



Geslachtskeuze vóór de conceptie (bevruchting)

door dr. J.A. Raymakers

Met enige regelmaat worden – meestal tegen betaling – methoden voor geslachtskeuze voor de bevruchting aangeboden. De methode komt uit de veterinaire (diergeneeskundige) voortplantingsgeneeskunde. Samengevat wordt sperma naar een laboratorium gezonden waar de spermatozoën (zaadcellen) met X-, resp Y-chromosoom gescheiden worden en teruggezonden aan de afzender. Daarna moet het paar zelf het sperma in de baarmoeder inbrengen. Er bestaat met toepassing bij de mens ook al lang ervaring, o.a. in de VS en die is in de wetenschappelijke literatuur gerapporteerd. Op grond van die rapportages en ook los daarvan zijn bij deze zaak de nodige ethische en wetenschappelijk-technische kanttekeningen te maken. De huidige wetgeving in Nederland en omringende landen staat geslachtskeuze niet toe, tenzij om de geboorte van een kind een geslachtsgebonden aandoening te voorkomen (en daartegen zijn ook gegronde ethische bezwaren in te brengen).

Ethische overwegingen

Het belangrijkste argument tegen een dergelijke directe (poging tot) keuze van het geslacht van een kind vanuit een gelovige ethiek is dat het kind een geschenk van God is. God schept de ziel van iedere nieuwe mens, Hij geeft dus het leven en geeft dus ook de zin aan dat leven, dat gelegen is in Zijn doel met die mens. De ouders zijn daarin bewust en actief werktuig, maar niet de eigenaars die tot elke handeling bevoegd zijn.

Ook als we deze rechtstreekse verwijzing naar de Schepper terzijde laten dan gelden nog de volgende overwegingen.

1. Acceptatie van elk kind behoort volkomen te zijn. Het kind is als persoon ook een expressie van de liefde van de ouders. Uitsluitend een kind van één bepaald geslacht willen doet die liefde geweld aan. Men mag wel naar een jongen of meisje verlangen, maar moet daarin gematigd zijn en het niet willen afdwingen, omdat daarmee de andere mogelijkheid impliciet wordt verworpen.
2. Het ontstaan van het nieuwe leven wordt geregeld in het laboratorium en in ieder geval buiten de huwelijkse samenleving, die – wederom – een expressie van de liefde tussen man en vrouw moet zijn en die van nature gericht is op de mogelijkheid van het ontstaan van nieuw leven.
3. De acceptatie van het kind wordt onderworpen aan de realisatie van de keuze van het geslacht. Waarom niet ook van de haarkleur, de kleur van de ogen en wat nog meer? Wie weet welke eigenschappen er nog te 'sturen' zijn via manipulatie van geslachtscellen of welke kinderen het leven ontzegd zal worden wanneer dat niet het gewenste resultaat oplevert. Kinderen met Down syndroom worden in grote aantallen geaborteerd. Het absolute aantal geborenen blijft daar ongeveer gelijk omdat, hoewel de leeftijd van de moeders stijgt en het risico groter wordt, er ook steeds meer geaborteerd worden (in Frankrijk daalde het aantal geboren kinderen met Down van 14 naar 5/10.000 in 25 jaar). Het gaat bij deze praktijk om maakbare babies. Men wil het kind niet omwille van het kind zelf maar als een object dat men bezitten wil, een sieraad, een pop, een mooi huis enz. dat aan voorafgestelde eisen moet voldoen. Er is geen sprake van aanvaarding van een door God geschonken leven.
4. De demografische gevolgen zijn niet te overzien, het is dus in maatschappelijk opzicht niet in overeenstemming met de vereiste prudentie. Geslachtselectie is op vele plaatsen en in vele tijden uitgevoerd, door eenvoudig het kind dat niet gewenst was te laten doodgaan of te doden. Dat lot trof door de eeuwen heen vooral meisjes. In India en China gebeurt het op grote schaal door selectieve abortus, maar ook nog op de 'oude' manier. De demografische onbalans in die streken dreigt nu al uit de hand te lopen en is een officieel toegegeven punt van zorg van de overheden. In China is er een overschot van ca. 30.000.000 jonge mannen.



Ook in India mist men vele miljoenen vrouwen. Onderzoek in de VS heeft uitgewezen dat de meeste mensen er niet op uit zijn om het geslacht van hun kinderen te beheersen en dat daar dus geen invloed op de demografie te verwachten is van invoering en hier zal dat ook wel niet zo'n vaart lopen. Een ander onderzoek stelt echter dat de meeste ondervraagden de mogelijkheid wel wensen en dat de invoering van een wet die het toestaat geen weerstand zal ondervinden.

Al snel wordt een volgende vraag gesteld: maar mag men dan niet voorkomen dat kinderen met X-gebonden aandoeningen zoals progressieve spierdystrofie van Duchenne, geboren worden (daartoe voldoet de methode trouwens niet). Het antwoord is nee, niet door hun het bestaan bij voorbaat of na hun conceptie te ontzeggen. Men ontzegt daarmee aan een mens het leven en oordeelt bij voorbaat over de zin ervan.

Praktische overwegingen

Praktische bezwaren betreffen de mogelijke medische risico's voor het kind en de effectiviteit van de werkwijze.

1. Risico's als gevolg van de behandeling van het sperma? Het aantal aangeboren afwijkingen wordt gerapporteerd als 2,05 – 2,6% (normaal tot licht verhoogd)

2. Effectiviteit: normaal is de verhouding in de spermatozoënpopulatie X/Y = 50/50. Onderzoek (fluorescentieflowcytometrie) heeft uitgewezen hoe ver de scheiding kan gaan. Men krijgt twee monsters een met voornamelijk spermatozoën met een Y-chromosoom (Y-sort) en één met voornamelijk een X-chromosoom (X-sort). Geheel zuiver zijn die twee monsters niet. Uit verschillende publicaties komen de volgende resultaten naar voren:

Het maximale percentage 'juist gesorteerde' spermatozoën was in de X samples 87,9 tot 92% en in de Y samples 74,9 tot 81,2%. Bij intrauterine inseminatie (IUI) werd een aantal zwangerschappen van 15,1 % en het aantal miskramen daaronder als 15,7% gerapporteerd. Het aantal geboren kinderen was dus $0,151 \times 0,843 = 0,127$ of 1 op de 8 'behandelingen'. Van de geplande meisjes blijkt 8 % een jongen te zijn en van de geplande jongens is 18,5% meisje.

De methode levert dus een kans van 1 op de 8 op een kind waarvan gemiddeld 15% niet het gewenste geslacht heeft. Kortom: Wil men een jongen dan verandert de kans daarop door de procedure van 50% naar ca. 80% en wil men een meisje dan verandert de kans door de procedure van 50% naar ca. 90%

Conclusie

Er zijn drie hoofdargumenten tegen deze handelwijze:

- a. De instrumentalisatie van het ontstaan van het menselijk leven waarbij dit buiten de door de Schepper bedoelde context van de huwelijksliefde wordt gebracht.
- b. De afwijzende houding tegenover een nieuwe jonge mens wanneer die niet aan van te voren vastgestelde eisen voldoet.
- c. De wetenschappelijk aangetoonde onbetrouwbaarheid van de methode en de onvoorzienbare gevolgen voor de bevolkingssamenstelling bij algemene toepassing. Daarom is toepassing tegen de gezonde rede en dus mensonwaardig.

