkt erop dat dit alles te maken met het feit dat men zich in onze cultuur heeft afgesloten voor transcendentie en dat de mens nu zijn eigen maat is geworden en zijn eigen beperkingen niet meer kent. Het is dit verband heel goed dat er nog steeds psychiaters te vinden zijn die uitdrukkelijk godsdienst erkennen als een essentiële dimensie van het leven (hetgeen heel compatibel is met de DSM IV). Dit zijn psychiaters die beseffen dat zij geen 'wetenden' zijn, maar vakmensen met bepaalde vaardigheden. Het zijn professionals die erkennen dat godsdienstige ervaringen mensen confronteren met de bodem van hun persoonlijkheid. Het is in dit verband nuttig te beseffen dat psychologisch comfort en het vrij zijn van angst veeleer tekenen zijn van een (terugkerende) gezondheid. En dat dit als zodanig bijdraagt aan het geluk. Tegelijk impliceert het christelijk geloof dat het enige authentieke geluk slechts gevonden kan worden in God, dus in dat geluk dat de hele persoon in zijn diepste en meest ultieme verlangen bevredigt – en wel permanent. Het gaat dus om dieper en totaler verlangen dan dat naar kortstondig, lichamelijk genot (hoe onmisbaar dit ook is). Het onvermijdelijke lijden, dus het lijden dat rest ondanks intensieve begeleiding en palliatieve zorg zal er altijd zijn. Dit lijden moet uiteindelijk moedig gedragen worden zodat het kan worden aangewend 'to promote personal growth in both private and communal living'. Het lijden kan daarmee een aanzet worden tot groei als menselijke persoon door de deugdevorming (zie Hoofdstuk VI.1.4.1.)

Rijping door lijden maakt het mogelijk te aanvaarden dat pijn onvermijdelijk is. Vaak is het een begeleidend verschijnsel bij de genezing of bij leerprocessen ('persoonlijke groei'); of bij het verleggen van grenzen (bijvoorbeeld in de sport). Hoewel men pijn zeker moet bestrijden (of minstens draaglijk maken) en zieken gezond moet maken, is pijn dus niet (altijd) het allerergste kwaad. Het heldhaftig pijn verdragen, kan bovendien ook een communaal aspect hebben (bijvoorbeeld een soldaat die binnen het kader van een gerechtvaardigde oorlog (bijvoorbeeld een vredesmissie) op het slagveld gewond raakt en sterft). Het principe van 'groei door lijden' wortelt in het fundamentele menselijk verlangen om het leven te behouden, immers, 'people suffer only to achieve a renewed, purified, and enriched life.' Pijn blijft tenslotte ook altijd een mysterie, evenals het bewustzijn op zich dat het ervaren van pijn mogelijk maakt.

Medewerkers in de gezondheidszorg moeten dus niet naar het lijden kijken als het allergrootste kwaad dat er bestaat. Dat neemt uiteraard niet weg dat het hun taak is pijn te bestrijden en welzijn te herstellen. Want ziekte schendt iemands lichamelijke integriteit en/of psychische stabiliteit. Maar in plaats van het wegnemen van ieder lijden door euthanasie of hulp bij suïcide moeten medewerkers in de gezondheidszorg de patiënt helpen zijn lijden te zien als een middel tot persoonlijke groei. Dit laatste echter kan alleen wanneer mensen bereid zijn het mysterie van het lijden en de dood eerlijk tegemoet te treden.

5.1.3.7. Privacy

Is het ongevraagd doorspelen van DSM-kwalificaties naar de zorgverzekeraar (bijvoorbeeld als eis voor vergoeding) een schending van iemands privacy? Niet moet worden vergeten dat één van de ontstaansredenen van de DSM de agenda van het verzekeringswezen in de VS was. Dit probleem betreft in feite de vraag naar de omgang met confidenties en vertrouwen (en vooral bij psychotherapie is vertrouwen fundamenteel). Professionele communicatie vereist dat voor goede communicatie niet alleen vertrouwen nodig is, als uitdrukking van het respect van de waardigheid van de menselijke persoon, maar ook – zoals reeds gezegd – een goede relatie op gevoelsvlak tussen diegenen die met elkaar communiceren. Voor dit laatste is weer een echte gemeenschap van mensen nodig waarin men kan rekenen op een bepaalde betrouwbaarheid, eerlijkheid en saamhorigheid. De vraag of het ongevraagd doorspelen van DSM-kwalificaties, niet alleen aan een zorgverzekeraar, maar bijvoorbeeld ook aan de Kinderbescherming, op gespannen voet staat met de boven bedoelde betamelijkheid in het maatschappelijk verkeer, is een vraag die momenteel nog niet definitief beantwoord is.

