V.2.2 Genderdysforie (transsexualiteit)

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: [1: DSM-5 Task Force. Diagnostic And Statistical manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, USA: American Psychiatric Association; 2013 doi:https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.]
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: [2: L. Kuyper and C. Wijsen. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. Arch Sex Behav. 2013/07/17 ed 2014, 43, 377-385 doi:10.1007/s10508-013-0140-y.] 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. [3: C.M. Wiepjes, N.M. Nota, C.J.M. de Blok, M. Klaver, A.L.C. de Vries, S.A. Wensing-Kruger, R.T. de Jongh, M.B. Bouman, T.D. Steensma, P. Cohen-Kettenis, L.J.G. Gooren, B.P.C. Kreukels and M. den Heijer. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. J Sex Med. 2018/02/22 ed 2018, 15, 582-590 doi:10.1016/j.jsxm.2018.01.016.]

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. [4: W.J. Eijk. Christelijke mensvisie en gendertheorie. Communio 2019, 101-122.] 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. [5: S. de Beauvoir. Deel I, Hoofdstuk I: “Enfance,”. Le deuxième sexe II: L’expérience vécue, Paris: Gallimard; 1949, 13.] De Amerikaanse feministe en filosofe Judith Butler gaat nog een stap verder door te stellen dat zowel het vrouw-zijn als heterosexualiteit door de maatschappij worden opgelegd in het kader van een politiek plan. [6: J. Butler. Gender trouble: feminism and the subversion of identity. New York: Routledge; 1990.] 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 intersexulaiteit moeten normaal beschouwd worden. De mogelijkheid van abortus provocatus wordt eveneens als een vanzelfsprekend onderdeel van deze vrije sexualiteit gezien.

Gabriele Kuby beschrijft de gevolgen die deze visie heeft op beleidsmakende instanties zoals de Verenigde Naties en de Europese Unie. [7: G. Kuby. Die globale sexuelle Revolution. Zerstörung der Freiheit im Namen der Freiheit. Kisslegg: Fe-medien; 2012.] 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, [8: Dicastery for the Doctrine of the Faith. Answers to Several Questions from His Excellency, the Most Reverend José Negri, Bishop of Santo Amaro, Brazil, Regarding Participation in the Sacraments of Baptism and Matrimony by Transgender Persons and Homosexual Persons (3 November 2023). Vaticaanstad 2023.] het Handvest voor de Werkers in de Gezondheidszorg, de postsynodale exhortatie Amoris Laetitia, [9: Franciscus. Adhortatio apostolica post-synodalis “Amoris Laetitia”. Acta Apostolicae Sedis 2016, 108, 311-464.] een document van de Congregatie voor de Katholieke Opvoeding, [10: Congregation for Catholic Education (for Educational Institutions). “Male and female He created Them” – Towards a path of dialogue on the question of gender theory in education. Vatican City 2019.] een aangenomen resolutie in de Duitse Synodaler Weg [11: Der Synodaler Weg. SVV.10: Synodalforum IV – Handlungstext “Umgang mit geschlechtlicher Vielfalt” – Zweite Lesung. 2023, 1-8.] en documenten van de Australische [12: Australian Catholic Bishops Conference. Created and Loved. A guide for Catholic schools on identity and gender. Canberra 2022, 1-11.] en Amerikaanse bisschoppenconferenties. [13: Committee on Doctrine United States Conference of Catholic Bishops. Doctrinal note on the moral limits to technological manipulation of the human body. 2023, 1-14.] 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. [14: Dicastery for the Doctrine of the Faith. Answers to Several Questions from His Excellency, the Most Reverend José Negri, Bishop of Santo Amaro, Brazil, Regarding Participation in the Sacraments of Baptism and Matrimony by Transgender Persons and Homosexual Persons (3 November 2023). Vaticaanstad 2023.]Ten Klooster heeft geïnventariseerd wat ondanks deze documenten onduidelijk blijft en doet een voorzet waar een encycliek op zou kunnen ingaan: [15: A. ten Klooster. Gender en seksuele identiteit. Morele vragen voor een encycliek. Communio 2023, 48, 228-240.]

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" [16: Pauselijke Raad voor het Gezin. Family, marriage and "de facto" unions (26-7-2000). 2000, 8 ; Congregatie voor de Geloofsleer. Letter to the bishops of the Catholic Church on the collaboration of men and women in de Church and in the World (31-5-2004). 2004.].*

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 lichamelijk 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). [17: Franciscus. Litterae Encyclicae Laudato Si' De Communi Domo Colenda. Acta Apostolicae Sedis 2015, 107, 847-945.]