De grondbeginselen of grondprincipes in de medische ethiek en beginselen in conflictsituaties

De grondbeginselen die men in de medische ethiek hanteert zijn:



1. Het therapeutisch beginsel of totaliteitsbeginsel
2. Het beginsel van de vrijheid in verantwoordelijkheid
3. De beginselen van socialiteit en subsidiariteit
4. Het beginsel van proportionaliteit

In conflictsituaties kan men de volgende beginselen hanteren:

1. het beginsel van de keuze voor mindere kwaad
 2. het beginsel van de handeling met dubbel effect
 3. de beginselen met betrekking tot de medewerking aan het kwaad
-

Zorg voor het beginnende leven

door. dr. J.A. Raymakers

In onze moderne maatschappij zijn we gewend geraakt aan technologische ontwikkelingen waarmee we alles in de hand lijken te hebben. We worden over alles geïnformeerd, kunnen ons over de hele wereld verplaatsen, dringen door in de geheimen van de natuur en zijn trots op de medische verworvenheden. Sommigen menen dan ook dat we nu ook meester zijn over het leven. We denken dat we ook gebeurtenissen als het ontstaan van het menselijke leven volledig in de hand hebben. En als dat nog niet helemaal gelukt is dan menen velen dat er dan maar wat aan gedaan moet worden. Ongewenste zwangerschappen worden op grote schaal afgebroken. Aan de andere kant spreekt men van de “maakbare mens”, de mens op bestelling.

Niemand kan ontkennen dat er grote vooruitgang is geboekt op het gebied van de kennis van de natuur en haar mogelijkheden. Maar die kennis op zich geeft ons niet het recht ermee te doen wat ons goeddunkt. Alle kennis moet slechts ten goede gebruikt worden. Dat geldt voor de hele door God geschapen natuur, maar in het bijzonder voor die van de mens. De mens is het hoogste schepsel in de orde die door God is geschapen. Zoals ik al in een vorige voordracht zei: de mens is bijzonder en uniek omdat hij zijn Schepper kent en weet dat hij naar Zijn beeld geschapen is. Daarin is de mens onderscheiden van alle andere schepselen. Naar zijn aard is hij bovendien uniek omdat hij een zelfstandig maar niet stoffelijk levensbeginsel heeft, de ziel, die de zetel is van de hoogste vermogens: het verstand en de redelijke wil. Dat missen de lagere levende schepselen, zij erven hun leven van hun voortbrengers. Iedere mens krijgt zijn leven rechtstreeks van God. God schept immers de ziel die het levensbeginsel is.

God heeft gewild dat elke nieuwe mens geboren zou worden als resultaat van de liefdevolle overgave van twee complementaire, dat is: elkaar geheel aanvullende personen: een man en een vrouw. Zij gaan daartoe een unieke verbintenis aan en stellen zich beschikbaar voor het plan van God: mensen laten delen in Zijn heerlijkheid. Wanneer God dus hun vereniging in liefde laat uitmonden in het ontstaan van een nieuwe mens, dan is dat omdat Hij dat gewild heeft, uit liefde tot die nieuwe mens.

Als men daartegenover stelt op welke wijze de mensen tegenwoordig bezig zijn dat natuurlijke gebeuren te vertechneren, te beïnvloeden, ongedaan te maken, enzovoort dan kan dat alleen zijn omdat men Gods aanwezigheid in zijn schepping helemaal heeft vergeten. Men komt in de wereld van de maakbare mens. Dan gaan wij besluiten – en niet God – of die mens er komt, hoe hij eruit ziet, welke onvolkomenheden we wel en welke we niet accepteren enzovoort. Op een aantal van die zaken zal ik nader ingaan. Anticonceptie, abortus, prenataal onderzoek, IVF.

Acceptatie van het beginnend leven

Allereerst de acceptatie van het beginnende leven. Door de Schepper is het doorgeven van het menselijke leven gegeven in de seksuele vermogens, waarmee man en vrouw zich – als het goed is – in liefde verenigen. Niet steeds volgt daarop conceptie. De wijze waarop het lichaam van de vrouw functioneert is steeds beter bekend en van die kennis kunnen de echtgenoten gebruik maken. Het is echter tegennatuurlijk om de huwelijksdaad los te maken van de voortplanting, door het gebruik van anticonceptieve middelen. De zin van de huwelijksvereniging is niet gelegen in de gevoelsmatige bevrediging die er mee gepaard gaat. Veel mensen denken dat wel maar het gaat om de wijze waarop man en vrouw in elkaar opgaan in liefde en zich aan elkaar geven. Het doel ervan is ontegenzeggelijk het ontstaan van nieuw leven, dat is eenvoudig in te zien. Men kan het doel en de betekenis die het voor de echtgenoten heeft niet moedwillig van elkaar losmaken. Dit heeft de Kerk altijd gehouden en steeds opnieuw verkondigd to nu toe. Dat doet men bij het gebruik van condooms en anticonceptiepillen. Men maakt de daad zelf of het lichaam van de vrouw ongeschikt voor de voortplanting. Bij sterilisatie wordt dat definitief. Bij het gebruik van anticonceptiepillen is het bovendien vaak zo dat men niet de eisprong verhindert maar de innesteling van het jonge embryo in de wand van de baarmoeder. Dat geldt ook voor de morning-after pill en voor het spiraaltje. Het zijn in feite abortiva.

Wanneer er zich eenmaal een embryo gevormd heeft dan kan daaruit niets anders groeien dan een nieuwe mens. God schept voor dit wordende lichaam een ziel, waardoor het een levende mens is, een iemand. Daartussen komen is niets minder dan zich rechtstreeks tegen Gods scheppingswerk verzetten, tegen zijn plan met deze unieke mens in wording die Hij uit liefde schept. Daarmee is echte huwelijksliefde niet verenigbaar. Dat wordt het meest duidelijk bij abortus.

Abortus

Abortus is het meest laffe misdrijf tegen het leven. Vanaf de vroegste tijden, ook bij de oude Grieken, gold het als een misdrijf. In de eed van Hippocrates, die dateert van zo'n 400 jaar voor Christus, belooft iedere arts nooit een vruchtafdrijvend middel aan een vrouw te geven. In de geschiedenis van de Kerk is abortus altijd als een groot kwaad gezien. Men probeert het te vergoelijken door te zeggen dat het maar om een klompje cellen gaat, om iets dat nog niet als mens herkenbaar is. We weten juist door onze kennis van de ontwikkeling dat vanaf het allereerste begin de kenmerken van de nieuwe mens vastliggen in het genetische materiaal dat moeder en vader bijeenbrengen. Er kan niets anders uit worden.