5.1.3.8. De positie van de psychiatrische patiënt in de gemeenschap

Het socialiteitsprincipe (zie Hoofdstuk 1.2.5.), dat ten grondslag ligt aan de deugd van de menselijke solidariteit (ibid.), vormt de uitdrukking van het fundamentele verlangen van de mens naar geluk. Het komt neer op maximale, integrale satisfactie van de aangeboren en culturele en spirituele verlangens van elk mens. Het komt tot stand wanneer mensen in de gemeenschap liefdevol met elkaar omgaan. Dit laatste is zeker niet het geval wanneer psychiatrische patiënten, geïsoleerd in een instituut, door 'het systeem' tot een robotachtige conformiteit gebracht worden ('institutionalisering' van de patiënt). Op dit punt had de antipsychiatrie wel degelijk reële kritiek. Meer in het algemeen geldt tegenwoordig dat men moet oppassen dat onze maatschappij niet onttaardt in een surveillancemaatschappij met dezelfde totaalinstitutionalisering. Hier is een taak weggelegd voor christenen. Want niet alleen de biologische natuur, ook de menselijke natuur moet goed en creatief beheerd worden. Het Evangelie bemoedigt christenen in dit opzicht niet om passief te wachten op de wederkomst van Christus, onverschillig voor het lot van de wereld (zoals marxisten en humanisten hen verwijten). Christenen zijn veeleer geroepen om, met Gods hulp, een historische rol te spelen bij de bevrijding van de mens van armoede, ziekte en onderdrukking. Wat betreft de maatschappelijke rol van christenen is het essentieel dat zij de behoefte aan een fundamentele verandering in de houding en de inrichting van de samenleving herkennen en willen realiseren. Een dergelijke verandering is nodig om ook psychiatrische patiënten er een plek te geven en hen er ten volle aan te laten deelnemen. Zo zullen christenen in staat zijn tegemoet te komen aan de behoeften van zogenaamde afwijkende medemensen, inderdaad de 'kleinen' die Christus heeft willen bereiken.

5.1.3.9. De antipsychiatrie

Tenslotte nog een woord over de antipsychiatrie (hier te lande gepopulariseerd door Foudraine's Wie is van hout). De antipsychiatrie wijst het concept van 'mental illness' af. Ze stelt dat het bij de beweerdelijke stoornissen wezenlijk gaat om de maladaptatie tussen non-conformisten en een sociaal systeem. De huidige psychiatrie is eenvoudigweg een onderdrukkingsinstrument, een subtiel middel voor de onderdrukking van 'een ongelukkige minderheid van de samenleving'. Volgens katholieke inzichten gaat de antipsychiatrie uit van een verkeerde antropologie, een antropologie die niet onderscheidt tussen de fysische, psychologische, ethische en spirituele dimensies van de mens.



IV.5 Psychiatrie

F.L.E. de Wever, F. Hamburg. J.G. van Lier

5.1 Psychotherapie

5.2 Psychofarmaca

5.3 Beïnvloeding van de hersenfunctie

5.4 Gedwongen opname

V.2.2 Genderdysforie (transsexualiteit)

F.L.E. de Wever, F. Hamburg. J.G. van Lier

Bij genderdysforie, voorheen aangeduid met transseksualiteit, zijn er geen afwijkingen van de fenotypische of genetische seksualiteit, maar heeft de betrokkene het gevoel dat hij een lichaam heeft van het verkeerde geslacht. Het gaat om een man met een normaal mannelijk lichaam, die zich vrouw voelt en het verlangen heeft dat zijn lichaam ook vrouwelijk zou zijn, of omgekeerd. De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders versie V (DSM-5) heeft "Gender Dysphoria" ondergebracht in een apart hoofdstuk. In dit nieuwe hoofdstuk worden zowel criteria voor genderdysforie bij volwassenen en adolescenten als bij kinderen gegeven. Men karakteriseert genderdysforie bij adolescenten en volwassenen aan de hand van de volgende criteria:

A. Een duidelijke incongruentie tussen het ervaren / ten toon gespreide geslacht en toegewezen geslacht gedurende tenminste 6 maanden zich manifesterend door tenminste twee van de volgende karakteristieken:

1. Een duidelijke incongruentie tussen ervaren / ten toon gespreide geslacht en primaire en/of secundaire geslachtskenmerken (of bij jonge adolescenten de verwachte secundaire geslachtskenmerken);
 2. Een sterk verlangen de eigen primaire en/of secundaire geslachtskenmerken kwijt te raken vanwege een duidelijke incongruentie met het ervaren / ten toon gespreide geslacht (of bij jonge adolescenten een verlangen om de ontwikkeling van de verwachte secundair geslachtskenmerken te voorkomen);
 3. Een sterk verlangen naar de primaire en/of secundaire geslachtskenmerken van het andere geslacht;
 4. Een sterk verlangen van het andere geslacht te zijn (of enig alternatief geslacht anders dan het toegewezen geslacht);
 5. Een sterk verlangen bejegend te worden als het andere geslacht (of enig alternatief geslacht anders dan het toegewezen geslacht);
 6. Een sterke overtuiging dat men typische gevoelens en reacties heeft van het andere geslacht (of van enig alternatief geslacht anders dan het toegewezen geslacht);
- B. De toestand is geassocieerd met klinisch significant leed of belemmering in sociaal, beroepsmatig of ander functioneren.

Bij kinderen hanteert de DSM-V voor genderdysforie de volgende criteria:

A. Een duidelijke incongruentie tussen het ervaren / ten toon gespreide geslacht en toegewezen geslacht gedurende tenminste 6 maanden zich manifesterend door tenminste zes van de volgende (welke het criterium 1 moet bevatten):

1. Een sterk verlangen van het nadere geslacht te zijn of een drang dat men het andere geslacht is (of een alternatief geslacht afwijkend van het toegewezen geslacht).
2. Bij jongens (toegewezen geslacht), een sterke voorkeur voor et zich kleden volgens een andere geslacht of voordoen in vrouwelijke uitdossing; of bij meisjes (toegewezen geslacht), een sterke voorkeur voor het dragen van typisch mannelijke kleding en een sterke weerstand tegen het dragen van typisch vrouwelijke kleding.
3. Een sterke voorkeur voor tegenovergestelde geslachtsrollen in fictie of fantasie-spellen.
4. Een sterke voorkeur voor speelgoed, spelletjes, of activiteiten die stereotypisch worden gebruikt of verbonden zijn met het andere geslacht.
5. Een sterke voorkeur voor kameraadjes van het nadere geslacht.
6. Bij jongens (toegewezen geslacht) een sterke afkeer van typisch mannelijk speelgoed, spelletjes en activiteiten en sterke vermijding van ruwe en valspelletjes (stoeien ??); of bij meisjes (toegewezen geslacht) een sterke afkeer van typische vrouwelijk speelgoed, spelletjes en activiteiten.
7. Een sterke afkeer van de eigen seksuele anatomie.
8. Een sterk verlangen naar de primaire en secundaire geslachtskenmerken die overeenkomen met het ervaren geslacht.

