



Paus tegen grote gezinnen?

Katholiek Nieuwsblad, 21 januari 2015

door Jan Peeters

[KatholiekNieuwsblad](#)

De boodschap was subtiel verpakt maar duidelijk: volgens het NOS-Journaal is paus Franciscus geen voorstander van grote gezinnen.

Aanleiding was de inmiddels wereldwijd bekende 'konijnen-uitspraak' van paus Franciscus op de terugvlucht naar Rome na zijn bezoek aan de Filipijnen. Volgens het NOS-Journaal zou de paus gezegd hebben dat "katholieken zich niet verplicht moeten voelen veel kinderen te krijgen", al blijft hij bij het standpunt dat "geboortebeperking ook op natuurlijke wijze" kan. Vervolgens werd de bewuste passage als volgt vertaald: "Sommige mensen denken, en vergeef me het woordgebruik, dat goede katholieken hetzelfde moeten doen als konijnen. Nee, dat is geen verantwoord ouderschap."

Hij zei het echter anders: "Sommigen denken dat – excuseert u mij voor het woord – we om goede katholieken te zijn, moeten zijn als konijnen. Nee. Verantwoord ouderschap." Hij verwees daarmee naar de smadelijke manier waarop door sommigen over katholieken wordt gedacht, zelfs alsof dat nastrevenswaardig zou zijn. "Nee", zei de paus, "verantwoord ouderschap." De voice over van het Journaal gaf daar vervolgens een eigen draai aan: "Franciscus gaf als voorbeeld een moeder met zeven kinderen die allemaal met een keizersnede ter wereld waren gekomen. Dat de vrouw een achtste kind wilde noemde hij onverantwoordelijk."

Wat ontbrak was de context waarin de paus dat zei. Hij sprak over openheid voor het leven als basisvoorwaarde voor het huwelijk. Wanneer een of beide partners dat intentioneel uitsluiten kan dat het huwelijk zelfs ongeldig maken, benadrukte hij. "Maar dit betekent niet dat christenen achter elkaar kinderen moeten krijgen. Ik heb een paar maanden geleden een vrouw vermaand omdat zij na zeven keizersneden zwanger was van de achtste. 'Jij wilt toch geen zeven wezen achterlaten?' Dat is God tergen. Er bestaat verantwoord ouderschap." Het ging hem daarbij blijkbaar niet om het kindertal, maar om de gezondheidsrisico's die de ouders namen.

Franciscus verdedigde paus Paulus VI die met zijn door velen verguisde encycliek *Humanae Vitae* waarschuwde tegen het wereldwijd oprukkende neomalthusianisme. Diens visie was niet "ouderwets" of "gesloten", maar juist "profetisch", aldus de Argentijnse paus. Dat Paulus VI gelijk had blijkt volgens Franciscus uit de lage vruchtbaarheidscijfers in Italië en Spanje die met rond 1,5 ver onder de benodigde 2,5 zitten om de huidige bevolking op peil te houden.

De meeste commentaren misten de waarschuwing van de paus dat deze landen armoede te wachten staat als gevolg van de aanhoudend lage geboortecijfers. Dat volgde uit het antwoord op een vraag waarin werd gesteld dat de meeste Filippino's de enorme armoede in hun land wijten aan het feit dat Filippijnse vrouwen gemiddeld meer dan drie kinderen baren. "Ik geloof dat het aantal van drie per gezin volgens de deskundigen belangrijk is om het bevolkingspeil in stand te houden", antwoordde de paus. "Drie per echtpaar. Wanneer dit lager uitvalt, gebeurt het andere uiterste, zoals in Italië, waar ik heb gehoord dat er in 2024 geen geld meer is om de pensioenen uit te betalen door de bevolkingsdaling. Daarom is het sleutelwoord dat de Kerk altijd gebruikt dat van verantwoord ouderschap", aldus de paus.

Bepleit de paus daarmee het beperken van het kindertal tot drie per echtpaar? Nee, hij zegt dat het gemiddelde van drie nodig is om de bevolking op peil te houden, waarmee hij de door de vraagsteller als hoog aangemerkte gemiddelde kindertal relativeerde en afzette tegen de gevolgen van onderbevolking door een te laag vruchtbaarheidscijfer. "De aanwezigheid van kinderrijke gezinnen is de hoop voor de samenleving", zei Franciscus eind december tijdens een ontmoeting met de Italiaanse bond voor grote gezinnen. "Het feit dat



jullie broers en zussen hebben doet jullie goed”, zei hij tot de aanwezige kinderen. “Zonen en dochters van een kinderrijk gezin zijn vanaf de eerste kinderdagen vaardiger tot broederlijke gemeenschap. In een vaak door egoïsme gekenmerkte wereld is het kinderrijke gezin een school van solidariteit en delen. En deze houding komt vervolgens de hele samenleving ten goede.”

Hij haalde bij die gelegenheid scherp uit naar de Italiaanse overheid die niets doet met de grondwettelijke plicht kinderrijke gezinnen extra te steunen. “Ieder gezin vormt een cel van de samenleving, maar het kinderrijke gezin is een rijkere, vitalere cel, en het is in het belang van de staat daarin te investeren!”, aldus paus Franciscus.

Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).

Britse psychiaters zien zich gedwongen standpunt homoseksualiteit te herzien

Katholiek Nieuwsblad, 3 juni 2014

[KatholiekNieuwsblad](#)

In een veelzeggende ontwikkeling heeft het Royal College of Psychiatrists in Engeland zijn standpunt gewijzigd over de oorzaken en de aard van homoseksualiteit.

De herziening volgde op de zware kritiek door de Christian Medical Fellowship en de Core Issues Trust op de manier waarop het Royal College omgegaan was met het wetenschappelijke bewijsmateriaal over het onderwerp.

In zijn nieuwe positiebepaling stelt het Royal College dat “seksuele oriëntatie bepaald wordt door een combinatie van biologische en postnatale omgevingsfactoren” en zegt nu ook dat “het niet het geval is dat seksuele oriëntatie onveranderlijk is of niet tot op zekere hoogte zou kunnen variëren in het leven van een persoon.” Dat stemt exact overeen met wat de Nederlandse expert dr. Gerard van den Aardweg daar vorige week tijdens een lezing in Nijmegen over zei.

De nieuwe positiebepaling betekent een aanzienlijk bijstelling van het vorige standpunt van de Britse psychiaters, dat overigens op andere delen van hun website nog gewoon als even ‘wetenschappelijk’ wordt uitgedragen (bijvoorbeeld “er is geen substantieel bewijs om de suggestie te ondersteunen dat de manier van opvoeding of ervaringen in de vroege kindertijd enige rol spelen in de vorming van de fundamentele heteroseksuele of homoseksuele oriëntatie van een persoon”).

Ter rechtvaardiging van zijn nieuwe standpunt haalt het Royal College studies aan die meer dan tien jaar oud zijn. Er wordt geen verklaring gegeven waarom daar eerder geen gewicht aan is toegekend. Ook handhaaft het Royal College zijn verzet tegen therapie die erop gericht is mensen te helpen hun seksuele oriëntatie te veranderen. In plaats daarvan suggereert het dat dit “mogelijk schadelijk” is, zonder dat het enig hard bewijs kan overleggen om een dergelijke bewering mee te onderbouwen.

Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).



Geslachtsverandering

door dr. J.A. Raymakers, emeritus internist, secretaris-penningmeester Stichting Medische Ethiek

Voor velen ligt het niet voor de hand of is het moeilijk te accepteren dat mensen hun lichaam zo laten veranderen dat zij iemand van het andere geslacht lijken. De vraag kan ook gesteld worden of het een wezenlijke verandering is.

Als we hierop ingaan vanuit het standpunt van de Rooms-katholieke Kerk, die deze praktijk afwijst, dan realiseren we ons dat dit standpunt enerzijds berust op het mensbeeld dat we ontvangen hebben uit de Openbaring, het woord van God in de Bijbel en de traditie van de Kerk en dat het tegelijkertijd een beroep doet op de redelijkheid, op het gegeven dat het menselijke verstand ons instrument is om de waarheid te kennen, een instrument in onze natuur gegeven door de Schepper schepping om ook de Waarheid met een hoofdletter te kennen. Dat menselijke verstand moet zich dus zelf ten minste een idee kunnen vormen over het antwoord op de vraag of een dergelijke praktijk als geslachtsveranderende ingrepen wel door God bedoeld is.

Elementen van de bespreking

Wat aan de orde moet komen is waar het om gaat bij geslachtsverandering, waaruit de behandeling bestaat, hoe de geschiedenis van het idee is, wat de redenen zijn waarom mensen dit willen en wat er in het denken van de mensen en dus ook artsen veranderd is, waardoor het tegenwoordig door velen als iets normaal gezien wordt.

Centraal in de hedendaagse opvattingen rond dit gegeven staat het concept van de “gender”. Het is een betrekkelijk nieuw begrip, dat voordat het voor het eerst gebruikt werd in 1952 eigenlijk niet bestond. Het begrip dat past binnen een opvatting over de mens die niet aansluit op het tot dan toe gebruikelijke mensbeeld.