En dat het nog niet herkenbaar-zijn-als-menselijk, die zogenaamde voormenselijkheid, een vals argument was blijkt doordat de wettelijke grens voor abortus steeds verder is opgeschoven totdat de grens met kindermoord niet meer te trekken is. En de motivatie is in een groot aantal gevallen, dat het gewoon niet uitkomt, zoals uit recente statistieken blijkt.

In vitro fertilisatie: reageerbuisbevruchting

Bij alles wat de zorg om het beginnende menselijke leven aangaat moeten we ons realiseren wat datgene wat daar in de schoot van de aanstaand moeder groeit, werkelijk is. Het gaat om een zich ontwikkelende menselijke persoon die dus alle respect en zorg verdient die we iedere naaste verschuldigd zijn. Ja nog meer omdat het kleine wezen volkomen hulpeloos en onschuldig is.

De ouders krijgen dit kind van God, ze kunnen het niet afdwingen, maar dat willen velen toch. Als er niet snel genoeg een kind komt dan moet er maar langs kunstmatige weg voor gezorgd worden, vindt men. Er kan niets tegen zijn om het normale voortplantingsproces zo succesvol mogelijk te doen zijn, door een goede gezondheid na te streven en rekening te houden met de natuurlijke variaties in de vruchtbaarheid. Maar als die vruchtbaarheid onvoldoende lijkt gaat men een stap verder. Dan doet men een beroep op een zaaddonor of een draagmoeder of men verplaatst de voortplanting naar het laboratorium. Er wordt dan een stadium overgeslagen:



het zoeken naar verbetering of herstel van de natuurlijke vruchtbaarheid. Dat wordt Fertility Care genoemd en is al eerder op deze plaats uitvoerig besproken.

Het verplaatsen van de voortplanting naar het laboratorium noemt men in vitro fertilisatie. In vitro betekent letterlijk: in de glazen reageerbuis. Men verkrijgt eicellen van de vrouw via een kijkoperatie nadat de eierstokken met hormonen zijn gestimuleerd. In het laboratorium brengt men daar zaadcellen van de man bij of brengt zelfs een zaadcel gericht in een eikel, zodat een zygote de prille vorm van het menselijke embryo ontstaat. De zygote gaat zich delen en gaat dood als die niet in de baarmoeder geplaatst wordt. Het alternatief is ze diepgevroren te bewaren voor een latere poging tot plaatsing in de baarmoeder of ze anders te venietigen.

Wat is er nu fundamenteel mis met deze aanpak? Dat is dat men een kind eist, hoe dan ook. Men hoopt er niet op als een geschenk van God dat men liefheeft om zichzelf zoals God het bemint om het kind zelf. Nee men wil het tot elke prijs zoals een verwend kind een stuk speelgoed wil en boos wordt als het dat niet krijgt. De menselijke waardigheid van het kind wordt daarmee geweld aangedaan. Het wordt tot een voorwerp gemaakt het wordt – zoals dat heet – geïnstrumentaliseerd. Het wordt niet om zichzelf gewild maar om een doel dat daarbuiten ligt, het hebben. Natuurlijk mag men naar kinderen verlangen, dat is zelfs natuurlijk en goed. Men kan ze niet afdwingen om ze als een voorwerp voor zichzelf te hebben.

Al die laboratoriumprocedures, vormen van inseminatie en draagmoederschap zijn er op gericht een kind te krijgen als iets dat jouw eigendom, jouw bezit is. Maar een kind dat je krijgt is in de eerste plaats van God en dan van zichzelf. Het wordt je toevertrouwd met de opdracht het lief te hebben en ervoor te zorgen. De embryo's die in het laboratorium ontstaan zijn te beklagen. Een deel ervan wordt gebruikt om er experimenten mee te doen, een ander deel om er stamcellen van te verkrijgen die naar het heet gebruikt worden om behandelingen voor ziekten mogelijk te maken. Tot nu toe is er nog niet een enkele patiënt die van dergelijke procedures duidelijk bewezen voordeel heeft gehad. Het is inmiddels aannemelijk gemaakt dat stamcellen die langs andere weg verkregen zijn meer kans op succes bieden. Daarbij wordt dan geen menselijk wezen in wording misbruikt.

Het embryo: menselijke persoon vanaf het begin

Bij dit alles zullen materialisten, maar ook mensen die wel in de door God geschapen menselijke ziel geloven misschien zeggen: Die eerste paar cellen, dat kan toch onmogelijk een bezielde organisme zijn. En om te rechtvaardigen dat men er vrij mee om mag springen zoals men wil, gaat men terug naar Aristoteles die zei dat een jongetje 40 dagen na de conceptie de ziel ontving en een meisje 90 dagen. Aristoteles ging er daarbij uit dat de stoffelijke grondslag voor de wordende mens dan een voldoende geschiktheid had bereikt om door de ziel tot een levende mens gemaakt te worden. Hij meende dat die er pas kon zijn er organen te zien zijn, met name zintuigen. St Thomas van Aquino nam dat over zonder iets te weten van de biologie. De Kerk heeft altijd, vanaf haar vroegste begin, gehouden dat abortus provocatus vanaf het begin van de zwangerschap een groot kwaad is. Nu we veel beter weten hoe het menselijke leven begint kunnen we zien hoe wijs dat geweest is. De geschiktheid die de heiden Aristoteles noodzakelijk vond is er namelijk van het begin af aan. Immers vanaf het moment dat de chromosomen van de moeder en de vader zich samengevoegd hebben, is in de genetische informatie, die in het DNA van de tot zygote samengesmolten eikel en zaadcel ligt opgeslagen, de hele ontwikkeling die komen moet voorgeprogrammeerd. Vanaf dat moment kan er niets anders ontstaan dan die ene mens. De Kerk spreekt zich niet uit over het moment van de bezieling maar het is verstandig om aan te nemen dat die bij de conceptie plaatsvindt en daar dan ook de consequenties uit te trekken. Het doel van het bestaan van dat prille nieuwe leven kan niets anders zijn dan tot deze door God gewilde persoon uit te groeien, dat is zijn finaliteit zoals dat heet. Die is door Gods wil in zijn scheppingsorde neergelegd en het gaat niet aan het beter te willen weten. De door God bedoelde natuurlijke weg is dat het beginnende menselijke leven vanaf zijn eerste begin de meest perfecte natuurlijke bescherming geniet om te kunnen uitgroeien tot zijn



bestemming.

Wat is er nu mis met in vitro fertilisatie, het verwekken van een reageerbuisbaby?

In de eerste plaats wordt de voortplanting los gemaakt van de huwelijksliefde. Er is geen verband meer tussen de overgave in liefde aan elkaar die het ontstaan van een nieuwe mens mogelijk maakt. Een nieuwe mens die vanaf het moment van zijn ontstaan bedoeld is te leven in de bescherming van zijn moeder. Hier wordt de nieuwe mens tot een laboratorium product.