B. De toestand is geassocieerd met klinisch significant leed of belemmering in het sociaal functioneren, functioneren op school of ander functioneren.

Genderdysforie moet niet worden verward met travestitisme, een toestand waarbij een meestal heteroseksuele persoon zich gemakkelijker voelt bij het dragen van kleren van het tegenovergestelde geslacht.

In Nederland is de prevalentie van genderdysforie geschat d.m.v. vragenlijstonderzoek bij ruim 8000 mensen tussen de 15 en 70 jaar: 4.6 % van de mannen en 3.2% van de vrouwen identificeert zich evenveel met het andere geslacht als met het eigen geslacht; 0.6% van de mannen en 0.2% van de vrouwen heeft een dusdanige incongruente gender identiteit dat men het geslacht medicamenteus en/of operatief zou willen laten veranderen. Het aantal mensen dat zich aanmeldt voor geslachtsveranderende therapie is tussen 1972 en 2015 fors (20 keer) toegenomen.

2.2.1. Oorzaak en hedendaagse visie op genderdysforie

De oorzaak van genderdysforie is onduidelijk. Vanzelfsprekend is er gezocht naar ontwikkelingsstoornissen of stoornissen in het functioneren van het centrale zenuwstelsel of hormonale systemen, maar deze zijn niet vastgesteld. Wel is er in de tweede helft van de 20ste eeuw vanuit de filosofie en sociologie een visie op genderdysforie ontwikkeld waardoor onderzoek naar de mogelijk causale lichamelijke of psychische oorzaken van genderdysforie naar de achtergrond wordt verdrongen. Deze visie komt primair voort uit een radicale stroming van het feminisme. Het klassieke, liberale feminisme uit de 19e eeuw was er op gericht vrouwen

dezelfde rechten te laten verkrijgen als mannen. Het ging daarbij om stemrecht, eigendom, werk, huwelijk en echtscheiding. De meer radicale vorm van het feminisme van een eeuw later stelde zich de vraag waarom een vrouw, vrouw was. Men kwam tot de conclusie dat dit niet werd bepaald door haar biologisch geslacht en de daarbij behorende reproductieve functies, maar door een rol die de vrouw wordt opgelegd door de maatschappij (sociaal constructivisme). Deze visie komt duidelijk naar voren in het werk van de atheïstisch, existentialistische schrijfster Simone de Beauvoir. De Amerikaanse feministe en filosofe Judith Butler gaat nog een stap verder door te stellen dat zowel het vrouw-zijn als heteroseksualiteit door de maatschappij worden opgelegd in het kader van een politiek plan. Mede door deze gedachtenvorming vervaagt de betekenis van de geslachtelijke natuur van de mens en verdwijnt deze naar de achtergrond. De radicale feministen willen vrouwen bevrijden uit deze rol waarin ze naar hun idee door de maatschappij zijn gedrukt. Zoals eerder is uiteengezet is de overheersende mensvisie in de tweede helft van de 20e eeuw dualistisch: men hanteert een scheiding tussen “mind” (de geest) en “body” (het lichaam), waarbij het lichaam wordt gereduceerd tot een extrinsieke dimensie van de menselijke persoon (zie Hoofdstuk I.1.2.1). In deze dualistische visie heeft de biologische natuur van het geslacht geen intrinsieke betekenis. De weg is daardoor vrij om ieder individu zelf te laten bepalen welk lichamelijk geslacht het zou willen hebben. Wanneer dit niet overeenkomt met het biologische geslacht, is een geslachtsveranderende behandeling de vanzelfsprekende oplossing. Als geslacht geen intrinsieke betekenis meer heeft, worden alle mogelijke seksuele relaties eveneens vanzelfsprekend. De radicale feministen zijn niet alleen voorstander van geslachtsveranderende behandelingen, maar ook van vrije seksualiteit: zowel hetero-, homo- als bi- of intersexualiteit moeten normaal beschouwd worden. De mogelijkheid van abortus provocatus wordt eveneens als een vanzelfsprekend onderdeel van deze vrije seksualiteit gezien.

Gabriele Kuby beschrijft de gevolgen die deze visie heeft op beleidsmakende instanties zoals de Verenigde Naties en de Europese Unie. Volgens haar analyse worden miljarden dollars uitgetrokken om abortusprogramma's en stimuleringsprogramma's van vrije seksualiteit over de hele wereld, zowel de Westers als niet-Westerse landen mogelijk te maken. Dit zou ertoe moeten leiden dat in onderwijsprogramma's wordt ingeweven dat geslacht als een biologisch gegeven niet bestaat en dat het ter discussie stellen van de morele juistheid hiervan strafbaar wordt. Ook in Nederland is een tendens zichtbaar om uitingen van geslachtelijkheid te vermijden. In 2017 veranderde de Nederlandse Spoorwegen de aanspreekvorm op stations van “Dames en heren” in “Beste reizigers” en kondigde de Nederlandse overheid in 2020 aan binnen vijf jaar de vermelding van het geslacht op een ID-kaart of in een paspoort te willen schrappen, zoals in Duitsland al het geval is.