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 [18: E. Sgreccia. Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica. Milano: Vita e Pensiero; 1996.].

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 lichamelijk 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 I.2.2.3) [19: Committee on Doctrine United States Conference of Catholic Bishops. Doctrinal note on the moral limits to technological manipulation of the human body. 2023, 1-14.] 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. [20: S.I. Abramowitz. Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. J Consult Clin Psychol. 1986/04/01 ed 1986, 54, 183-189 doi:10.1037//0022-006x.54.2.183.] Overlijden door suïcide blijft derhalve ook beduidend hoger na

geslachtsveranderende operaties. [21: C. Dhejne, P. Lichtenstein, M. Boman, A.L. Johansson, N. Langstrom and M. Landen. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. PLoS One. 20110222 ed 2011, 6, e16885 doi:10.1371/journal.pone.0016885.] Mogelijk zijn er minder opnamedagen na een suïcide-poging bij deze mensen. [22: R. Branstrom and J.E. Pachankis. Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total Population Study. Am J Psychiatry. 20191004 ed 2020, 177, 727-734 doi:10.1176/appi.ajp.2019.19010080.] 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 [23: C. Dhejne, R. Van Vlerken, G. Heylens and J. Arcelus. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. Int Rev Psychiatry. 2016/02/03 ed 2016, 28, 44-57 doi:10.3109/09540261.2015.1115753.] 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. [24: C.M. Wiepjes, N.M. Nota, C.J.M. de Blok, M. Klaver, A.L.C. de Vries, S.A. Wensing-Kruger, R.T. de Jongh, M.B. Bouman, T.D. Steensma, P. Cohen-Kettenis, L.J.G. Gooren, B.P.C. Kreukels and M. den Heijer. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. J Sex Med. 2018/02/22 ed 2018, 15, 582-590 doi:10.1016/j.jsxm.2018.01.016.] 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. [25: J.M. Campo, H. Nijman, C. Evers, H.L. Merckelbach and I. Decker. [Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2001/10/19 ed 2001, 145, 1876-1880.] 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; [26: J. Block. Gender dysphoria in young people is rising-and so is professional disagreement. BMJ. 20230223 ed 2023, 380, 382 doi:10.1136/bmj.p382.] in het Verenigd Koninkrijk is in 2023 door de NHS een kliniek die deze behandelingen aanbood, gesloten en richtlijnen worden terughoudender in hun adviezen. [27: Socialstyrelsen – The National Board of Health and Welfare. Care of children and adolescents

with gender dysphoria. Summary of national guidelines. Sweden 2022, December 2022, 1-6.] 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

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 welke 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

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 genetische 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.

F.J. van Ittersum

V.1 Reconstructieve en cosmetische (plastische) chirurgie

De hedendaagse chirurgie is in staat een groot aantal lichamelijke defecten te verbeteren of te herstellen. Hierbij kan gedacht worden aan het aanzetten van afgerukte vingers (inclusief het herstellen van de zenuwverbindingen), het herstellen van huiddefecten ontstaan na brandwonden door autotransplantatie van stukken huid. Voor zover deze bedoeld zijn om de normale functie van het lichaam te herstellen leveren zijn het therapeutische ingrepen die geen speciale ethische vragen oproepen. Wel is het zo dat in omstandigheden van schaarste middels prudente afwegingen gemaakt zullen moeten worden welke behandeling de voorkeur geniet: het is logisch alle patiënten met een levensbedreigende aandoening, b.v. een blindedarmontsteking, te opereren en reconstructieve chirurgie niet of slechts op beperkte schaal uit te voeren.

De vraag of een behandeling goed is of niet dringt zich ook op wanneer niet het herstel van de normale functie van het lichaam het doel is, maar destructie of verhindering van normale lichaamsfuncties. In geval van destructie zou gedacht kunnen worden aan verminkingen van criminelen als strafmaatregel (blind maken, afsnijden van vingers, handen en tong), zoals gebruikelijk in sommige landen. Deze ingrepen zijn een ernstige schending van de menselijke waardigheid en daarom verwerpelijk. Een ingreep die vaak wordt uitgevoerd is de onderbreking van zaad- of eileider met als doel de vruchtbaarheid te verhinderen. Het gaat hier niet om een therapeutische ingreep. Bovendien zijn er andere, ethisch aanvaardbare methoden voor geboorteregeling (zie Hoofdstuk III.2.2.4.).