Dat gaat ook noodzakelijk gepaard met een gebrek aan respect voor het nieuwe leven. Het prille embryo dat ontstaat door de bevruchting in het laboratorium is een beginnend menselijk wezen, zoals zelfs een niet gelovige directeur van een IVF-kliniek voor de televisie verklaarde. Men zorgt vaak dat meer dan één eikel bevrucht wordt om de kans op succes te vergroten, en bewaart dan de overgeschoten embryo's – die men dan restembryo's noemt – diepgevroren. Is dat het respect waarop het beginnende menselijke wezen recht op heeft? Deze embryo's worden ofwel gebruikt bij een latere poging tot plaatsing in de baarmoeder of gebruikt voor experimenteel onderzoek, of vernietigd. Terwijl we wetten hebben die alle rechten van patiënten en plichten van artsen nauwkeurig omschrijven wordt hier aan de patiënt niets gevraagd en de onderzoeker eigent zich onbeperkte rechten toe.

Als men het embryo in handen heeft kan men ook onderzoeken of er mogelijk gebreken zijn zoals een erfelijke ziekte. Er wordt dan vóór de plaatsting in de baarmoeder onderzoek gedaan, door een cel van het embryo te verwijderen. Valt dat ongunstig uit dan wordt het embryo niet teruggeplaatst, dat wil zeggen, gedood. Dat is de houding van: Ik wil tot elke prijs een kind, maar het moet wel perfect zijn.

Een extreme vorm van instrumentalisatie is die waarbij een embryo in vitro wordt verwekt om eventueel te dienen als bron voor transplantatie van cellen of organen voor een broertje of zusje met een ernstige ziekte. Het nieuwe kind dat ontstaat wordt dus volledig gebruikt als een ding, een magazijn van materiaal. Door het propageren van deze praktijken wordt in de maatschappij het respect en de zorg waarmee het nieuwe leven, wordt omringd, ondermijnd.

Het laatste doel waarnaar nog gestreefd wordt is het klonen van mensen, dat is het doen ontstaan van mensen langs volstrekt kunstmatige niet geslachtelijke weg. Het is verwerpelijk en daar wil ik het bij laten.

Er zijn steeds meer mogelijkheden om tijdens de zwangerschap na te gaan of het groeiende kindje gezond is. Als zo'n onderzoek geen risico's voor het kind meebrengt en we die wetenschap gebruiken om de gezondheid te verbeteren, of risico's voor te zijn is dat alleen maar goed. Pure nieuwsgierigheid maakt het kind niet beter of gelukkiger. Onderzoek dat gedaan wordt om informatie te verkrijgen om een besluit over abortus te nemen is verwerpelijk.

Het pasgeboren kind

We moeten ons ook nog bezighouden met de zorg voor het pasgeboren kind. Het gebeurt dat een kindje met een groot gezondheidsprobleem geboren wordt. Er zijn sterke tendenzen om het leven van deze kinderen maar snel te doen eindigen. Hoewel zelfs in Nederland de wet dat niet toestaat gebeurt het wel en wordt niemand daarvoor vervolgd, als gevolg van het aannemen van het zogenaamde Groningen protocol. Dat houdt in dat men het leven van een kind met een ernstige handicap of afwijking beëindigt om het kind lijden te besparen, zelfs als dat lijden niet nu meteen, maar in de toekomst te verwachten is.

Er zijn nu heel veel mogelijkheden om ook de zwaksten onder ons, deze kinderen, in leven te houden. Het belangrijkste is natuurlijk dat we ze zolang als ze leven alle liefde en zorg geven waar ze recht op hebben en meer. Het beschermen is een dure plicht, maar het leven behoeft niet tot elke prijs in stand gehouden te worden. We hoeven daarvoor geen buitenproportionele middelen in te zetten, zeker niet als duidelijk is dat die



geen werkelijke verbetering in de toestand kunnen brengen. Van geval tot geval zal dit met wijsheid en met gebed om wijsheid begeleid moeten worden. Maar de gewone medische zorg en de verzorging, vooral de voeding en bescherming moeten doorgaan totdat de natuurlijke dood komt, die voor het kind de overgang naar Gods heerlijkheid is. Het is goed om de tijd die er is te gebruiken om het kindje te dopen en bij God aan te bevelen. Dat is in volledige tegenspraak met het moedwillig laten eindigen van het jonge leven.

De Kerk leert ons al deze dingen en heeft dat in encyclieken en stukken die door de Congregatie voor de geloofsleer zijn gegeven vele malen vastgesteld en herhaald.

Paus Johannes Paulus II heeft er een groot deel van zijn encycliek *Evangelium Vitae* aan besteed. Het tweede Vaticaans Concilie veroordeelde in een adem al wat tegen het leven ingaat en brak een lans voor een juiste huwelijksbeleving. Dat was ook al gebeurd in de encycliek *Casti Connubii* van paus Pius XI in 1930. Paus Paulus VI ging daar dieper op in in zijn Encycliek *Humanae Vitae* in 1968. Paus Pius XII had de orale anticonceptie al veroordeeld in een toespraak uit 1958, vlak voor zijn overlijden. In 1987 was er de Instructie *Donum Vitae*, over de gawe van het leven. De laatste was de instructie *Dignitas Personae* uit 2008, de waardigheid van de persoon uit 2009, waarin al deze zaken in detail besproken worden, waarbij de meest recente wetenschappelijke ontwikkelingen in het oog gehouden worden. Uit dit alles blijkt dat het de onveranderlijke en onfeilbare leer van de Kerk is dat het menselijke leven in elk stadium en ook het huwelijk en de natuurlijke voortplanting gerespecteerd moeten worden en niet vervangen kunnen worden door praktijken waarbij het respect voor de menselijke persoon en voor Gods scheppingsorde geweld wordt aangedaan. Hier spreekt het onfeilbaar leergezag van de Kerk, wat sommigen ook mogen beweren. Men kan dit niet naast zich neerleggen en toch tot de Kerk behoren.

Daar staat tegenover dat het ons past de schoonheid van Gods schepping in al zijn details in dankbaarheid te aanvaarden en die geen geweld aan te doen en daarbij vooral het wonderlijke geschenk van het kind te aanvaarden. Daarbij moeten we ons realiseren dat de mens de lichamelijke gevolgen van de erfzonde nu eenmaal in zich draagt. Jezus, onze Verlosser heeft die gevolgen in zijn menselijke natuur ook gedragen en heeft voor ons geleden, is gestorven en is verrezen om ons van de zonde te bevrijden. Wij moeten hem daarin volgen.

Prenatale diagnostiek

door dr. F.J. van Ittersum

Met het toenemen van de diagnostische mogelijkheden in de geneeskunde zijn ook de mogelijkheden diagnoses te stellen bij baby's vóór de geboorte toegenomen. Afhankelijk van de duur van de zwangerschap spreken we hier van de "vrucht", het "embryo" of de "foetus".

Grofweg zijn er twee manieren om een diagnose bij het ongeboren kind te stellen: invasieve en niet invasieve manieren. Bij de invasieve manieren moet lichaamsmateriaal van het kind of de moeder worden verkregen, bij niet invasieve manieren is dit niet noodzakelijk.