2.2.2. Hormoonbehandeling en geslachtsveranderende chirurgie

Zowel in de Verenigde Staten als in Nederland is het gebruikelijk geworden mensen met genderdysforie een medicamenteuze en chirurgische geslachtsveranderende behandeling aan te bieden. De hiervoor gehanteerde terminologie is gaandeweg veranderd in *geslachtsbevestigende behandelingen* (*gender affirmation treatment*). In Nederland wordt deze behandeling gefinancierd vanuit de basisverzekering van het zorgverzekeringsstelsel. De geslachtsveranderende behandeling bij mannen bestaat uit hormonale behandeling met oestrogeen, waardoor de borstontwikkeling op gang komt, en baard- en haargroei afnemen, gevolgd door chirurgische ingrepen waarbij de mannelijke genitalia worden verwijderd en er gepoogd wordt een neo-vagina aan te leggen. Bij vrouw-man transseksuelen wordt een behandeling met mannelijke geslachtshormonen, onder andere testosteron, ingesteld en worden de borsten en baarmoeder verwijderd en een (pseudo-)penis geconstrueerd.

2.2.3. Moraaltheologische overwegingen

Er is geen kerkelijk document zoals een encycliek of instructie van de Dicasterie voor de Geloofsleer dat geheel gewijd is aan gender problematiek. Kardinaal W.J. Eijk heeft hier bij het ad-liminabezoek van de Nederlandse bisschoppen in 2022 wel voor gepleit. Er zijn echter wel een aantal documenten waarin over genderproblematiek wordt gesproken: een brief van de Dicasterie van de Geloofsleer, het Handvest voor de Werkers in de Gezondheidszorg, de postsynodale exhortatie *Amoris Laetitia*, een document van de Congregatie voor de Katholieke Opvoeding, een aangenomen resolutie in de Duitse Synodaler Weg en documenten van de Australische en Amerikaanse bisschoppenconferenties. In het eerste document bevestigt de Dicasterie voor de Geloofsleer dat transsexuelen, ook na geslachtsveranderende ingrepen, gedoopt kunnen worden onder dezelfde voorwaarden als bij alle andere gelovigen en ervan uitgaande dat het geen publieke ergernis (*scandalum*) oplevert. Ten Klooster heeft geïnventariseerd wat ondanks deze documenten onduidelijk blijft en doet een voorzet waar een encycliek op zou kunnen ingaan:

1. In hoeverre verschillen gendervraagstukken, zoals genderincongruentie, genderdysforie, queer, non-binairiteit van elkaar en vereisen zij een aparte, eigen beoordeling ?
2. Hoe moet worden omgegaan met genderdysforie ?
3. Zijn er situaties denkbaar waarin een medische transitie van het geslacht denkbaar is met een beroep op het totaliteitsprincipe (Hoofdstuk xxx)?
4. Hoe moet worden omgegaan met mensen die een geslachtsverandering hebben ondergaan?

Onderstaande analyse wordt gemaakt op basis van de genoemde documenten en de beschikbare moraaltheologische literatuur.

De betekenis van geslacht, seksualiteit en het huwelijk

Zoals uitgelegd (Hoofdstuk V.2.2.1) berust de gedachte dat de lichamelijke seksualiteit drastisch mag worden gewijzigd mede op de overtuiging dat geslachtsverschillen vooral te herleiden zijn tot een sociaal-cultureel rolpatroon dat is opgelegd en niet tot de lichamelijke/biologische seksualiteit. Doordat men in de huidige Westerse cultuur het lichaam of de biologische natuur van de mens vaak als een extrinsieke dimensie van de menselijke persoon beschouwt en daarmee een extrinsieke waarde (zie de Identity Theory of Mind, Hoofdstuk I.1.2.1.), heeft de idee postgevat dat het biologisch geslacht in principe mag worden aangepast aan de genderrol waarvoor het individu zelf een keuze maakt. Het lichaam en daarmee ook het man- of vrouw-zijn betreffen echter een intrinsieke dimensie en daarmee ook een intrinsieke waarde waarover de mens geen beschikkingsrecht heeft (zie Hoofdstuk I.1.2.3. en 2.2.1.). Seksualiteit is uiteraard niet alleen een biologisch gegeven, maar heeft tevens een psychische, sociale en geestelijke dimensie. Deze staan echter niet los van de biologische seksualiteit, maar zijn daarin verankerd:

“De categorie van de ... gender ... is psychosociaal en cultureel van aard. Zij correspondeert en harmonieert met de seksuele identiteit die psycho-biologisch van aard is, wanneer de integratie van de persoonlijkheid wordt bereikt als een erkenning van de volheid van de innerlijke waarheid van de persoon, de eenheid van lichaam en ziel” .

In Hoofdstuk III is uiteengezet dat het wezen van de seksualiteit en die van het huwelijk in de scheppingsorde en daarmee in de menselijke wezensstructuur besloten liggen. Man en vrouw beantwoorden aan hun wezensnatuur die zij bij de schepping hebben meegekregen door elkaar lief te hebben en lichamen één te worden in

openheid voor nieuw leven. Paus Franciscus bevestigt deze betekenis van de scheppingsorde en het noodzakelijke respect hiervoor in zijn encycliek *Laudato si'* (nr. 155).

Bij mensen met genderdysforie die een geslachtsverandering hebben ondergaan ligt de omgang met de bij de schepping verkregen wezensnatuur anders. Allereerst is hun lichaam door hormonale behandeling en chirurgie zodanig veranderd dat dit tegengesteld is geworden aan de wezensnatuur die zij bij de schepping hebben meegekregen. De liefde voor en de eventuele eenwording met een partner ligt daardoor niet meer in het verlengde van hun wezensnatuur. Door de verandering c.q. verminking van het lichaam kunnen zij niet meer open staan voor het doorgeven van het leven door de voorplanting. De vraag is wel gerezen of transseksuelen die na geslachtsverandering met hun kunstmatige uitwendige geslachtsorganen tot een huwelijksdaad in staat zijn, een geldig huwelijk kunnen sluiten. Op basis van het feit dat hun lichamelijke seksualiteit drastisch is veranderd en de vraag of hun psychische problematiek die aan de transseksualiteit ten grondslag ligt wel in staat stelt om een vrije keuze te maken voor de totale zelfgave die het huwelijk is, lijkt een geldig huwelijk voor hen niet tot de mogelijkheden te behoren.