Dat mensbeeld zullen we dus bespreken want het is evident dat de mens, die het voorwerp is van alle ingrepen tot geslachtsverandering, niet in de jaren 50 van natuur veranderd is, dus andere wezenseigenschappen heeft gekregen. Wel is het denken over de mens veranderd maar dat is een andere zaak. Ook moet aan de orde komen de plaats van de seksualiteit in het persoonlijke leven van de mens, in maatschappelijk opzicht en vooral de betekenis van de seksualiteit in het huwelijk.

De impact van de ingreep

Door operaties en langdurige en blijvende toediening van hormonen worden de vorm van een aantal organen, en uiterlijke kenmerken (vorm, bouw, stemgeluid) en een deel van de stofwisseling gewijzigd. De werking van de nieuwe geslachtorganen is doorgaans wel zo dat een schijnbaar normale seksuele gemeenschap mogelijk is, maar toch met kunstgrepen, terwijl de mogelijkheid tot voortplanting door de ingreep definitief vernietigd wordt. Daarbij vraagt zelfs een kind zich af: is dat goed, kun je dat allemaal vrij met je lichaam doen? Zijn daar grenzen aan?

Achtergrond van de ingreep

De reden of indicatie is een psychologische stoornis die een onvrede met het eigen geslacht inhoudt. Een meisje vindt bijvoorbeeld dat ze eigenlijk een jongen zou moeten zijn en in haar vrouwenlichaam gevangen zit. De gedachte en het probleem is zo oud als de beschaving, net als een massa andere fantasierijke mythen. Het wordt een probleem als de gedachte zich niet meer laat verdrijven en tot een obsessie wordt die lijden met zich mee brengt.

Nu noemt men dit gender identity disorder. En de medische praktijk heeft het mogelijk gemaakt daar gedeeltelijk op in te gaan. We kennen ook de onvrede met het eigen lichaam in het algemeen, de body



dysmorphic disorder. Een voorbeeld dat op YouTube vinden is en dat op de Amerikaanse TV te zien was, is dat van "The Cat Man". Deze man heeft de obsessie dat hij er als een kat uit wil zien. Hij heeft een groot aantal tatoeages en operaties laten doen om dat voor elkaar te krijgen. Een groot aantal piercings rond de mond zouden eigenlijk snorharen moeten zijn maar dat is kennelijk niet gelukt. De oogleden en wenkbrauwen zijn verplaatst, de oren opgetrokken. Hij vertelt in het filmpje dat hij ze eigenlijk nog boven op zijn hoofd wil hebben. De bovenlip is gespleten en vervormd de wangen zijn opgevuld, de neus is afgeplat en het gebit is verbouwd tot dat van een kat.

Dit zijn allemaal dingen die niet of ten koste van moeizame ingrepen met risico's terug te draaien zijn. Hij zegt dat hij nu gelukkiger is, maar tegelijk zegt hij dat het nog niet compleet is, waar is het einde?

Als men vraagt: vindt u dat dit moet kunnen, vindt u dat de mens vrij is om zo met zijn lichaam om te gaan, daarbij anderen te betrekken en er gemeenschapsgeld aan te laten uitgeven? Dan antwoordt een weldenkend mens: onzin! Bij geslachtsverandering is het niet zozeer het uiterlijke van het gelaat dat in het geding is, zoals bij de "cat man" en bij veel cosmetische ingrepen. Dat is wel een zeer persoonlijk iets: de expressie van de persoon zelf, iets dat in hoge mate met de identiteit van de persoon verbonden is.

Bij geslachtsverandering gaat het om iets dat fundamenteeler is, dieper verankerd in de biologische natuur, in de genetische opmaak van iedere lichaamscel. En wat men ook zal bereiken aan technieken om het uiterlijk te veranderen, daar is echt niets aan te doen. Een mannelijke cel blijft altijd een mannelijke cel en zo ook de vrouwelijke. En het ziet er werkelijk niet naar uit dat men met gentherapeutische technieken ooit in alle lichaamscellen het X-chromosoom door het Y chromosoom zal kunnen vervangen en omgekeerd, nog daargelaten wat dat in een volwassen lichaam voor onvoorspelbare gevolgen zou hebben.

De "medische" indicaties en de uitvoering

Wanneer we spreken over geslachtsveranderende ingrepen dan moeten we twee indicaties onderscheiden:

1. Kinderen worden soms geboren met afwijkingen in de geslachtsorganen, waarbij deze geheel of gedeeltelijk de kenmerken vertonen van het andere geslacht of er tussen in zitten. Dat wordt hermafroditisme of pseudohermafroditisme genoemd. Volgens het therapeutische beginsel kan men dan trachten zo goed mogelijk te realiseren dat iemand kan leven volgens zijn biologische natuur.
2. Waar we in deze bespreking echter de nadruk op leggen is het medisch ingrijpen om de normale biologische uiterlijke en inwendige geslachtskenmerken door chirurgische en hormonale ingrepen zo te veranderen dat uiterlijk iemand van het andere geslacht ontstaat.

De reden voor de tweede indicatie, die nu aan de orde is, is de wens van de betrokkene die meent dat hij of zij "in het verkeerde lichaam zit". Hoe die gedachte ontstaat is een andere verhaal. Ze is oud en schijnt bij velen wel eens op te komen, zoals veel andere fantasieën. Het is echter geen realistische overweging tenzij men een mensbeeld aanhangt dat de laatste 50 jaar in zwang is gekomen maar daarvoor niet bestond: de Identity Theory of Mind. We komen daar nog op terug.

De nodige ingrepen zijn chirurgisch en farmacologisch. De organen die de eigen geslachtshormonen produceren worden verwijderd en dat is onomkeerbaar. De hormonen van het andere geslacht worden levenslang toegediend. Dat geeft wel veranderingen in de andere richting, maar sommige typisch mannelijke kenmerken, zoals de adamsappel blijven. Vaak blijft ook het gelaat en de lichaamsbouw van de male-to-female (MtF) transseksueel als mannelijk herkenbaar.

Wanneer het om een kind gaat dat nog voor de puberteit staat dan wordt soms de puberteit uitgesteld met behulp van Gonadotrofine Releasing Hormone analoga (GnRHa, bijv. busereline), tot een moment dat het wettelijk en volgens de psychologen ook psychologisch mogelijk is de persoon zelf te laten beslissen (Kreukels



et al 2011). Dan worden er een langdurig traject in etappes gepland waarbij de geslachtsorganen naar de vorm worden veranderd. De man krijgt een soort vagina. Daarvoor wordt weefsel van de penis a.h.w. ingestulpt in een nieuw gemaakte holte. De vrouw krijgt iets dat op een penis lijkt met hulp van een gesteelde huidlap, meestal van de onderarm. Erectie van dat weefsel is alleen mogelijk door er een zwelsysteem van kunststof in te bouwen met een pompje. Op die wijze wordt een situatie bereikt waarmee wel een soort seksuele gemeenschap mogelijk is, maar de normale fysiologische functies die daarbij een rol spelen zijn uiteraard niet aanwezig.

Bij de man kan door vrouwelijke hormonen borstontwikkeling geïnduceerd worden eventueel aangevuld met silicone-implantaten. Bij de vrouw wordt het borstklierweefsel verwijderd. Bij de man kan de baard met een definitieve methode geëpileerd worden.

De geschiedkundige achtergrond

In Boek IX van de Metamorfosen van Ovidius (43 v.Chr – 17 n.Chr.) lezen we het verhaal van Iphis die als meisje op Kreta geboren werd. Haar moeder hield het uit angst voor haar echtgenoot die een zoon wilde, verborgen en voedde haar op als jongen. De vader regelde op dertienjarige leeftijd een trouwerij met de schone Ianthe, op wie Iphis ook erg gesteld was. Dat gaf natuurlijk grote spanning bij Iphis en haar moeder. Ze bezoeken daags voor de huwelijksdag in wanhoop de tempel van de godin Isis en bidden om een oplossing en als ze weer naar huis gaan verandert Iphis in een jongeman. Het huwelijk kan doorgaan.

Er zijn meer van dergelijke verhalen, maar het is in de beschrijving van de situatie duidelijk dat de transformatie eigenlijk onmogelijk is tenzij er een wonder gebeurt. Ook wordt bij Ovidius de transformatie als oplossing van het probleem niet als oplossing voor een homoseksuele verbintenis gezien, die wordt zelfs nadrukkelijk afgewezen.

In de tijd van de romantiek, van de 'spleen', in de 19e eeuw vindt men in de romanliteratuur beschrijvingen van onvrede met het eigen geslacht, maar het blijft bij gedachten en fantasieën en beperkt zich tot kleding en gedrag. Maar ook kwamen rond 1870 medische praktijken in zwang als het verwijderen van ovaria wegens premenstruele gedragsstoornissen ("premenstrual madness"), een verminking dus voor een gedragsstoornis (Studd 2006). In de tijd voor en tijdens de tweede wereldoorlog vonden in Duitsland experimenten plaats op dit gebied, die nu door iedereen worden afgewezen. In 1952 werd een eerste poging gedaan om een jongen in een meisje te veranderen na een mislukte circumcisie. De ouders kregen het advies om het kind als meisje op te voeden en de term transseksualiteit werd geïntroduceerd. Dr. John Money (zie verder) was bij deze casus betrokken. Het zogenaamde meisje was overigens toen ze opgroeide niet tevreden met de rol die haar was toebedeeld en liet zich later als man registreren.