Bij de invasieve manieren wordt gebruik gemaakt van vruchtwater, vlokken van de vliezen van de vruchtzak waar het kind zich in bevindt of bloed van de moeder. Bij deze technieken kan met name gekeken worden naar het genetische materiaal van de vrucht. Al lang is het met deze methoden mogelijk het aantal chromosomen in de celkern van het kind te tellen en zo op het spoor te komen van een kind met Down syndroom ("mongooltje"),



waarbij er een extra chromosoom 23 aanwezig is. Doordat men DNA van de baby beschikbaar heeft, zijn ingewikkeldere analyses naar genetische problemen (gendefecten) ook mogelijk.

Bij de niet-invasieve manieren wordt vooral gebruik gemaakt van echoscopie. Bij deze techniek worden door weerkaatsing van geluidsgolven beelden verkregen van de vrucht of de foetus in de baarmoeder. Door continue verbetering van deze techniek worden op deze beelden steeds meer details zichtbaar. Het is al langer mogelijk op deze manier een indruk te krijgen van het geslacht van de foetus. Ook is het mogelijk aanlegstoornissen, zoals de afwezigheid van een nier of aanlegstoornissen van het hart aan te tonen. Verder kan men bij de foetus dingen meten die op zich zelf niet problematisch zijn voor het kind, maar kunnen duiden op een andere aanlegstoornis (bijvoorbeeld verdikte nekplooï).

De vraag dringt zich op of het moreel juist is prenataal, d.w.z. voor de geboorte, een diagnose te stellen. Het stellen van een diagnose op zich is moreel gezien een neutrale handeling. Het kennen van een diagnose kan mensen helpen hun lijden en last te beperken doordat ze in meer of mindere mate weten waar ze aan toe zijn en waar ze rekening mee moeten houden. Wanneer een diagnose gesteld wordt bij een ongeborn kind is de situatie niet anders. In de praktijk worden prenataal gestelde diagnoses echter voor twee doeleinden gebruikt. Allereerst om de behandeling van het ongeborn kind te bepalen. Zo kan het voor baby's met een aanlegstoornis van het hart nuttig zijn bepaalde maatregelen rondom de bevalling te nemen. Bij andere aandoeningen kan er direct vanaf de geboorte rekening gehouden worden met de aandoening door bijvoorbeeld deze kinderen een speciaal dieet te geven of bepaalde geneesmiddelen toe te dienen. Op de tweede plaats wordt prenatale diagnostiek gebruikt om er voor te zorgen dat een kind met een bepaalde aandoening of een verhoogde kans op een bepaalde aandoening niet levend ter wereld komt. In dat geval worden bepaalde prenataal gestelde diagnoses gevolgd door abortus provocatus.

Het eerste doel, optimaliseren van de behandeling door het kennen van de diagnose, is moreel gezien een goed doel. Er wordt geprobeerd bij een menselijke persoon, die naar het beeld van God is geschapen, het lijden zoveel mogelijk te verlichten en te zorgen dat deze zo gelukkig mogelijk kan leven. Wel is het hier van belang te bekijken of het kind en de moeder bij het stellen van de diagnose niet onnodig aan risico's worden blootgesteld. Het gaat er dan in het bijzonder om of het risico opweegt tegen de winst die het kennen van de diagnose geeft (proportionaliteit). Als er bijvoorbeeld door een vlokcentest een grote kans is op een miskraam, terwijl de diagnose die men met deze test te weten komt de eerste paar jaar na de geboorte geen behandeling behoeft, is de verhouding van het risico van de test en het kennen van de diagnose zoek. Een dergelijke test geeft dus een onnodig hoog risico.

Het tweede doel, het uitvoeren van abortus provocatus om ervoor te zorgen dat het kind met een aandoening niet levend ter wereld komt, is anders. Over deze situatie wordt nogal eens verbloemend gesproken in de zin van "het voorkomen van aangeboren afwijkingen". In feite gaat het om het voorkomen van "de geboorte van mensen met een aangeboren afwijking". In de Rooms-katholieke theologie is God – die Liefde is – de Schepper van iedere mens. Hij geeft aan de mens de ziel, het principe dat de menselijke persoon coördineert en datgene dat mens zou kunnen zijn ook daadwerkelijk tot mens maakt. Wanneer Hij precies deze ziel in de mens uitstort is onduidelijk: ook de Rooms-katholieke Kerk laat zich daar niet over uit. Het is niet onlogisch te denken dat dit moment tegelijk met de versmelting van de eicel en de zaadcel samenvalt, maar hiervoor is geen theologisch bewijs. Wel kan geconcludeerd worden dat de zygote (het ééncellige stadium dat ontstaan is door versmelting van een eicel en een zaadcel) als enig doel heeft om zich te ontwikkelen tot een menselijke persoon. Niet alleen omdat het menselijk DNA bezit, maar juist omdat de hele ontwikkeling gericht is op een menselijke ontwikkeling en dus ook op de bezieling door God, als die nog niet zou hebben plaatsgevonden. Deze doelgerichtheid die onlosmakelijk verbonden is met dit eencellige stadium (intrinsieke finaliteit) is het belangrijkste argument dat er in dit stadium al sprake van een menselijk wezen. Uit respect voor de menselijke persoon als geschapen beeld



van God en vanwege het feit dat het embryo al vanaf het prilste, ééncellige stadium er minimaal op gericht is een menselijke persoon, het beeld van God te worden, noemt Paus Johannes Paulus II het beëindigen van een zwangerschap op welk moment dan ook in meerdere encyclieken (Evangelium Vitae, Veritatis Splendor) een intrinsiek slechte handeling (zie verder hoofdstuk Zorg voor het beginnende leven).

Deze visie op het mens-zijn van een foetus en dus de mate waarin de foetus beschermd moet worden staat haaks op de “algemene visie” in de maatschappij. In het algemeen gaat men ervan uit dat de foetus tijdens de zwangerschap geleidelijk meer mens wordt en dus ook geleidelijk aan beschermwaardigheid wint. Deze visie bepaalt ook mede de abortusgrens van 24 weken in de Nederlandse wet: op dat moment is de foetus in staat zelfstandig te overleven buiten het lichaam van de moeder en is deze foetus blijkbaar “zoveel” mens dat hij niet meer geaborteerd mag worden.