Aanvaardbaarheid van geslachtsveranderende operaties bij genderdysforie

Een geslachtsveranderende benadering van genderdysforie is een zeer drastische ingreep die plaatsvindt bij een lichamelijk gezonde persoon. Een legitimatie hiervan zou moeten plaatsvinden op basis van het therapeutische principe. Dit principe is van toepassing als de ingreep gericht is op het in stand houden van het leven of de gezondheid van de menselijke persoon. Daarbij is aantasting van de lichamelijke integriteit t.b.v. een psychisch probleem uitgesloten. De algemene conclusie is dan ook dat geslachtsveranderende behandelingen niet gelegitimeerd kunnen worden onder het therapeutisch principe (Hoofdstuk 1.2.2.3) Vervolgens laten studies naar de resultaten van deze behandelingen zien dat de problemen van transseksuelen vaak niet opgelost zijn door de hormonale en chirurgische geslachtsverandering en er andere problemen voor in de plaats komen. Overlijden door suïcide blijft derhalve ook beduidend hoger na geslachtsveranderende operaties. Mogelijk zijn er minder opnamedagen na een suïcide-poging bij deze mensen. Of deze geopereerde transgenderpersonen ook minder vaak een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg vanwege een stemmings- of angststoornis, wordt naar aanleiding van deze studie nog steeds betwijfeld. Dit is het algemene beeld van geslachtsveranderende operaties, ook al is de kwaliteit van de studies vaak matig en ontbreken er regelmatig controlegroepen. Desondanks is de algemene opvatting in de maatschappij dat dat geslachtsverandering bij genderdysforie een gunstig resultaat heeft.

De geslachtsverandering bij deze groep mensen is ook van dusdanige aard dat behandelde personen niet alleen onvruchtbaar zijn, maar ook vaak niet in staat zijn een normaal seksueel leven te leiden. Een huwelijk aangaan is vanuit katholiek perspectief niet mogelijk, aangezien de voortplanting a-priori uitgesloten is. Rooms-katholieke instellingen en hulpverleners zouden daarom niet aan dit type behandeling moeten meewerken. Vanzelfsprekend is medeleven met het lijden van deze mensen bijzonder op zijn plaats. Men zou moeten proberen met behulp van praktische psychotherapie en pastorale begeleiding het lijden van deze mensen te verlichten.

Een bijkomend punt van zorg is dat, in ieder geval ook in Nederland, geslachtsveranderende behandeling wordt aangeboden aan kinderen (< 12 jaar), pubers en adolescenten. Voorstanders betogen dat bij deze personen het gevoel 'het onjuiste geslacht te hebben' zo duidelijk en ongecompliceerd is, dat vroegtijdige geslachtsverandering op zijn plaats is om verdere psychische schade te voorkomen. Alhoewel het onduidelijk is hoeveel adolescenten spijt hebben van geslachtsveranderende behandelingen, kan men zich afvragen of de diagnose genderdysforie op zo'n jonge leeftijd wel met zekerheid kan worden gesteld. De puberteit en adolescentie zijn fasen in het leven waarin een persoon zichzelf, ook psychisch, moet leren kennen en kunnen

vormen: twijfels ten aanzien van de lichamelijke geslachtelijkheid kunnen hierbij een tijdelijk verschijnsel zijn. Ook psychiatrische stoornissen blijken gepaard te kunnen gaan met deze gevoelens van twijfel ten aanzien van de lichamelijke geslachtelijkheid, die transseksualiteit suggereren zonder dat daar feitelijk sprake van is. De gedachte het verkeerde lichamelijke geslacht te hebben als bijverschijnsel van schizofrenie bij volwassenen blijkt te kunnen verdwijnen door behandeling met psychofarmaca. De vraag blijft dus of mensen op deze jonge leeftijd wel in staat kunnen worden geacht om een weloverwogen keuze te maken voor zo'n drastische ingreep met onomkeerbare gevolgen. In de medische literatuur wordt inmiddels openlijk getwijfeld aan de juistheid van deze geslachtsveranderende operaties op jonge leeftijd; in het Verenigd Koninkrijk is in 2023 door de NHS een kliniek die deze behandelingen aanbood, gesloten en richtlijnen worden terughoudender in hun adviezen. In plaats van geslachtsveranderende chirurgie zal men een traject van psychische en pastorale begeleiding moeten aanbieden om betrokkenen te helpen om de eigen persoon te aanvaarden zoals deze door God is geschapen. Helaas is middels wetenschappelijk onderzoek niet goed onderzocht welke psychologische benadering zowel goede resultaten heeft als veilig kan worden toegepast.