In die zelfde tijd werd ook de eerste volwassen transseksueel bekend: Christine Jorgensen. Dit was een man, als man opgegroeid, in actieve militaire dienst geweest, maar hij had het heftige verlangen om vrouw te zijn. Hij verschaftte zich tabletten met oestrogene hormonen (Premarin, een preparaat dat nog steeds bestaat, er was toen nog nauwelijks iets van dien aard op de markt) en slikte die op eigen initiatief. Toen veranderingen intraden consulteerde hij een arts die de verdere nog primitieve transformatie heeft uitgevoerd. Indertijd is er veel publiciteit aan gegeven.

In 1957 bracht John William Money het concept gender en gender-role naar voren. Hij was psycholoog en kinderarts en vond dat een kind door zijn opvoeding in zijn seksuele rol gemodelleerd werd en dat het biologische geslacht daar niets mee te maken had. Hoewel zijn naam vaak geciteerd wordt is het moeilijk wetenschappelijke publicaties van hem te vinden in de gebruikelijke databases. Tussen 1974 en 1980 werd de nomenclatuur van psychiatrische stoornissen herzien. In de classificatie van psychiatrische stoornissen de Diagnostic and Statistic Manual (DSM), dat wordt gepubliceerd door de leiding van de Amerikaanse vereniging



voor psychiatrie, werden stoornissen in de beleving van de seksualiteit, die tot dan toe bij de persoonlijkheidsstoornissen waren ingedeeld (toen nog neurosen genaamd), uit die categorie gehaald. Ze werden geplaatst in de beschrijvende “as” van de klinische stoornissen (As I). Er werd een gender identity disorder opgenomen in DSM-III, de derde uitgave. Dit werd verder ingedeeld in DSM-IV. Maar het is nog altijd een disorder, een afwijking. In de nieuwe versie (DSM-V) die nu wordt voorbereid zal ook dat veranderen en zal de term vervangen worden door gender dysphoria: onvrede met de rol als man of vrouw.

Psychologische en moraaltheologische evaluatie

Onvrede met het eigen geslacht is een psychologisch probleem dat de betrokkene veel psychisch ongeluk kan bezorgen. Het geslacht is iets wat bepaald wordt door de genetische constitutie. Alle lichaamscellen zijn in beginsel uit een zygote afkomstig en daardoor ofwel vrouwelijk ofwel mannelijk. Het is wel beschreven dat door chimerevorming tussen twee zygoten tijdens de embryonale ontwikkeling in een mannenlichaam een beperkt aantal vrouwelijke cellen worden aangetroffen of vice versa. Dat is echter een ontwikkelingsstoornis en niet de natuurlijke situatie. In de embryonale ontwikkeling kunnen ook andere fouten optreden in de geslachtelijke ontwikkeling, maar dat is bij transseksualiteit niet aan de orde. Het psychologische probleem dat eraan ten grondslag ligt ontstaat pas op de kinderleeftijd of veel later.

Psychologisch beschouwd is er sprake van een obsessie, een dwanggedachte die (met hulp van anderen) in daden omgezet wordt. In de psychiatrie zijn veel vormen van obsessieve aandoeningen (vroeger “dwangneurosen” genoemd) bekend. We kennen verscheidene obsessief-compulsieve gedragingen, soms in combinatie met fobieën, zoals smetvrees, pleinvrees, maar ook obsessie met seksualiteit, transvestitisme, fetisjisme, verslaving aan pornografie, kleptomanie, pyromanie, verzamelwoede. De scheidslijn met verslaving (aan drugs, tabak, alcohol) is niet scherp. Bij de laatste staat de afhankelijkheid (voor welbevinden) op de voorgrond, bij de eerste de obsessie.

Vanuit moraaltheologische standpunt kan men zich afvragen in hoeverre een gebrek aan deugd er een rol bij kan spelen. Het “weersta in den beginne” kan wel degelijk door de betrokkene in de wind zijn geslagen. Dat wordt niet tegengesproken door het feit dat obsessief-compulsieve aandoeningen behandelbaar zijn. Voor sommige obsessief-compulsieve aandoeningen bestaat een behandeling in de vorm van laagfrequent elektrische prikkeling via elektroden die in diepe hersengedeelten zijn geïmplant. Daaruit moet men echter nog niet besluiten dat het dus om een in beginsel organische aandoening gaat. Het bijzondere van de mens – als enige te midden van de andere levende wezens op aarde – is nu juist dat hij met zijn wil, die op een onstoffelijk beginsel berust, de functie van zijn lichaam, ook van de hersenen, kan sturen en ook veranderen. Men kan zich een vaardigheid verwerven om een praktische handeling met steeds meer doelmatigheid te stellen. Men kan zich ook een deugd verwerven om gemakkelijk een daad te stellen die moeite kost en/of gevoelsmatige weerstand oproept. En zo kan men ook een ondeugd aanleren door in te gaan op ideeën en voorstellingen die ons ogenschijnlijk komen aanwaaien, en die we beter van ons af zouden kunnen zetten. Door leerprocessen wijzigen zich ook processen in de hersenen, die preferentieel volgens het aangeleerde patroon gaan verlopen.

En er is er één die langs die weg steeds weer probeert de mens van zijn finaliteit af te trekken: de Tegenstander die neen tegen zijn Schepper heeft gezegd. De onbedwingbare lust om een weg in te slaan die niet in overeenstemming met de natuur is, zoals geslachtsverandering, kan zeer wel gefundeerd zijn in een bekoring waartegen men zich niet tijdig verzet heeft.

Veranderde opvatting over de betekenis van de seksen

De verandering in de definitie van de seksuele verschillen tussen mensen is opgekomen met de verandering



over de opvattingen over de mens. Voor het begrip gender dat daarbij is ingevoerd bestaat geen Nederlands equivalent. Het gender concept houdt, zoals gezegd, in dat het geslacht veeleer een rol is die men in de maatschappij aanneemt en dat die niet gebonden is aan de lichamelijke geslachtskenmerken.

De opvatting past geheel in de materialistische Identity Theory of Mind ook wel de Central State Theory of the Mind. De geest van de persoon wordt in deze theorie, die dateert uit de vijftiger jaren (Place 1956) en die algemeen verbreid is in de moderne psychiatrie, gereduceerd tot de processen in onze hersenen. Een onstoffelijk element erin wordt ontkend. Hoewel de theorie ontkent dat zij een dualistische opvatting over de mens introduceert, doet zij dat wel degelijk. Zij scheidt de processen in de hersenschors en hogere hersenkernen, die autonoom zijn, van de rest van het lichaam dat er geheel aan onderworpen is. Dat maakt van het lichaam een instrumentele waarde, een louter gebruiksvoorwerp voor de geest. Als dus de mind, de hersenprocessen, bepalen dat de vorm van het lichaam niet naar wens is, dan zou daaruit volgen dat die ook naar willekeur veranderd kan worden onder "gezag" van die mind.

De opvatting over de mens

Het mensbeeld waar we van uitgaan is beslissend voor de koers van onze verdere gedachtegang. In de seculiere medische ethiek staat deze Identity Theory of Mind op de voorgrond. Het is meer ik *heb* een lichaam, waar ik in volkomen vrijheid over kan beschikken, dan ik *ben* mijn lichaam (Marcel, 1927). Het lichaam is slechts een gereedschap waar mijn geest, d.w.z. mijn hogere hersenfuncties, over kan beschikken. Er zit een tegenspraak in deze opvatting. Zij zegt enerzijds een definitie van de menselijke persoon te zijn, maar zondert daar vervolgens een deel van af dat disposable is, maar dat is onjuist omdat het bevat wat als essentieel voor die persoon beschouwd moet worden. Met het ophouden van het bestaan van het lichaam houdt immers de persoon op te bestaan.

Echter, de opvatting die op een christelijke grondslag berust ziet de mens als een door de Schepper gewild wezen, met wie Hij een persoonlijke betrekking wil, met wezenseigenschappen die hem ingeschapen zijn. Er is dus afhankelijkheid van de Schepper, de eerste oorzaak van alles wat is.

Volgens de christelijke opvatting over het wezen van de mens, is deze een samengesteld schepsel van God, een bezielde lichaam, bestaande uit een stoffelijke component die door de schepping van een persoonlijk levensbeginsel, dat we ziel noemen, werkelijk mens is. In feite werd de verhouding van ziel en lichaam al door Aristoteles geformuleerd. Daarmee is aangetoond dat de mens deze kennis die door de Kerk als waar is aanvaard met zijn verstand kan achterhalen. De mens is een samengesteld zijnde met een materiële grondslag die door een onstoffelijk beginsel (de ziel, die de forma van de mens is) gemaakt wordt tot wat hij is. God schiep de mens en deze kreeg de opdracht mee te werken aan Gods scheppingswerk, door de stoffelijke voorwaarden te verwezenlijken waarbij God door het scheppen van een ziel een nieuwe unieke mens in het bestaan roept. Om (grotendeels) te ontdekken wat de mens is, is de menselijke geest op zichzelf voldoende toegerust. Ze kan alleen niet op eigen kracht tot de rijkdom van de kennis van een liefdevolle Schepper komen die de mens als persoon liefheeft en tot zich trekt. Daarvoor hebben we het rechtstreekse onderricht van God in de heilsgeschiedenis en door de komst van God de Zoon in ons midden nodig.