Bovenstaande Rooms-katholieke overwegingen betekenen niet dat het verwachten van een kind met een handicap voor ouders geen moeilijke situatie is. Het uitdragen van de zwangerschap betekent dat hun leven een ingrijpende verandering zal ondergaan. Niet-katholieke ethici wegen de last en het leed dat ouders overkomt bij het krijgen van een gehandicapt kind af tegen de abortus, gebruikmakend van de beperkte beschermwaardigheid van de foetus tot en met 24 weken zwangerschapsduur. Ook katholieke moraaltheologen hebben dergelijke afwegingen gemaakt. Paus Johannes Paulus II heeft in zijn encycliek Evangelium Vitae, natuurlijk ook om de discussies tussen katholieke moraaltheologen te beslechten, duidelijk gesteld dat het Leven een dusdanig grote gave is van God, dat de mens daarover geen beschikking heeft. Iedere mens heeft recht op leven. Gehandicapten mogen op dit punt niet gediscrimineerd worden (Dignitas Personae). Het aanvaarden van het Leven als een gave van God betekent dat de gehandicapte een met liefde omringde plaats moet kunnen krijgen in onze maatschappij. Ook de ouders van dergelijke kinderen moeten kunnen rekenen op steun en support (solidariteit), allereerst t.a.v. hun beslissing het gehandicapt kind ter wereld te laten komen en daarnaast bij de uitvoering van de zorg voor het kind zelf.

De overheid en ziektekostenverzekeraars gaan echter steeds verder met het routinematig aanbieden van prenatale diagnostiek. Daarbij kan men zich afvragen of prenatale diagnostiek verplicht gesteld kan worden. De Nederlandse Hoge Raad besliste in 2005 in het Kelly-arrest dat het Leids Universitair Medisch Centrum wel prenatale diagnostiek had moeten aanbieden aan de ouders van Kelly. Omdat dit niet was gebeurd, werd het LUMC veroordeeld tot het betalen van een schadevergoeding. Verplicht aanbieden van prenatale diagnostiek heeft ook nog een andere kant: zouden ouders ook verplicht kunnen worden prenatale diagnostiek te ondergaan? En wat dan als zij dit weigeren? Moeten ze dan de extra kosten van een eventueel gehandicapt kind zelf betalen? Vooralsnog zijn dit doemscenario's die geen werkelijkheid zijn. Vanuit Rooms-katholiek perspectief staat bescherming van al het menselijk Leven bovenaan, ook van het gehandicapte leven. Solidariteit van alle mensen met elkaar vanwege onze verbondenheid met elkaar in God de Vader is een tweede goed. Daardoor zou mensen dwingen tot prenatale diagnostiek of nog erger tot abortus van gehandicapte kinderen of het zelf dragen van de extra kosten van gehandicapten een groot kwaad zijn.

Inhoud van de zorg voor een terminaal zieke patiënt die snel zal overlijden

1. De zorg moet voor alles het kenmerk van de liefdevolle aanwezigheid dragen en gericht zijn op de begeleiding van de zieke naar de natuurlijke dood en een waardige voorbereiding op de ontmoeting met God.



2. Om de situatie voor de zieke zo comfortabel mogelijk te houden moet men trachten maatregelen te nemen voor het voorkomen en bestrijden van dorst, honger, benauwdheid, pijn, afkoeling en doorliggen, angst en onrust.
 3. Bij elke behandeling die overwogen of ingesteld wordt is moet men zich afvragen of die nog proportioneel is zonder in defaitisme te vervallen. Men mag geen maatregelen weglaten met de bedoeling het leven sneller te doen eindigen.
 4. Wanneer de zieke niet meer in staat is zelf te eten en/of te drinken moet daarbij hulp geboden worden, hetgeen tot de gewone zorg behoort. Zo nodig moeten kunstmatige wijzen van toediening worden toegepast (maagsonde, infuus). Daarbij moet steeds in het oog worden gehouden of de gebruikte middelen (nog) proportioneel zijn aan het enig doel van de zorg dat is overgebleven: de zieke in staat te stellen waardig te sterven.
-

Totaliteitsbeginsel - therapeutisch beginsel

Het therapeutisch beginsel of totaliteitsbeginsel houdt in dat iedere ingreep aan of behandeling van het menselijke lichaam of het geestelijk functioneren gericht moet zijn op de gezondheid en functionele integriteit van de persoon. Dat maakt dat ingrepen die slechts uiterlijke vormveranderingen, veranderingen in het natuurlijke prestatievermogen of uitschakeling of wijziging van natuurlijke vermogens tot doel hebben, niet geoorloofd zijn.

Inenting tegen het Humaan papillomavirus (HPV-vaccinatie)

Het is aangetoond dat het humane papillomavirus (waarvan veel subtypen bestaan) de veroorzaker is van baarmoederhalskanker bij vrouwen en van een aantal andere huid- en slijmvliesaandoeningen in de regio waar de geslachtsdelen en de anus zich bevinden. Het virus is zeer algemeen in de populatie aanwezig. Men weet vanouds dat het optreden van baarmoederhalskanker bij niet seksueel actieve vrouwen (bijv. religieuze zusters) uitgesloten is. In de bevolking is de incidentie van en de sterfte aan baarmoederhalskanker in de laatste 40 jaar gestegen.

Het ligt voor de hand dat de dichtheid van de aanwezigheid van de HPV in de populatie (mannen en vrouwen) groter zal zijn naarmate in die populatie een intensiever en sterker wisselend seksueel verkeer plaatsvindt, zoals dat m.m. ook geldt voor infectieuze ziekteverwekkers met een soortgelijke (SOA's) overdracht.

De tijd tussen de besmetting en de ontwikkeling van de voorstadiën van kwaadaardige ontaarding (incubatietijd) is meer dan 10 jaar (mediaan (een soort gemiddelde) 14). Toen dit bekend was, is in ons land in 1991 via een wettelijke regeling de screening via het baarmoederhalsuitstrijkje eenmaal in de 3 jaar beschikbaar gesteld aan vrouwen van 28 jaar en ouder (sinds 1996 om de 5 jaar van 30 – 60 jaar). De keuze van deze leeftijd berustte op de kennis dat in die tijd het Nederlandse meisje gemiddeld op 14 jaar seksueel actief werd, waarbij de mediane incubatietijd van 14 jaar werd opgeteld. De bedoeling van de screening is om voorstadiën van kwaadaardige ontaarding tijdig op te sporen en te verhelpen door relatief eenvoudige ingrepen.



Inmiddels is er een vaccin ontwikkeld dat op beperkte schaal is getest (maar uiteraard nog niet voor de hele incubatieduur van mediaan 14 jaar) en dat nu aan alle meisjes van 12 jaar en ouder wordt aangeboden. De twee vaccins die op de markt zijn immuniseren respectievelijk tegen 2 en 4 van de ca 40 HPV-subtypen. Daarmee bieden ze bescherming tegen ca 70% (volgens andere informatie 90%) van de infecties. De eerste vaccinatie vereist drie injecties, de immuniteit houdt – voor zover thans bekend – 5 jaar aan. Daarna zou dus een herhalingsinjectie nodig zijn. Het wordt in het Landelijk Vaccinatie Programma aangeboden aan meisjes van 12 jaar en de oudere meisjes kunnen aan een inhaalcampagne deelnemen.

De overheid gaat er kennelijk vanuit dat elk meisje vanaf die leeftijd wel seksuele contacten zal hebben. In de voorlichtingscampagne is dit onderwerp volstrekt niet aangeroerd. Toch is een algemene campagne alleen te rechtvaardigen als het aannemelijk is dat het gedrag van de vrouw zo is dat dit noodzakelijkerwijs een bepaald aantal gevallen van baarmoederhalskanker met zich meebrengt.