V.2.1 Stoornissen in de geslachtsontwikkeling

F.L.E. de Wever, F. Hamburg, J.G. van Lier

Stoornissen in de geslachtsontwikkeling (Disorders of Sex Development, DSD) is een verzamelnaam voor aandoeningen die tot 2006 werden aangeduid als hermafroditisme en pseudohermafroditisme. Tegenwoordig spreekt men vaak van interseksualiteit. Tot vijf weken van de zwangerschap vindt er bij het embryo nog geen geslachtelijke differentiatie plaats. Vanaf de zevende week ontstaan bij mannelijke embryo's testikels die testosteron gaan produceren. Dit hormoon onderdrukt de ontwikkeling van de buizen van Müller, die bij de vrouw uitgroeien tot eileiders en de baarmoeder, en stimuleert de ontwikkeling van de buizen van Wolff, die uitgroeien tot de epididymus, het vas deferens en de vesicula seminalis. Bij vrouwen leidt de afwezigheid van testosteron tot regressie van de buizen van Wolff en ontwikkeling van de buizen van Müller. Een aantal genetisch bepaalde aandoeningen leidt ertoe dat er of bij een vrouwelijke karyotype (46,XX) testosteron wordt geproduceerd of dat er bij een mannelijk karyotype (46,XY) geen testosteron wordt geproduceerd of geen reactie op testosteron optreedt (receptordefect). In geval van testosteronproductie bij een vrouwelijk karyotype ontwikkelen de buizen van Wolff zich en wordt de ontwikkeling van de buizen van Müller onderdrukt; in geval van onvoldoende productie van of reactie op testosteron ontwikkelen de buizen van Wolff zich niet en vindt onderdrukking van de buizen van Müller niet plaats. In dergelijke gevallen ontwikkelen de buizen van Müller zich wel tot eileiders en een baarmoeder, maar blijven de testikels ook aanwezig. Vaak is de situatie niet volledig omgekeerd: er zijn dan bijvoorbeeld wel een vagina en een baarmoeder aangelegd, maar ook testikels. Wanneer deze testikels niet zijn ingedaald en zich in de buik bevinden is er ook nog een grote kans dat er maligne ontaarding van deze organen optreedt. Situaties waarbij de genitaliën tegenstrijdig zijn, werden ook wel aangeduid als hermafroditisme. Voorbeelden van dergelijke aandoeningen zijn een 46,XX-karyotype met congenitale bijnierschorshyperplasie, waarbij de overproductie van androgene hormonen leidt tot virilisatie; 46,XY-karyotype (man) met een defect in de productie van androgenen of een defect in de testosteronreceptor.

In dergelijke gevallen moet er bij de geboorte door de ouders gekozen worden met welk geslacht het kind wordt opgevoed. Meestal wordt er dan gekozen voor opvoeding conform het meest duidelijke fenotypische geslacht ('conform het uiterlijk'). Alhoewel er sprake kan zijn van een transformatie van het fenotypische geslacht die

afwijkt van het genetische geslacht, hebben katholieke moraaltheologen geen fundamentele bezwaren tegen deze oplossing, ook als daarvoor aanvullende hormonale of chirurgische behandelingen nodig zijn, zoals het verwijderen van de testikels bij een overwegend vrouwelijk fenotype. De motivatie hiervoor is dat het gaat om het 'leven in overeenstemming met de geschapen natuur' te brengen, voor zover deze menselijk kenbaar kan zijn. Het kan echter – zoals gezegd – voorkomen dat fenotype en genotype dan niet overeenkomen.

De moeilijkheid die zich voor kan doen is dat jongeren die wegens interseksualiteit zijn behandeld in de puberteit de keuze die hun ouders met betrekking tot de fenotypische seksualiteit voor hen hebben gemaakt, betreuren. Ouders die voor de keuze staan in welk geslacht hun kind zal worden opgevoed, dienen daarom die keuze te maken met voldoende informatie over het eventuele risico dat het kind zelf later hun keuze kan afwijzen. Mocht deze situatie zich voordoen, dan zullen de betrokken jongeren met raad en daad moeten worden bijgestaan om ofwel het geslacht waarin zij tot nu toe zijn opgevoed te aanvaarden, ofwel wanneer destijds de verkeerde keuzes zijn gemaakt, het geslacht te aanvaarden dat het meest gepast is. In dat geval is medische en chirurgische behandeling gerechtvaardigd, als dat nodig is om de gekozen geslachtsrol op zich te nemen. Zij dienen echter celibatair te blijven, als door hun conditie een geldig en daadwerkelijk huwelijk onmogelijk blijkt te zijn.

V.2 Geslachtsverandering

F.L.E. de Wever, F. Hamburg. J.G. van Lier

Geslachtsverandering wordt toegepast in een tweetal situaties. Allereerst in de situatie waarin door aangeboren – meestal erfelijke – aandoeningen er een discrepantie is tussen het genetische en het uiterlijke geslacht. Het uiterlijk kan tegengesteld zijn aan genetisch geslacht, maar kan ook onbepaald, dat wil zeggen tweeslachtig, zijn. Een andere situatie treedt op bij patiënten met transseksualiteit of genderdysforie. Bij deze aandoening heeft de persoon in kwestie sterk de indruk in een lichaam met een verkeerd geslacht te zijn terechtgekomen.

IV.2.5 Lichaamseigen materialen

F.L.E. de Wever, F. Hamburg. J.G. van Lier

Onderzoek aan monsters van lichaamsvloeistoffen of producten, biopsie- en operatiemateriaal kan nuttige informatie opleveren voor wetenschappelijk onderzoek over ziekten en hun behandeling of voor het in standhouden van een noodzakelijk systeem van referentiewaarden voor bepalingstechnieken. Volgens de artikel 467 van de Nederlandse wet (WGBO) is dat toegestaan, mits het materiaal niet tot de persoon herleidbaar is en de persoon daartegen geen bezwaar heeft gemaakt.

Morele bezwaren kunnen niet worden ingebracht tegen een met een relevante vraagstelling onderbouwd onderzoek of praktijk. De situatie zal mede bepalen of bijzondere prudentie geboden is om aan de verantwoordelijkheid jegens de oorspronkelijke eigenaar niet tekort te doen.