De Bijbel leert ons in het scheppingsverhaal ook dat de mens als man en vrouw geschapen werd. Hij is dus noodzakelijk het een of het ander. Uit de Bijbel weten we dat God de mens schiep naar Zijn beeld en gelijkenis. Anders dan alle levende en dode schepselen bezit de mens een redelijk verstand en de mogelijkheid om in vrijheid besluiten te nemen. In die zin is er gelijkenis met zijn Schepper. Dat is ook de grondslag van de waardigheid van de mens. Met waardigheid bedoelend we: die hoedanigheid die de grondslag is voor respect. Ze houdt in dat we niet de vrijheid hebben met de mens te doen wat ons goeddunkt, maar dat we ons moeten voegen naar die waardigheid die berust op het beeld en gelijkenis van God zijn. Die gelijkenis komt tot uiting in



de vrijheid in verantwoordelijkheid die ons deel is door dat ons een redelijk denkvermogen en een vrije wil gegeven is.

Dat betekent allereerst dat we de menselijke persoon niet tot een middel tot een zelfgekozen doel mogen gebruiken. Dat is bijvoorbeeld de reden waarom slavernij uit den boze is, en dat weten we allemaal wel. Maar er volgt ook uit dat we ons eigen lichaam niet mogen beschadigen, dat we de ander – in de seksualiteit – niet als lustobject behoren te gebruiken, dat we ons lichaam en onze geestelijke vermogens niet door ingrepen en methoden die tegen de menselijke natuur ingaan mogen verbouwen, veranderen.

Maar als we dan een idee hebben wat de mens is dan is de volgende vraag: wat mogen en kunnen we met de mens nu medisch zoveel mogelijk lijkt. De grenzen daarvan worden aangegeven door de waardigheid van de mens. En dan komen we op de verhouding tot God, onze schepper. De Openbaring en de Kerk leren ons dat elke mens door God gewild is uit liefde persoonlijke liefde van God voor zijn persoon. De Bijbel leert dat de mens geschapen is naar Gods beeld en gelijkenis. Elke mens heeft in dit leven een doel, dat bij zijn wezen hoort, met een moeilijke term: een intrinsieke finaliteit: namelijk dat dit leven uitloopt op de aanschouwing van God en de vereniging met Hem in Zijn heerlijkheid.

Dat heeft consequenties: Als God een doel met ons leven voor ons heeft waartoe Hij ieder van ons schept, dan zijn wij niet vrij om naar willekeur over dat leven te beschikken. We dienen het in stand te houden en niet in gevaar te brengen en goed te gebruiken. We hebben er niet het eigendomsrecht maar alleen het gebruiksrecht van. En dat geldt ten opzichte van iedere medemens evenzeer. Iedere medemens valt onder diezelfde termen.

Enkele beginselen die gehanteerd worden bij het denken en handelen op dit terrein zullen hieronder kort besproken worden.

De waardigheid van de mens - verbod om de mens te instrumentaliseren

Bij alle medische behandelingen moeten de werkers in de gezondheidszorg goed beseffen dat ze geen voorwerp behandelen maar een mens, met een eigen specifieke waardigheid. Iedereen behoort met respect met het menselijke lichaam om te gaan. We mogen dus het lichaam niet instrumentaliseren, tot een ding maken dat we voor een of ander doel kunnen gebruiken dat niets met ons mens-zijn, ons persoon-zijn en het doel waartoe we op aarde leven te maken heeft of daar tegenin gaat. We hebben ons lichaam gekregen, met al zijn mogelijkheden en beperkingen. Als er tekorten zijn die verholpen kunnen worden dan mag de medische wetenschap dat proberen, als de persoon dat wil. Maar er zijn grenzen.

Wat te denken van puur cosmetische ingrepen. Niet alleen komt er geen eind aan als je er eenmaal aan begint, maar het is ook mensonwaardig. Met grotere borsten of een glad gezicht wordt je absoluut geen beter mens. En we betalen allemaal mee aan de geslachtsveranderende operaties, die door de basisverzekering gedekt worden. Hierbij sluit het therapeutisch principe aan dat nog ter sprake komt.

Het streven naar steeds betere sportprestaties, als het moet met doping, en liefst met slimme methoden die niet te traceren zijn. Het gebruik van drugs omdat je enige ideaal nog is je lekker te voelen. Allerlei streven om de natuurlijke grenzen van de menselijke mogelijkheden door kunstgrepen te verleggen.

Er is al gesproken over beïnvloeding van de hersenfunctie en interactie met de hersenen door elektronische apparaten liefst in microvorm. Als dat is om een ontbrekende functie te herstellen of te vervangen of een ziekte gunstig te beïnvloeden is het goed, maar als het de bedoeling is ermee over anderen te heersen, of de natuurlijke menselijke mogelijkheden tot een onnatuurlijk niveau te brengen, wat dan?

Men kan mensen op allerlei manieren misbruiken en hen daarbij misvormen, zoals bij de inzet van kindsoldaten



in oorlogen en dat ligt buiten het medische vlak. Er bestaan twee zeer bedenkelijke rapporten van het Amerikaanse resp. het Britse ministerie van defensie, waarin gespeculeerd wordt over de mogelijkheid om soldaten langs elektronische weg rechtstreeks in de hersenen van informatie te voorzien, er informatie aan te ontlenen en centraal te verwerken, maar ook hen aan te sturen in hun gedrag ("Synthetic Telepathy"). Mensen worden dan tot wapens. (DARPA, Defense Advanced Research Project Agency. DCDC, Defense, Concepts and Doctrine Centre of the British Ministry of Defense).

Op een heel ander gebied van instrumentalisatie ligt de saviour baby. Stel u hebt een kind met een aandoening die alleen te genezen is met een transplantatie van weefsel, stamcellen, een orgaan van een genetisch vrijwel identieke broer of zus. Dan doet men in het laboratorium een menselijk embryo ontstaan door samenbrengen van de geslachtscellen van de ouders en kiest uit de ontstane embryo's de geschikte uit of gaat die zelfs manipuleren.

Ook in prostitutie en vrouwenhandel en in elke vorm van slavernij wordt de menselijke persoon in zijn lichaam misbruikt.

Het uitgangspunt in de kritiek op dit alles is dat het lichaam van de mens niet als louter middel tot een doel gebruikt mag worden omdat het een waarde op zichzelf vertegenwoordigt. Dit idee is tegenwoordig bij het grote publiek verloren gegaan. Kijk naar de grote aantallen makeover programma's die op de TV te zien zijn en de ophef over de complicaties van lekkende borstimplantaten. Niet het feit dat zoveel vrouwen die implantaten nemen, maar het feit dat ze niet perfect blijken wordt ons door de media als een misstand voorgehouden. Wat een verwarring! In al deze situaties wordt het menselijk lichaam verlaagd tot een gebruiksvoorwerp dat naar believen vandaag wordt aangepast aan een bepaalde wens en morgen weer anders. Dat kan gebeuren onder druk van anderen maar ook van de persoon zelf. Bij een behandeling tot geslachtsverandering wordt het lichaam van een mens veranderd om te voldoen aan een obsessie die aan de realiteit van die persoon niet beantwoordt. Het lichaam wordt dus als voorwerp van voldoening aan een tegennatuurlijk verlangen gebruikt.

Het therapeutisch beginsel of beginsel van totaliteit

Het beginsel van totaliteit of het therapeutisch beginsel is in de medische ethiek erg belangrijk en wordt vaak over het hoofd gezien. Het houdt in de grond in dat een de behandeling of ingreep gericht moet zijn op de totale gezondheid van de persoon en daarbij niet een belangrijke functie of eigenschap schaadt dan om de totale gezondheid of het leven veilig te stellen. Een verminkende operatie is soms nodig maar men mag bijvoorbeeld niet de vruchtbaarheid onmogelijk maken met het doel vrijere seksuele betrekkingen mogelijk te maken. Men moet naar het beste alternatief zoeken, en de gezondheid of het leven of de totaliteit van het functioneren van de persoon niet nog extra in gevaar brengen. Vanzelfsprekend moet de betrokkene goed geïnformeerd zijn en instemmen.

Bij geslachtsveranderingsprocedures wordt het lichaam verminkt om te voldoen aan een misvatting, een tegennatuurlijk verlangen van de persoon. Het wordt onherstelbaar veranderd en verliest zijn hoogste biologische vermogen: de voortplanting zonder dat daartoe de noodzaak bestaat in de zin van groot gevaar voor leven of gezondheid. Dit is een duidelijke inbreuk op the therapeutisch beginsel.

De handeling met dubbel effect

In situaties waarin een handeling meer gevolgen heeft, gewenste en ongewenste is het goed dat men de regels voor het omgaan met een handeling met dubbel effect voor ogen houdt. Het gaat daarbij om een handeling die een bedoeld goed effect heeft maar ook een slechte uitwerking die echter niet bedoeld wordt.