Dit is een argument dat zuiver op epidemiologische gegevens gebaseerd is en om drie redenen ontbloomt van moraliteit.

Ten eerste berust alle moraliteit op redelijkheid, op het inzien van het goede met het verstand zodat de wil ervoor kan kiezen. *Ten tweede* wordt de bevolking impliciet voorgehouden dat dit de juiste oplossing is en dat er geen andere – moreel meer verantwoorde – zou zijn. *Ten derde* berust de morele verantwoordelijkheid uiteindelijk bij ieder persoonlijk en de algemene vaccinatie schept een klimaat waarin a.h.w. de algemene vrijbrief voor promiscue seksueel gedrag, die toch al door voorlichters, overheden en de publieke opinie wordt uitgedeeld, nog eens wordt onderstreept.

Het meisje dat zich van haar morele verantwoordelijkheid bewust is zal deze vaccinatie afwijzen. Als zij en haar toekomstige man voor het huwelijk kuis (d.w.z. normaal) leven en zij en haar man elkaar trouw zijn is de kans op baarmoederhalskanker zo minimaal dat vaccinatie een onredelijke maatregel wordt.

Vaccinatie tegen infectieziekten waarvan de verspreiding via zeer oppervlakkig contact, via de lucht e.d. verloopt is vanzelfsprekend zinvol en aan te bevelen. Dat geldt niet voor seksueel overdraagbare aandoeningen. De vaccinatie op zich is als preventieve maatregel niet ongeoorloofd, maar de presentatie als de enige juiste manier om baarmoederhalskanker te voorkomen is onwaarschijnlijk.

Reconstructieve, cosmetische en bijzondere 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. Voorzover deze bedoeld zijn om de normale functie van het lichaam te herstellen leveren deze geen speciale ethische vragen op. Wel is het zo dat in omstandigheden van schaarste middels verstandige afwegingen gekozen zal moeten worden welke behandeling de voorkeur geniet (b.v. wel behandeling van alle patiënten met levensbedreigende blindedarmontsteking en geen of beperkte mogelijkheden om reconstructieve chirurgie van brandwonden uit te voeren).

De vraag of een behandeling goed is of niet dringt zich wel op wanneer niet gaat over het herstel van de normale functie van het lichaam, maar destructie of verbetering (enhancement) van de functie van het overigens gezonde lichaam. 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. Vanuit de respect die men verschuldigd is aan de Schepper, die een mens zijn persoon, dus ook zijn lichaam schenkt, is destructie van het lichaam moreel onjuist.

Bij bijzondere verminkingen van lichaam bij gezonde personen kunnen we denken aan de onderbreking van zaad- of eileider als maatregel tot sterilisatie of het aanleggen van een maagbandje ter behandeling van adipositas (overgewicht). Sterilisatie wordt apart beschreven. Het maagbandje is een effectieve behandeling. Wel dient een lichamelijke “verminking” ertoe om een gedragsprobleem op te lossen. Het ligt voor de hand een dergelijk probleem dan ook bij voorkeur op te lossen via verandering van het gedrag. Als dit lukt, is een ingreep in het menselijk lichaam geheel overbodig geworden. Omdat het hier om kleine beschadiging van het menselijk lichaam gaat, wordt er wel eens voor gekozen om deze ingreep – die in principe niet goed is – toch te doen. Het wordt dan afgewogen tegen de schadelijke gevolgen die de persoon ondervindt, omdat de beoogde gedragsverandering (minder eten) niet succesvol blijkt.

Cosmetische chirurgie dient evenmin om de normale functie van het lichaam te herstellen, maar om de uiterlijke verschijning te verbeteren. De mens heeft de plicht zorg te dragen voor zijn uiterlijke verschijning maar zijn intrinsieke waardigheid is daarin niet gelegen. Uiterlijke verschijning is belangrijk in het sociale leven, bij het aangaan van relaties en seksuele aantrekkingskracht. Wanneer er ernstige defecten zijn, zoals aangeboren defecten als een lip-gehemeltespleet of verworven defecten zoals ernstige brandwonden, is het redelijk om hier chirurgisch iets aan te doen. De situatie is anders wanneer de ingreep uitsluitend bedoeld is om iemand seksueel nog aantrekkelijker te maken of om de natuurlijke verschijnselen van veroudering op te heffen. Het betreft dan bijvoorbeeld facelifts, borstvergrotingsoperaties en liposuctie.

Geslachtsverandering

Geslachtsverandering wordt toegepast in een tweetal situaties. Allereerst in de situatie waarin door aangeboren – meestal erfelijke – aandoeningen er een verschil is tussen het genetische geslacht (d.w.z. het geslacht in het erfelijke materiaal van de desbetreffende persoon) en het uiterlijk. Het uiterlijk kan tegengesteld zijn aan genetische geslacht, maar kan ook onbepaald, d.w.z. tweeslachtig, zijn. Een tweede – duidelijke andere – situatie treedt op bij patiënten met transsexualiteit of geslachtsdysforie. Bij deze laatste aandoening heeft de persoon in kwestie sterk de indruk in een lichaam met een verkeerd geslacht te zijn terechtgekomen.

Stoornissen in de geslachtsontwikkeling

Stoornissen in de geslachtsontwikkeling (Disorders of Sex Development, DSD) is een verzamelnaam voor aandoeningen die vroeger werden aangeduid als hermafroditisme en pseudohermafroditisme. Het betreft bijvoorbeeld situaties waarbij er bij baby's zowel eierstokken als testikels (zaadballen) aanwezig zijn. Een andere mogelijkheid is de combinatie van een vagina (schede) en baarmoeder tezamen met testikels. De aandoeningen zijn meestal terug te voeren tot een stoornis in de ontwikkeling van het embryo in de baarmoeder, vanaf ongeveer de zevende week vanaf de bevruchting: een jongetjesembryo reageert niet goed op testosteron (het mannelijke geslachtshormoon) en ontwikkelt daardoor vrouwelijke kenmerken of een meisjesembryo produceert onterecht veel testosteron waardoor mannelijke kenmerken ontstaan.

In dergelijke gevallen moet er door de ouders bij de geboorte gekozen worden met welk geslacht het kind moet worden opgevoed. Meestal wordt er dan gekozen voor opvoeding conform het meest duidelijke fenotypische geslacht (“conform het uiterlijk”). Alhoewel er dan sprake kan zijn van verandering van het geslacht t.o.v. het



geslacht van het genetische materiaal, hebben katholieke moraaltheologen geen fundamentele bezwaren tegen deze oplossing, zelfs als dit zou resulteren in aanvullende hormonale of chirurgische behandelingen (bijvoorbeeld het verwijderen testikels bij een overwegend vrouwelijk uiterlijk). De motivatie hiervoor is dat het gaat om het “leven in overeenstemming met geschapen natuur”, voorzover deze menselijk kenbaar kan zijn. Het kan dan gebeuren dat het uiterlijk en het erfelijk materiaal niet overeenkomen.