IV.2.4 Proxy consent in de experimenteel-therapeutische of in de niet-therapeutische setting

F.L.E. de Wever, F. Hamburg, J.G. van Lier

In de experimenteel therapeutische situatie kan een proxy volgens de zelfde richtlijnen namens de betrokken patiënt beslissen als in de gewone behandelsituatie, mits er wel een redelijke verwachting bestaat dat de behandeling zin heeft. De proxy kan zich dan afvragen of hij ook toestemming zou geven als het hemzelf aanging?

In de puur experimentele setting valt een beslissing in plaats van een ander niet te rechtvaardigen. De risico's dienen veel zwaarder gewogen te worden. Het gevaar dreigt dat de patiënt enkel tot een voorwerp van wetenschappelijk onderzoek wordt zonder daaraan zelf deel te hebben (door er zich zelf voor ter beschikking te stellen uit vrije wil). De persoon wordt dan als het ware gedegradeerd tot een instrumenteel object en dat doet geen recht aan zijn waardigheid als mens.

Men kan niet uitgaan van de veronderstelling dat de persoon – als hij/zij wilsbekwaam was geweest – zou hebben ingestemd omdat men hier niet een therapeutisch effect voor de persoon zelf op het oog heeft.

IV.2.3 Vormen van klinische research

F.L.E. de Wever, F. Hamburg, J.G. van Lier

2.3.1 Direct-therapeutische research

Direct-therapeutische research is gericht op het verwerven van kennis over methoden van behandeling, hun werking en hun effecten, inclusief (ongewenste) neveneffecten. Men bestudeert de positief therapeutische effecten bij de mens die een of andere aandoening heeft, voor, tijdens en na de behandeling waarvan men de effecten wil toetsen. De proefpersonen hebben zelf ook een therapeutisch voordeel, als de onderzochte behandeling effectief blijkt te zijn.

Therapeutische research houdt noodzakelijk in dat behandelingen waarvan de resultaten nog niet volledig te overzien zijn worden toegepast op mensen. Er is geen andere weg maar er is een grote prudentie vereist. Die houdt bijvoorbeeld in dat de behandeling is onderbouwd door een goed wetenschappelijk uitgangspunt, gedegen fundamenteel onderzoek en onderzoek bij dieren als dat mogelijk is.

Zoals voor elke behandeling is a fortiori bij de experimentele therapie de toestemming van de patiënt via een informed consent vereist. Er rust echter een grote verantwoordelijkheid op de onderzoeker.

Geneesmiddelenonderzoek verloopt in fasen. Na de preklinische fase (zuivere chemische laboratoriumfase en dieronderzoek) worden in fase I bij gezonde proefpersonen of – bijvoorbeeld bij geneesmiddelen tegen kanker – bij patiënten voor wie geen goede behandeling voorhanden is, met hun uitdrukkelijke instemming de farmacokinetiek, de directe effecten en nevenwerkingen onder zo goed mogelijke bewaking van de veiligheid

bestudeerd. Opgemerkt dient te worden dat het geneesmiddelenonderzoek in fase I bij gezonde proefpersonen niet valt onder direct-therapeutische research (zie volgende paragraaf). In fase II wordt de behandeling toegepast bij kleine groepen patiënten om op grond van de verkregen informatie meer en soortgelijke gegevens te verkrijgen in de ziekte-toestand waarvoor het middel bedoeld is. In fase III wordt het uitgetest bij grote groepen patiënten met hetzelfde ziektebeeld en vergeleken met bestaande behandelingen, vrijwel altijd in gerandomiseerde dubbelblinde opstelling. Pas daarna kan het – als de bevindingen gunstig zijn – op de markt gebracht worden. Dan volgt er soms nog fase IV onderzoek waarin een nieuwe toepassing of een nieuw aspect van de werking van een reeds goedgekeurd middel wordt onderzocht.

Het deelnemen door of onderwerpen van patiënten aan deze vormen van onderzoek is met hun uitdrukkelijke instemming geoorloofd, als de intentie werkelijk is een verbetering in de behandelingsmogelijkheden te vinden. Dubieus wordt dat als de intentie meer is gericht op het verwerven van een deel van de markt door een nieuw, maar vrijwel gelijkwaardig preparaat.

In klinische researchprotocollen wordt of werd veel gebruik gemaakt van placebo's ter vergelijking met een nieuwe behandeling die men wil testen. Dat is vooral aan de orde bij geneesmiddelen. Men moet echter in de eerste plaats de (verbetering van de) gezondheid van de patiënten-proefpersonen op het oog hebben. Het gebruik van een placebo is dan ook moreel niet verantwoord als er al een middel voorhanden is dat werkzaam is (maar waarvoor men een verbeterde vervanging zoekt). Dat wordt ook met nadruk in thans geldende versie van de Verklaring van Helsinki gezegd (artikel 33) .

Direct-therapeutische research is in principe ethisch aanvaardbaar, omdat de proefpersonen er zelf ook het doel van zijn, in zoverre zij er therapeutisch voordeel van kunnen hebben, en niet louter worden geïnstrumentaliseerd (zie Hoofdstuk I.2.2.1.). Tegenwoordig wordt klinisch geneesmiddelenonderzoek veelal door de industrie gefinancierd. Er is dan dus een economisch belang bij het snel uitvoeren van onderzoeken. Er worden vergoedingen en andere voordelen verstrekt. Zekerheid wordt ontleend aan verzekeringen tegen schadelijke gevolgen. De onderzoeker dekt zich economisch in, maar heeft allereerst de morele plicht om de kans op schade zo klein mogelijk te doen zijn. De proefpersoon, patiënt of niet, heeft ook een morele verantwoordelijkheid in het aanvaarden van de risico's. Er moet er een redelijke verhouding of proportionaliteit zijn tussen de mogelijke schade en therapeutische effect dat beoogd wordt. In de morele beoordeling heeft een schadeverzekering geen plaats.