In de geneeskunde is het klassieke voorbeeld het gebruik van morfine bij ernstig zieke mensen met veel pijn. Het goede effect is dat het de beste pijnstiller is die er bestaat en dat het effectief werkt tegen benauwdheid, en



het welbevinden – tijdelijk – verbetert. Het kwade effect is dat het de ademhaling kan afremmen, zeker bij zieken bij wie er al een ademhalingsprobleem is en dat zou de dood kunnen verhaasten.

De beoordeling valt in vier criteria uiteen:

- De bedoeling moet goed zijn;
- De handeling moet op zichzelf niet verkeerd zijn, ook al bedoelt men er iets goeds mee (het-consequentialisme leert ten onrechte dat een slechte handeling moreel goed kan zijn wanneer er iets goeds mee beoogd wordt. Echter, door bijvoorbeeld iemand te doden kan nooit iets goeds bereikt worden).
- Het moet ook niet zo zijn dat het goede effect bereikt wordt door middel van het kwade effect. Euthanasie: doden om lijden weg te nemen.
- Men moet de proportionaliteit niet uit het oog verliezen. Bijvoorbeeld: Het risico van een kwaad effect mag niet zo groot zijn dat het vrijwel zeker optreedt terwijl het goede effect twijfelachtig is.

Ook dit beginsel kan niet gebruikt worden om geslachtsverandering te rechtvaardigen. Men zou nog kunnen zeggen dat men er een goed mee nastreeft: het voldoen aan een wens van de persoon, als is die tegen de natuur. Echter de handeling gaat op zichzelf tegen de natuur in, is verminkend en vernietigt de voortplantingsfunctie, zonder dat daarvoor een reden aan ten grondslag ligt om het leven of de lichamelijke gezondheid te redden. Men kan ook nauwelijks naar voren brengen dat dit effect ongewild is want men streeft het juist na. Het effect dat mogelijk als goed beschouwd wordt, wordt bereikt door een in zichzelf verkeerde handeling en die is ook buitensporig ingrijpend.

De plaats van de seksualiteit

Dat de mens naar de biologische natuur geschapen is in twee geslachten, is evident. Wat daarvan de uiteindelijke bedoeling is ook. De mens beantwoordt daaraan vrijwillig, door de bewuste keuze van een partner. Al zijn er natuurlijk lieden die beweren dat alles wat gebeurt een voorgeprogrammeerd resultaat van een automatisch spel van hormonen is.

De Katholieke kerk heeft in de loop van de tijd, maar juist ook recent regelmatig documenten uitgevaardigd, waarin duidelijk werd uiteengezet wat op grond van de Schrift en de traditie onze houding en opvatting zou moeten zijn over belangrijke zaken die de mens en de samenleving betreffen.

Humanae vitae uit 1968 is er een van.

“Eerst en vooral is de huwelijksliefde een volop menselijke liefde, dat wil zeggen een liefde, die tegelijk zinnelijk en geestelijk is. Ze is dus geen louter instinctmatige of emotionele drang, maar ook en vooral een daad van de vrije wil ...” (n. 9).

“Terwijl de huwelijksdaad de echtgenoten op de innigste wijze met elkaar verenigt, maakt ze het hun krachtens haar innerlijke structuur tevens mogelijk, nieuw leven te verwekken overeenkomstig de wetten, die in het wezen zelf van man en vrouw zijn neergelegd”. (n. 12)

De invoering van het genderconcept gaat in tegen de natuurlijke opvatting over de plaats en betekenis van de seksualiteit.

De dissociatie in de persoon die het genderconcept meebrengt

In de context van de geslachtsverandering gaat het om een begripsdissociatie tussen geslacht en seksuele identiteit. Die dissociatie wordt als het ware onontkoombaar in het denken van de betrokkene. Om dat ook in het openbare spreken en denken daarover mogelijk te maken moest een nieuw begrip geïntroduceerd worden: het gender.

Wanneer we het begrip gender plaatsen tegen over wat werkelijk met seksuele identiteit bedoeld wordt dan



kunnen we het volgende schema hanteren:

Gender	Seksuele identiteit
Psychosociaal	Psychobiologisch
- cultureel	Inwendig
Uitwendig	Objectief
Subjectief	

Het is noodzakelijk dat in de persoonlijkheid een eenheid van lichaam en geest wordt bereikt een ware beleving van wat men werkelijk is, in overeenstemming met de eigen natuur. Wanneer men aan de persoon slechts een gender toeschrijft en niet een seksuele identiteit in overeenstemming met de lichamelijke bouw en functie, dan brengt men een kunstmatige scheiding aan die niet aan de natuur beantwoordt. Zoals een document van de Pauselijke Raad voor het gezin stelt (Pauselijke Raad voor het Gezin, 2000, nr 8) is integratie van de persoonlijkheid vereist, d.w.z. erkenning van de innerlijke waarheid van de persoon, de eenheid van lichaam en ziel, tegelijk met de uitwendige beleving daarvan. (vgl ook: Congregatie voor de Geloofsleer 2004, nr 2, 3 en 8).

Het gender is iets uitwendigs, het wordt door het systeem aan de persoon toegekend of opgelegd, met voorbijgaan van wat hij of zij werkelijk is. Het is ook subjectief. De seksuele identiteit, het man of vrouw zijn is een objectief gegeven dat onlosmakelijk verbonden is met de geestelijkstoffelijke eenheid die de mens is. Men is noodzakelijk ofwel man ofwel vrouw. Dat is gegeven in de genetische constitutie. Dat daarin incidenteel onvolkomenheden voorkomen (extra of mankerende geslachtschromosomen) betekent niet dat men dit algemene beginsel moet loslaten.

Bezwaren tegen de praktijk van de geslachtsverandering

Welke problemen ontmoeten we nu als we de praktijk van de geslachtsverandering beschouwen: het is alleen een uiterlijke verandering. Al zullen ook seksuele daden mogelijk zijn met gebruik van de veranderde organen dan missen deze toch hun natuurlijke doel. Fundamenteel verandert er niets: genetisch blijft elke lichaamscel het oorspronkelijke geslacht houden. Zou men – wat God verhoede – ooit een kloon van die persoon kunnen maken, dan zou dat noodzakelijk weer een mens van het oorspronkelijke geslacht opleveren.

Wat men ook onderneemt: de transseksueel is objectief gezien nooit meer volledig man of vrouw. Door deze ingreep wordt het probleem niet opgelost. Acceptatie van het uiterlijk door de buitenwereld kan dan misschien nog enigszins lukken. Inwendig weet de transseksueel dat er een discrepantie, een onvolledigheid is. Het is toch noodzakelijk eerst met zichzelf tot overeenstemming te komen over de rol en de plaats die men in de samenleving en – niet in de laatste plaats tegenover God – inneemt (dat is uiteindelijk wat de identiteit bepaalt) en niet te varen op acceptatie door anderen en daarvoor zijn lichaam te verwoesten.

Ontkenning van de rol van de gegeven seksualiteit in persoonlijk leven, huwelijk en samenleving

De mens is geschapen als man of vrouw met een bedoeling van de Schepper: de mogelijke medewerking aan de schepping van nieuwe mensen. Dat doel wordt definitief onmogelijk gemaakt. De ingrepen zijn onmogelijk terug te draaien. Elke voortplantingsmogelijkheid wordt vernietigd omdat de oorspronkelijke geslachtsorganen verwijderd worden, inclusief alle kiemcellen. Soms is een verwijdering van eierstokken of testikels nodig om het leven te redden, omwille van een belangrijk lichamelijk gezondheidsdoel. Dan is het therapeutisch principe van toepassing. Hier wordt echter op een psychologisch probleem gereageerd door ingrijpende lichamelijke en hormonale veranderingen door te voeren. Toediening van hormonen in pillen en/of injecties of smeersels blijft nodig om het effect te handhaven. Het gezonde verstand zegt ons dat men door een uiterlijke, dus accidentele verandering nooit het wezen van iets kan veranderen.

Gezondheidsproblemen



Het is psychologisch verre van eenvoudig om de ingrepen, die ingewikkeld zijn en langdurig, zo te integreren dat men psychisch evenwichtig blijft. Bij mannen die zich tot vrouw laten ombouwen vindt men veel depressieve klachten en suïcidale gedachten en ook werkelijke zelfdodingen. De levenssituatie is ook niet gunstig want veel van deze mensen komen in de seksindustrie terecht. Zulke mensen zijn dus eigenlijk diep ongelukkig (Nemoto et al, 2011).

Door het langdurig toedienen van hormonen, of juist het missen van de hormonen die bij het eigenlijke geslacht passen kunnen ook problemen ontstaan. Vrouwen laten bij de verandering hun eierstokken verwijderen. Ze komen dus in de overgang. Ook al worden ze uiterlijk man, toch is de kans op osteoporose met botbreuken duidelijk verhoogd al op jonge leeftijd (in een serie uit de medische literatuur 25%). Ook de kans op hart en vaatziekten wordt veel groter dan in de gewone bevolking (Wierckx et al, 2012).