Transseksualiteit

De DSM-IV, een classificatiesysteem van geestesstoornissen, kent een diagnose transsexualiteit. Het gaat samengevat om mensen die langdurig een gevoel van onbehagen hebben t.a.v. hun “uiterlijke” geslacht. Ze willen bij voorkeur veranderen in het andere geslacht. Deze aandoening mag niet verward worden met travestitisme, een toestand waarbij een meestal heterosexuele persoon zich gemakkelijker voelt bij het dragen van kleren van het tegenovergestelde geslacht. Zowel in de Verenigde Staten als in Nederland is een gewoonte ontstaan transsexuelen medicamenteuze en chirurgische geslachtveranderende behandeling aan te bieden. In Nederland wordt zij gefinancierd door het zorgverzekeringsstelsel.

De oorzaak van transsexualiteit is onduidelijk. Vanzelfsprekend is er gezocht naar ontwikkelingsstoornissen of stoornissen in het functioneren van het centrale zenuwstelsel of hormonale systemen. Deze zijn echter niet eenduidig vastgesteld. Waarschijnlijk is er in ieder geval ook een psychologische achtergrond. In de praktijk blijken er meer mannen te zijn die zich vrouw voelen dan andersom. De geslachtveranderende behandeling bij deze mannen bestaat uit hormonale behandeling (oestrogenen, borstontwikkeling) en chirurgie waarbij de mannelijke geslachtsorganen worden verwijderd en gepoogd wordt een nieuwe vagina (schede) aan te leggen. Bij vrouw-man transsexuelen wordt een behandeling met mannelijke geslachtshormonen (o.a. testosteron) ingesteld en worden operatief de borsten en baarmoeder verwijderd en (pseudo-)penis geconstrueerd.

Vanuit het katholieke mensbeeld is de huidige geslachtveranderende benadering van transsexualiteit niet aanvaardbaar. De zeer drastische ingreep die plaatsvindt bij een lichamelijk gezonde persoon laat toepassing van het totaliteitsprincipe (therapeutisch principe) niet toe. Het gaat immers niet om het in stand houden van de integriteit. Het oplossen van een psychologisch probleem met chirurgische operaties kan moeilijk therapie genoemd worden. Studies naar de resultaten van deze behandelingen laten zien, dat veelal de problemen van transsexuelen niet opgelost zijn door een geslachtsverandering. Verder is de geslachtsverandering van dusdanige aard dat de personen die het ondergaan daarna niet alleen onvruchtbaar zijn maar ook vaak niet in staat zijn een normaal seksueel leven te leiden. Een christelijk huwelijk aangaan – waarbij de huwelijkspartners zichzelf geheel, dus ook hun diepste geschapen wezen aan elkaar geven in openheid naar nieuw leven – behoort helemaal niet tot de mogelijkheden. Rooms-katholieke instellingen en hulpverleners zouden niet aan dit type behandeling moeten meewerken. Vanzelfsprekend is medeleven met het lijden van deze mensen op zijn plaats. Men zou moeten proberen met behulp van praktische psychotherapie en pastorale begeleiding het lijden van deze mensen te verlichten.

Een opvallend feit in de Nederlandse situatie is dat geslachtveranderende behandeling ook wordt aangeboden aan 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 verder psychische schade te voorkomen. Gezien het besluit tot geslachtsverandering op puberleeftijd, kan men zich afvragen of een traject met psychische en pastorale begeleiding om tot aanvaarding van de eigen persoon zoals deze door God is geschapen te komen, heeft kunnen plaatsvinden.



Orgaandonatie: een daad van liefde

Bij monde van meerdere pausen heeft de Rooms-Katholieke Kerk grote waardering voor orgaandonatie uitgesproken als een “zuivere daad van naastenliefde” die “dienstbaar is aan het leven”. De edelmoedigheid van deze daad ligt volgens *paus Johannes Paulus II* juist in “het besluit om zonder beloning een deel van het eigen lichaam voor de gezondheid en welzijn van een andere persoon te offeren”. Als voorwaarde geldt dat orgaandonatie niet mag leiden tot beschadiging van de menselijke persoon, in dit geval de donor en dat de donatie niet gedaan mag worden omwille van een (financiële) beloning. Orgaandonatie na de dood (postmortale orgaandonatie) wordt in dit verband gezien als een “daad van liefde, over de dood heen”.

De achtergrond van deze visie op orgaandonatie is te begrijpen vanuit de visie op de mens. De menselijke persoon is een eenheid van ziel en lichaam. Deze verhouding tussen ziel en lichaam wijkt duidelijk af van dualistische mensvisies zoals de mensvisie van Descartes. In deze visies heerst vaak de opvatting dat de ziel superieur is aan het lichaam en over het lichaam kan beschikken. In de Rooms-Katholieke visie is de menselijke persoon bij leven een onverbreekelijke eenheid van lichaam en ziel, in zijn geheel geschapen naar Gods beeld. Ook in zijn lichaam weerspiegelt hij daarom iets van Gods beeld. Het lichaam mag daarom – net als de mens zelf – nooit worden gedegradeerd tot louter een middel tot een doel. Om deze reden mogen het lichaam en delen ervan niet worden vercommercialiseerd. Dit gebeurt wel als men donoren een beloning groter dan een schadeloosstelling in het vooruitzicht stelt.

Financiële beloning van orgaandonatie stuit vanuit de Rooms-Katholieke moraaltheologie op twee problemen. Allereerst probeert men mensen aan te trekken die niet alleen uit naastenliefde, maar mogelijk ook uit materieel winstbejag – een verkeerde intentie – een nier willen afstaan. Ten tweede stimuleert men op deze manier de commercieel-instrumentele omgang met het lichaam: men verhandelt een deel van het lichaam voor geld alsof het een materieel goed (bezit) is.

Een mogelijk gevolg van deze werkwijze is dat ze mensen in een moeilijke financiële positie mogelijk verleidt tot het afstaan van een orgaan, b.v. een nier, een vanuit de sociale ethiek verwerpelijke toestand. Immers, aan deze mensen wordt in meer of mindere mate een uitweg uit hun ellende geboden tegen de prijs van de schending van hun lichaam. Soms wordt verdedigd een milde beloning, zoals een gratis levenslange ziektekostenverzekering, aan donoren aan te bieden. Dit camoufleert de genoemde morele bezwaren maar neemt deze niet weg. Ook het utilistische argument dat transplantaties uiteindelijk goedkoper zijn en het uitgespaarde geld weer ten goede kan komen aan de maatschappij, doet niets af aan de bezwaren van de instrumentele omgang met en commercialisering van het lichaam.

Ook al is het doel van de financiële beloning van orgaandonoren, namelijk het verbeteren van de medische toestand en het welbevinden van zieke mensen, bijvoorbeeld dialysepatiënten, zeker goed te noemen, het voorgestelde middel – beloning van donoren – is in zichzelf niet goed en daardoor afkeurenswaardig.