Soms heeft een ingreep op zich geen therapeutisch, maar verminkend effect, terwijl er feitelijk sprake is van een gedragsprobleem. Dit doet zich voor bij bariatrische chirurgie (“maagbandje of maagverkleining”) ter behandeling van adipositas (overgewicht). Het is weliswaar een effectieve behandeling, maar niet zonder

risico's. Zou de adipositas het gevolg zijn van een darmafwijking die door middel van een chirurgische ingreep kon worden verholpen, dan zou een sprake zijn van een therapeutische ingreep en kunnen de risico's ervan worden afgewogen tegen de risico's van de adipositas als zodanig. Ook als er een hormonale of medicamenteuze oorzaak van de adipositas is, die niet met verandering van gedrag gecorrigeerd kan worden, is een chirurgische ingreep te rechtvaardigen. Bij meer psychische oorzaken van adipositas ligt het voor de hand het onderhavige probleem bij voorkeur op te lossen via verandering van het gedrag, namelijk een behandeling van de eetverslaving. Pas als deze aanpak onwerkzaam blijkt te zijn, kan aan een chirurgische ingreep worden gedacht.

Cosmetische chirurgie kan een therapeutisch doel dienen. Uiterlijke verschijning is belangrijk in het sociale leven, bij het aangaan van relaties en voor de seksuele aantrekkingskracht. De mens heeft de plicht zorg te dragen voor zijn uiterlijke verschijning. Wanneer er ernstige defecten zijn, zoals aangeboren defecten als een lip-gehemeltespleet of verworven defecten zoals ernstige brandwonden, zal worden geprobeerd met cosmetische chirurgie het uiterlijk zoveel mogelijk te normaliseren of te herstellen. Dit ligt anders, wanneer de ingreep uitsluitend bedoeld is om het uiterlijk te verbeteren, terwijl er van objectieve aandoeningen of afwijkingen geen sprake is, alleen omdat men er ontevreden over is, er seksueel nog aantrekkelijker uit wil zien of natuurlijke verschijnselen van veroudering wil wegnemen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij facelifts, borstvergrotingsoperaties en liposuctie. Vaak spelen minderwaardigheidsgevoelens hierbij een rol. Dit zijn echter psychische problemen, die men niet met chirurgisch ingrijpen kan verhelpen. Het gaat hier niet om ingrepen die zijn te rechtvaardigen op basis van het therapeutisch principe (zie Hoofdstuk I.2.2.3.). Het ingrijpen in het lichaam als zodanig, de kosten en de risico's kunnen hier niet afgewogen tegen een eventueel therapeutisch effect. Ook al zijn mensen bereid zelf de kosten te dragen voor cosmetische ingrepen, zodat niet de maatschappij ervoor opdraait, dan wil dat nog zeggen dat deze ingrepen gerechtvaardigd zijn. Het problematische hierbij is namelijk, dat cosmetische ingrepen, verricht louter om het uiterlijk te verfraaien als doel in zichzelf,, impliceren dat het lichaam wordt geïnstrumentaliseerd, hetgeen op intrinsieke ethische bezwaren stuit (zie Hoofdstuk I.2.2.1.). Er gaat bovendien de suggestie van uit dat de waarde van de mens gelegen zou zijn in zijn uiterlijk. De mens heeft een intrinsieke waardigheid die niet bepaald wordt door zijn uiterlijk. De waardigheid van de mens ligt niet in zijn uiterlijk voorkomen, maar vooral in zijn morele karaktereigenschappen specifiek tot expressie.

F.J. van Ittersum

V. Inleiding

De grenzen aan ingrepen in de biologische structuur van de mens

Het grootste deel van de medische behandelingen wordt uitgevoerd naar aanleiding van de aanwezigheid van een ziekte of aandoening, het vermoeden ervan of ter preventie ervan. In een veel kleiner aantal gevallen zijn medicamenteuze of heelkundige ingrepen aan het lichaam echter niet gericht op het bestrijden van een ziekte, maar op verbetering van het functioneren of de uiterlijke verschijning van het lichaam van een overigens gezond individu. Dit is het geval bij cosmetische chirurgie bij mensen met een normaal uiterlijk (V.1.). Bij medicamenteuze en operatieve geslachtsverandering gaat het om ingrepen aan het lichaam als behandeling van een psychisch probleem (onvrede met het lichamelijk geslacht) (V.2.). Tevens ziet het ernaar uit dat in de

toekomst ook bij gezonde mensen capaciteiten kunnen worden verbeterd door genmodificatie van lichaamscellen (V.3.1.) en door het inbrengen van brain-computer interfaces en neuroprotheses in de hersenen (V.3.2.). De verbetering van menselijke lichaamsfuncties en capaciteiten vindt nu al op vrij grote schaal plaats in de vorm van doping en body building (V.3.3.).

F.J. van Ittersum