Suggesties voor een juiste aanpak

Het is duidelijk dat de betrokkene met een moeilijk psychologisch probleem worstelt. Maar de moderne psychiatrie moedigt hem eerder aan het abnormale in het probleem als normaal te aanvaarden dan om naar een oplossing te zoeken. Wat nodig is dat men als persoon “heel” wordt en niet een scheiding of strijd ervaart tussen wat men is en wat men zou willen – of meent te moeten – zijn. Verlangens en wensen en ook verwachtingen of eisen van de omgeving kunnen irreëel zijn maar dat is iets wat niet meer door iedereen aanvaard wordt omdat men geneigd is het “gevoel” als een belangrijker criterium te zien dan de redelijkheid. We menen onszelf of een ander tekort te doen als we niet meegaan met alles wat ons of die ander beroert. Maar er behoort een eenheid, een compleetheid te zijn in wat men is, blijkbaar en zichtbaar, voor ieder waarneembaar en wat men daarmee in zijn leven doet en realiseert, wie men is. Dat is een opdracht in het leven waaraan men zich niet onttrekken kan. Doet men dat wel dan valt men noodzakelijk uit de boot, raakt men gemarginaliseerd.

Er zijn nu instanties die al aan jonge kinderen bij wie dit probleem vermoed wordt counseling gegeven in de richting van er zoveel mogelijk op door te gaan (Cohen-Kettenis et al 2011). Dat is onaanvaardbaar. De ouders en anderen in de naaste omgeving zouden veeleer zich in moeten zetten om het kind te helpen bij die integratie, zonder bemoeizucht, maar op een evenwichtige meevoelende manier. En nog belangrijker: het kind moet in de eigen gezinssituatie zien en leren wat de rol van de man en de vrouw in leven en maatschappij is en er een deugd van maken zich daarnaar te voegen.

Conclusie

Het is verkeerd, onwijs en dus af te raden om te beginnen aan of zelfs te fantaseren over ingrepen die duidelijk tegen de natuur van de mens ingaan en die onomkeerbaar zijn; In principio obsta, “weerstand in den beginne”.

Bewerking van een voordracht gehouden voor studenten van SSR-NU in Utrecht op 4 oktober 2012.

Literatuur

- Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, de Vries AL. Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2011 Oct;20(4):689-700.
- Congregatie voor de Geloofsleer, 2004. Brief aan de Bisschoppen van de katholieke kerk over de samenwerking van mannen en vrouwen in de Kerk en in de wereld. Vertaling dr. N. Stienstra. RKDocumenten 2004, pp131-143.
- Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT, Puberty suppression in gender identity disorder : the Amsterdam experience. Nat. Rev. Endocrinol. 2011 May 17; 7(8): 466-472. Doi 10.1038/n43nd0.2011.78
- Marcel, G. Journal Métaphysique. Editions Gallimard, Paris 1927.
- Nemoto T, Bödeker B, Iwamoto M. Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of



depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. Am J Public Health. 2011 Oct;101(10):1980-8. doi: 10.2105/AJPH.2010.197285. Epub 2011 Apr 14.

- Ovidius, Metamorfosen, vertaald door M. D'Haese-Scheltema. Athenaeum - Polak & van Genneep, Amsterdam, 2000.

- Paulus VI, Humanae vitae, Encycliek van 25 juli 1968. Vertaald door Dr. J. Kahmann c.ss.r. In: Ecclesia Docens, Gooi & Sticht, Hilversum, 1968.

- Pauselijke Raad voor het Gezin 2000. Family, marriage and 'de facto' unions.

- Place, U.T. Is consciousness a brain process? British Journal of Psychology 1956, 74: 44.

- Studd, J. Ovariectomy for menstrual madness and premenstrual syndrome - 19th century history and lessons for current practice. Gynecological Endocrinology 2006, Vol. 22, No. 8, Pages 411-415

(doi:10.1080/09513590600881503)

Tot in de slaapkamer

Katholiek Nieuwsblad, 4 mei 2012

door dr. L. Hendriks, docent ethiek en moraaltheologie aan het grootseminarie Rolduc

KatholiekNieuwsblad

Jarenlang hebben mensen geijverd om 'de Kerk uit de slaapkamer te krijgen'. In de discussie over gedwongen anticonceptie dreigt men echter de overheid in de slaapkamer te halen.

Het opvoeden van kinderen is behalve een mooie, ook een grote en moeilijke opgave; dat is voor ieder mens inzichtelijk. Dat dit ook vaak mis gaat en schrijnende situaties met zich meebrengt, is helaas eveneens voor iedereen te zien. Het idee dat Pieter van Vollenhoven onlangs in het tv-programma Zembla ondersteunde, om ouders bij wie de opvoeding vaker dramatisch misgaat via een gerechtelijk bevel te dwingen tot anticonceptie, lijkt voor sommigen de ideale oplossing om kinderen te beschermen tegen situaties van mishandeling en verwaarlozing.

Verskillende bezwaren

Wat moet je van zo'n oplossing vinden? In vroegere tijden werd het standpunt van de Katholieke Kerk wel bij wijze van karikatuur samengevat als alles in het werk stellen om zoveel mogelijk kinderen te krijgen. Bijvoorbeeld in Gaudium et spes heeft de Kerk echter duidelijk aangegeven dat dit zo niet gehouden kan worden. Er bestaat zoiets als 'verantwoord ouderschap', waarbij vooral de toekomstige situatie van het kind een belangrijke rol speelt. Ook al heeft de Kerk hier vooral een bredere context op het oog, toch spreekt het voor zich dat er mensen zijn die pertinent ongeschikt zijn om ouder te worden. Dit kan bijvoorbeeld door ernstige verslavingen of door psychische problemen zo zijn. Van Vollenhoven ging zover, te zeggen dat alleen iemand die de realiteit niet kent, bezwaar maakt tegen het idee van gedwongen anticonceptie in zulke situaties. Deze opvatting is echter niet realistisch. Vanuit katholiek perspectief is anticonceptie al een moeilijk punt als het erom gaat bewust en gewild de seksualiteit los te maken van het vermogen om kinderen te krijgen, maar er moet om meer redenen bezwaar gemaakt worden tegen dergelijke wetgeving.

Wezenlijk deel

Een van de aansprekende punten in het voorstel om mensen te verbieden zwanger te worden, is de overtuiging dat niemand 'recht heeft op een kind'. Een kind is inderdaad geen zaak waar iemand een recht op kan doen gelden. Het is een groot geschenk als uit de liefde tussen man en vrouw een kindje voortkomt. Tegelijkertijd



wordt die sympathieke stelling helemaal in de verkeerde richting uitgelegd. Het idee van gedwongen anticonceptie dat door mensen in de hulpverlening naar voren werd gebracht, brengt namelijk met zich mee dat een kind onwillekeurig gezien wordt als een huisdier of de aanschaf van een product, waarbij de toekomstige bezitters aan bepaalde eisen moeten voldoen. Het kunnen voortbrengen van kinderen is echter een wezenlijk onderdeel van het mens-zijn en het komt alleen aan de mens zelf toe om de gave van het ouderschap op zich te nemen of niet.

Niet de overheid

Het is duidelijk dat ouders soms volstrekt niet in staat zijn om kinderen op te voeden. Waarom is het dan toch zo weerzinwekkend als de overheid mogelijkheden creëert waarbij mensen gedwongen onvruchtbaar zijn om veel leed te voorkomen? Dat is juist omdat niemand anders dan de mens zelf over zijn eigen lichaam gaat. Natuurlijk dient de overheid maatregelen te nemen die het ouderschap ontmoedigen bij mensen die werkelijk niet tot opvoeding in staat zijn. Dit zal overigens slechts een klein aspect mogen zijn binnen een groter kindvriendelijk gezinsbeleid, waarbij men niet alleen oog heeft voor het individu maar ook voor de toekomst van de maatschappij. Maar nooit mag een overheid bepalen wie er wel en wie er geen kinderen mogen krijgen, al lijkt het nog zo duidelijk dat er problemen zullen ontstaan.

Het is schrijnend dat er ouders zijn die hun verantwoordelijkheid niet kunnen nemen en die geholpen moeten worden. In het programma Zembla werden al verschillende oplossingen genoemd, tot en met het bij de geboorte weghalen van het kind aan toe. Je kunt mensen adviseren, beleren, zelfs opsluiten, of medicatie geven om beter te functioneren, maar je kunt ze geen deel van hun mens-zijn ontnemen.

Frappant

Het is frappant dat juist in de beweging naar een grotere autonomie van burgers – en minder bevoogding door de overheid – steeds vaker grote verantwoordelijkheden aan de mens zelf onttrokken worden. Daarbij gaat het dan vaak om zaken die te maken hebben met huwelijk en gezin: gewetensbezwaren, seksuele voorlichting of opvoeding, en nu zelfs het al dan niet krijgen van kinderen. Men heeft decennialang bevochten dat de Kerk bij mensen uit de slaapkamer diende te blijven, ook al ging het hierbij “slechts” om een moreel appel. Daarvoor in de plaats willen sommigen nu de overheid in de slaapkamer. Er is echter een groot verschil: de overheid komt nu niet met een oproep tot een moreel goed leven, maar met een wettelijk verbod op het krijgen van kinderen. Zelfs als het om grote uitzonderingen gaat, is dit een weg die we niet moeten inslaan.

Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).

Anticonceptie voor gehandicapten?

Birth Control for the Disabled?

Caregivers Should Look at Norms for Legitimate Self-Defense



Zenit, 16 november 2011

Here is a question on bioethics asked by a ZENIT reader and answered by the fellows of the Culture of Life Foundation.

Q: *My friend has a 21-year-old daughter who suffers from a developmental disorder that makes her behave*



significantly younger than she is. I too have a daughter with a similar disorder (she's 12). Because some people prey on girls who do not understand what is going on or do not have the reasoning skills to stop a situation, my friend put her daughter on "birth control" to protect her. She has, of course, talked to her daughter about what is appropriate touching and what is inappropriate. But she still fears for her daughter's safety. I know from my experience that my daughter often does inappropriate things unknowingly. I understand this mother's worry, but I wonder if there are any moral concerns with doing this? — D.U., Wichita, Kansas.

E. Christian Brugger offers the following response:

This question bears upon two areas of ethical analysis, the first dealing with norms for legitimate self-defense, and the second with norms guiding the exercise of proxy decision making (i.e., making decisions on behalf of other people).

At first glance, one might think the question also — even primarily — bears upon norms of sexual ethics: “Are contraceptive acts ever legitimate to choose?” But this would be to confuse the issues. When Catholic teaching, at least in the last hundred years, has formulated its negative norm against contraceptive acts, the norm always has been specified in relation to persons who are freely choosing sexual behavior. In each case, it teaches that when couples are engaging in sexual intercourse, if they choose to render that intercourse sterile, they do wrong. This is the case with Pius XI in *Casti Connubii* (No. 54), Pius XII in his Address to Italian Midwives (1951), Paul VI in *Humanae Vitae* (No. 14), and John Paul II in *Familiaris Consortio* (No. 32).

But in the question above, we are not dealing with a woman who is freely choosing sexual intercourse. We are dealing with the potential victim of a sexual assault — rape. Rape is an act of forcing another person into sexual intimacy against his or her will. A female victim of rape certainly has no obligation to submit to her rapist's assault. And she rightly resists her assailant. The attacker's sperm is an extension of the attacker himself. Just as it would be legitimate for her to defend herself against him by attacking his person, or to pull herself away from him as he penetrates her vagina so he does not ejaculate inside her, so too she has a right to prevent his sperm from achieving the completion of his act of aggression by fertilizing her ovum. This act on her part is one of self-defense. And the Church has always taught that proportionate measures used to render an aggressor incapable of causing harm are legitimate.

The USCCB's Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services (5th ed., 2009), directive 36, sets forth the following norm:

A female who has been raped should be able to defend herself against a potential conception from the sexual assault. If, after appropriate testing, there is no evidence that conception has occurred already, she may be treated with medications that would prevent ovulation, sperm capacitation, or fertilization. It is not permissible, however, to initiate or to recommend treatments that have as their purpose or direct effect the removal, destruction, or interference with the implantation of a fertilized ovum.

Although this directive specifically addresses women who have already been victimized, I believe it is legitimately extended to potential victims of rape. If a woman anticipates being raped, as may occur in a time of war or social unrest or if she is particularly vulnerable, as in the case of the disabled, she may use preemptive measures to defend herself (her ovum) from a rapist's attack (his sperm), provided those measures are not abortifacient.

When a woman is not adequately equipped to defend herself, it may fall to her caregivers to take reasonable measures on her behalf. One who is authorized to make or execute decisions on behalf of another is called a proxy. (Strictly speaking proxies are authorized by those on whose behalf they act; since a cognitively disabled person may not be in a position to formally authorize another, caregivers, such as parents, who rightly make



decisions for dependent children, are not really proxies; but for purposes of this reply, I use the term proxy.)

If parents have reason to believe that their disabled daughter (or son) may be sexually victimized, they have a duty to consider their morally legitimate options for defending their child. My colleague William E. May formulates the general norm as follows: “If the health or life of a fellow human person for whom we have responsibility (as parents do for their children) is in danger and there are means that can be taken to protect and/or enhance that person’s health and life and/or ameliorate his or her condition without imposing grave burdens upon that person, then we are morally obligated to authorize use of those means” [1].

Good proxies, therefore, will consider at least two things. First, they will make a realistic assessment of whether a woman is in fact at risk; and second, if she is, they will adopt the least burdensome (to her) means for protecting her. I will briefly comment on each.

Caregivers should be careful not to take measures, especially ones that could impose burdens on another, without serious reasons. Thus, parents should examine the empirical literature on the issue, consult with local law enforcement, and perhaps also with trustworthy behavioral specialists, in order to assess realistically the risk that any particular child may be subject to. Recent studies do indicate that persons with disabilities are subject to sexual assault at a higher rate than persons without disabilities, one study said at more than twice the rate, and women more than men [2]. Social factors will undoubtedly play a role in predicting whether any particular person is at risk, for example, where she lives, how much exposure she has to strangers, the conditions of her home-life (whether her caregivers are biological parents, married, divorced, etc.), her own behavioral proclivities, etc. If given these factors parents determine that the possibility of assault is very remote — say, no higher than for a non-disabled woman under ordinary circumstances — then subjecting one’s disabled child to burdensome measures may not be justified.

The second consideration is the level of burden that any particular procedure threatens to impose upon their child. Even if it could be legitimate to administer medications that prevent ovulation, sperm capacitation, or fertilization, the risks imposed by choosing one or another of these measures should be carefully assessed, again by undertaking proper consultation. Long-term use of powerful antioviulatory medications may be effective, but it might put the woman at risk for other serious harms. Although it is sometimes legitimate to subject oneself to more risk than is necessary, it is never legitimate to subject another, especially a small child or a disabled person, to more risk than is necessary to secure his or her well-being.

Finally, I said above that abortifacient medications should not be used. Evidence indicates that both IUDs and Plan B (the “morning after pill”) can cause abortions, and so, both should be avoided as preemptive measures against sexual assault. To my knowledge vaginal diaphragms and spermicide jellies do not cause abortions.

What about ordinary oral contraceptives (OCs), do they too cause abortions? Medical literature offers conflicting answers and hence so too do pro-life physicians [3]. I will not attempt to settle the empirical question here. But I will offer my own ethical opinion. Unless we have moral certitude that the type of medication we are contemplating using will not cause abortions, and we are engaging, or likely to be subject to, behavior that may result in the fertilization of a human embryo, then we should avoid using those medications. This follows from my presumption that the absence of moral certitude means there is reasonable doubt in our mind about whether the medication might cause the death of an embryo. I would argue that we should never proceed with an act that we believe might cause some effect that, if we knew the effect would occur, would be wrong for us to cause. My advice then is that unless and until we have moral certitude, which I at least do not have, OCs should not be used as a preemptive defensive measure against possible assault from rape.

In conclusion, parents of disabled children should carefully assess whether an intervention is necessary to



protect their child; and if so, determine, with the help of competent medical advisors who accept Church teaching, the least harmful morally legitimate means of achieving that protection.

Notes

[1] Catholic Bioethics and the Gift of Human Life (2nd ed., 2008), p. 220-21, italics in text.

[2] Michael Rand and Ericka Harrell, "Crimes Against People with Disabilities," Bureau of Justice Statistics Special Report, Office of Justice Programs, U.S. Dept. of Justice, 2007.

[3] See www.prolifephysicians.org/abortifacient.htm

E. Christian Brugger is a Senior Fellow of Ethics and director of the Fellows Program at the Culture of Life Foundation; and the J. Francis Cardinal Stafford Chair of Moral Theology at St. John Vianney Theological Seminary in Denver, Colorado.

Spermadonatie en het kind van de rekening

Katholiek Nieuwsblad, 11 maart 2011

door dr. René Hoksbergen, emeritus hoogleraar adoptie

[KatholiekNieuwsblad](#)

Kan een spermadonor gedwongen worden alimentatie te betalen voor zijn kind? Volgens emeritus hoogleraar René Hoksbergen spelen er tal van vragen op dit gebied die dringend beantwoord dienen te worden.

Voor de eerste keer vernemen we dat een zaaddonor door de (lesbische) moeder van zijn kind wordt aangesproken om bij te dragen aan de onderhoudskosten van zijn kind (de Volkskrant van 5 maart 2011). De kwestie speelt in Duitsland. Daar is de wetgeving rond spermadonatie minder duidelijk dan die in Nederland.

Niet puur medisch

Moeten onze gedachten over deze kwestie beperkt blijven tot de formele wetgeving? Naar mijn mening niet. Het gaat hier om handelingen van mensen die als gevolg de geboorte van een mens hebben. Mensen die deze handelingen plegen zijn verantwoordelijk voor het gevolg daarvan. Dat is toch volkomen vanzelfsprekend? Voor mij is het daarmee ook vanzelfsprekend dat een spermadonor en de sperma-adoptant (de toekomstige moeder) beiden de verantwoordelijkheid hebben voor de nieuwe mens, in psychologische en materiële zin. Elk kind zou ervan uit moeten kunnen gaan dat hij door beide verwekkers gewenst, goed verzorgd en opgevoed wordt.