2.3.2. Indirect-therapeutische research

Met deze vorm van onderzoek zijn alle experimenten bedoeld die niet gericht zijn op de verbetering van de gezondheid van de betrokken personen, maar op het verkrijgen van informatie over de werking van een geneesmiddel of geneeswijze. Het therapeutische effect is hier niet gericht op de proefpersoon, maar op anderen. Daartoe hoort ook het al eerder genoemde fase-I onderzoek. Het is duidelijk dat zonder toestemming van de betreffende persoon elk experiment in deze zin ongeoorloofd is (voor experimenten op menselijke embryo's en foetussen zie Hoofdstuk II.5.). In de verschillende fasen van het onderzoek zal de onderzoeker niet noodzakelijk het welzijn van mensen (bijv. gezonde proefpersonen) op het oog hebben, maar louter de kennis, terwijl mensen wel zijn onderzoek-'gereedschap' zijn, dus in zekere zin geïnstrumentaliseerd worden. Daar staat tegenover dat de proefpersoon in de dienstbaarheid die hij betoont door zijn bereidheid om als proefpersoon te fungeren, een vervulling van zijn menszijn kan vinden en daardoor ook zelf als mens doel wordt van de research. Dat speelt vooral een rol bij geneesmiddelenonderzoek.

Afgezien van de toestemming die van de kant van de proefpersoon vereist is, is ook bijzondere voorzichtigheid geboden van zowel de onderzoeker als de proefpersoon. Men mag zichzelf of een ander niet nodeloos blootstellen aan een belangrijk risico voor leven of gezondheid. De risico's dienen hier minimaal te zijn in tegenstelling tot de situatie bij direct-therapeutisch onderzoek. De morele verantwoordelijkheid kan niet gecompenseerd of tenietgedaan worden door vergoedingen voor medewerking of schadeverzekeringen, al zijn die op zichzelf legitiem en wenselijk. De vergoeding mag niet zo zijn dat daarmee iemand in de verleiding gebracht wordt zijn morele verantwoordelijkheid opzij te zetten.

2.3.3. Niet therapeutische research

Niet-therapeutisch onderzoek heeft geen therapeutisch doel, noch voor de proefpersonen, noch voor anderen, maar dient ter vermeerdering van medisch-wetenschappelijke kennis. Hieronder vallen vooral het epidemiologisch onderzoek en de diagnostische research.

De epidemiologie is de wetenschappelijke studie van het vóórkomen en de verspreiding van ziekten onder de bevolking. De epidemiologie houdt zich niet bezig met de diagnose en behandeling, maar probeert uit te zoeken wie er door een ziekte getroffen worden en welke factoren daarbij betrokken zijn of juist niet (leeftijd, geslacht, besmettingsbronnen, voeding). Onder de term epidemiologisch onderzoek wordt dus verstaan onderzoek dat gebaseerd is op het verkrijgen van gegevens over ziekte door bestudering van grote groepen mensen in de bevolking zonder invloed uit te oefenen op hun gezondheid. Voor het verwerken van de gegevens tot valide conclusies zijn doorgaans complexe statistische bewerkingen nodig. Het gaat uiteindelijk om de interpretatie die wel van de gegevens uitgaat, maar ook wetenschappelijk onderbouwd moet zijn. Als dat laatste achterwege blijft is de waarde zeer betrekkelijk. Enkel feitenkennis is geen wetenschap.

Veel onderzoek wordt gedaan in longitudinale opzet om informatie te krijgen over de samenhang tussen veroudering of langdurig inwerkende invloeden als leef- en voedingsgewoonten en levensomstandigheden enerzijds en ziekte anderzijds. Medewerking aan dergelijk onderzoek is geoorloofd en kan ook een positieve bijdrage zijn aan het verwerven van belangrijke medisch-wetenschappelijke kennis. De vrijheid van de onderzoeker om gegevens te gebruiken die hij heeft verkregen uit de medische praktijk kent uiteraard grenzen. De geheimhouding betreffende de persoon is de eerste plicht. Die morele plicht berust op het respect dat men voor elke menselijke persoon moet hebben. De privacywetgeving biedt hiervoor voldoende waarborgen.

Diagnostische research vraagt de individuele medewerking van mensen. Hier geldt, op dezelfde wijze als voor therapeutische research, dat men geen nodeloos risico mag lopen. De diagnostiek is een integraal deel van de zorg. Zonder haar is behandeling onmogelijk. Ze mag echter niet ontaarden in nieuwsgierigheid of onderzoek omwille van het onderzoek.

Ook diagnostische procedures kennen complicaties en daarmee moet rekening gehouden worden. Ook hier dienen de risico's minimaal te zijn.

Een diagnostische in-vivo procedure kan men ontwikkelen door haar toe te passen bij patiënten bij wie onderzoek nodig is, maar bij wie dit onderzoek nog niet als de standaard toegepast kan worden. Er is immers vergelijking met een andere methode nodig. Men kan ook besluiten om de praktische uitvoerbaarheid bij gezonde proefpersonen te testen. Dan gelden dezelfde regels als voor therapeutisch onderzoek.



IV.2.2 Informed consent

F.L.E. de Wever, F. Hamburg, J.G. van Lier

In de wetenschappelijke onderzoeksituatie reikt het informed consent verder dan in de strikt therapeutische setting. De wet eist dan ook schriftelijke informatie en schriftelijke toestemming en dat is terecht. Inhoudelijk zal de informatie veel vollediger moeten zijn dan in de therapeutische situatie. Er kan hier immers geen afweging gemaakt worden tussen het nut van de handeling voor de patiënt en de mogelijke schade op basis van eerder opgedane ervaringen.