Dat de Duitse spermadonor wordt aangesproken om bepaalde onderhoudskosten te betalen en hij dat niet wil, laat alleen maar zien hoezeer deze mensen gevangen zitten in een niet-educatief stramien van denken. Sperma doneren is nu eenmaal iets anders dan bloed doneren of een nier afstaan. Daar waar handelingen als consequentie hebben dat een nieuwe mens wordt geboren, ben je voor die nieuwe mens verantwoordelijk. Ten onrechte worden zaken als zaad-, eiceldonatie, embryodonatie als vrijwel puur medische zaken beschouwd.

Ethische component

De mogelijkheden met inschakeling van een of andere medische techniek een kind te krijgen, hebben zich de laatste decennia spectaculair uitgebreid. Het is steeds gemakkelijker met behulp van derden een kind te krijgen. Deze 'derden' zijn de ingeschakelde gynaecoloog, de donoren van eikel, zaad of embryo en de draagmoeder. Bij dit alles berust het monopolie van de uitvoering vrijwel geheel bij medici. De psychologische en ethische component krijgen veel te weinig aandacht. Toch zijn aan de moderne manieren van voortplanting onlosmakelijk, praktische en psychologisch-ethische consequenties verbonden. Laat ik even kort in de historie duiken.



Aanvankelijk ging het bij de moderne voortplanting alleen om Kunstmatige Inseminatie (al dan niet) met gebruik van een donor. Vanaf 1948 wordt deze methode in ons land toegepast. Gynaecologen hadden de overhand bij de ethische discussies over het gebruik van KID, daarbij geholpen door de behoefte aan geheimhouding bij het grootste deel van de ouders. Het werd als een ingreep gezien om mensen met een fysiek probleem te helpen. Door de nadruk bij de 'vrager' om hulp, was er nauwelijks aandacht voor de consequenties van de medische handeling: het kind, de veranderingen in het gezin en de plaats van de donor. Mentale en praktische gevolgen van het op deze wijze geboren worden, zijn veronachtzaamd. Artsen namen aan dat het kind door beide ouders gewenst was en dat de plaats van de donor alleen een gevende was.

Recht van het kind

Vanaf het begin komen echter vanuit psychiatrische hoek veel kritischer geluiden. Later ook van pedagogen en psychologen. Ook vanuit juridische hoek bestaat er weerstand tegen de uitsluitend vrager-gerichte praktijk. Minister van Justitie Hirsch Ballin verwoordde het in 1992 in zijn inleiding tijdens de studiedag 'Ouderschap en recht' als volgt: "Het ouderschap is geen product van het recht, noch van de mens. Er is geen recht op een kind, hooguit zou men kunnen spreken van het recht van het kind op ouders."

Ik zou willen benadrukken dat, waar sprake is van niet-biologisch ouderschap, de ouder zich realiseert dat er antenatale adoptie, dus adoptie die al voor de geboorte plaatsvindt, plaatsvindt. Gynaecologen wezen er steeds weer op dat zij met deze eenvoudige techniek hun patiënten een groot plezier deden. Het is een daad van medemenselijkheid met volgens hen alleen maar positieve gevolgen. Hoe het kind erover zou denken – niet zijn vader te kennen of niet door de biologische vader te worden opgevoed – kwam nauwelijks ter sprake. Toch werd in Duitsland in 1989 en in Nederland in 2004 de anonimiteit van de donor opgeheven, een eerste positieve stap voor het KID-kind.

Consequenties

Als we naar de praktijk van de voortplantingstechnologie kijken, zouden we wensen dat er internationaal overleg hierover komt, dat er afspraken en duidelijke wetten worden gemaakt. En vooral dat aan mensen bij gebruik van een van deze technieken voorlichting wordt gegeven over de gevolgen voor het kind en voor henzelf. Aan het primaat van de vrijheid van voortplanting zitten door de ontwikkeling van de voortplantingstechnologie grote problemen. Laten we ons die nu eens gaan realiseren in het belang van de zo verwekte mensen en ook voor die van zijn ouders. Deze (toevallig) in Duitsland spelende kwestie is slechts één voorbeeld van wat er allemaal kan spelen. Want hoe zal met name dit kind later op deze hele kwestie reageren? Allereerst is een zorgende vader hem door zijn lesbische moeder bij voorbaat ontnomen en de verwekker ziet zijn verantwoordelijkheid niet.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

Kerk en condooms: een historische koerswijziging?

Katholiek Nieuwsblad, 22 november 2010

door dr. L.J.M. Hendriks, docent ethiek en moraaltheologie aan het grootseminarie Rolduc

KatholiekNieuwsblad

"Een historische koerswijziging", zo noemden enkele media de uitspraak van paus Benedictus XVI in een interview in boekvorm, dat op het moment van schrijven nog niet verschenen is. Het Vaticaan zou zijn verzet tegen het gebruik van condooms nu eindelijk staken. "Weliswaar betreft het niet een algehele vrijbrief om



voortaan op een 'veilige' manier gemeenschap met elkaar te hebben, maar als eerste beginnetje mag het er zijn", zo kan men de reacties van verschillende humanitaire hulporganisaties en ook van de gewone man samenvatten. Het Vaticaan is om. Maar is er wel sprake van een koerswijziging? Of zou de samenvatting van de media toch iets al te kort door de bocht zijn?

De illusie wegnemen

Op zaterdag 20 november 2010 publiceerde de Osservatore Romano alvast enkele stukken uit een boek, dat op vele vlakken laat zien hoezeer het de paus te doen is om het maken van een vertaalslag van het geloof naar de huidige tijd. Tekenend des tijds is niet voor niets deel van de titel. Zoals vaker, trok ook nu een enkele uitspraak met betrekking tot seksualiteit bijzonder veel aandacht. In een voorbeeld beschrijft de paus hoe in een afzonderlijk geval het gebruik van een condoom gerechtvaardigd kan zijn. Om maar meteen de grote illusie weg te nemen moet gezegd zijn dat de paus er juist aan vasthoudt dat een condoom niet de oplossing is voor het aidsprobleem. Lezen we tekst precies na: "Er kunnen afzonderlijke gerechtvaardigde gevallen zijn, bijvoorbeeld wanneer een prostitué een condoom gebruikt, en dit kan een eerste stap zijn in de richting van een juist moreel besef, een eerste act van verantwoordelijkheid om opnieuw het bewustzijn te ontwikkelen van het feit dat niet alles geoorloofd is en dat men niet alles kan doen wat men wil. Toch is dit niet de geëigende manier om de hiv-infectie te overwinnen."

Kerk en condoom

Natuurlijk is wel duidelijk dat het hier niet gaat om het condoom als voorbehoedmiddel. Integendeel, in dezelfde citaten van de Osservatore Romano staat ook een alinea over Humanae vitae, het document over een juiste geboorteregeling, waar de paus nog steeds achter staat. Maar het voorbeeld van de paus betreft het feit dat condooms de kans op hiv-besmetting enigszins lijken te verminderen. 'Lijken te verminderen', omdat ze om allerlei redenen geen 100% bescherming bieden (bijvoorbeeld door fout gebruik of slechte kwaliteit). Zelfs het betrachten van een grote voorzichtigheid bij het gebruik van condooms zorgt er nog voor dat het gevoel tegen seksueel overdraagbare ziektes beschermd te zijn, een toename van (wisselende) seksuele contacten bewerkt die op lange termijn het terugdringen van bijvoorbeeld aids juist belemmert. Men voelt zich immers niet meer om praktische of gezondheidsredenen verplicht de monogame relatie te eerbiedigen. Dit is een van de belangrijke argumenten van de kerkelijke leer tegen het bevorderen van condoomgebruik. Het middel tegen de verspreiding van aids dat de Kerk voorstaat, is een "vermenselijking van de seksualiteit" zoals de paus het in de teksten van de Osservatore noemt. Alleen wanneer mensen zichzelf en de ander ten volle als persoon respecteren en de seksualiteit de intieme uitdrukking laten zijn van de totale zelfgave aan die ene andere persoon, aan wie men zich in het huwelijk verbonden heeft, dan zal het einde van aids in zicht komen.

Ideaal en praktijk

Dit ideaal dat de Kerk voorstaat, bepaalt de koers die zij vastberaden gaat, maar het ideaal is vanzelfsprekend nog niet bereikt. De publieke opinie en de humanitaire organisaties zijn bij lange na niet overtuigd van de genoemde redenering. De Kerk is zich – in deze tijd meer dan ooit tevoren – ervan bewust dat idealen in de toekomst liggen. De realiteit van het hier en nu vraagt om een reële benadering en een juist inschatting van de situatie. In dat licht wijst de paus op het feit dat zelfs het gebruik van condooms teken kan zijn van een begin van de goede weg: wanneer bijvoorbeeld een prostitué dat doet uit verantwoordelijkheidsbesef. Hiermee praat de paus het gebruik ervan in het geheel niet goed, net zo min als dit voorbeeld van de paus prostitutie goedkeurt. Maar prostitutie is nu eenmaal een zonde die vóórkomt, en deze zonde kan op een zodanige manier begaan worden dat ze tenminste – al is het op een nog zo beperkte wijze – laat zien dat men rekening moet houden met het welzijn van de ander.

'Een eerste stap'

Het voorbeeld van de prostitué is allerminst willekeurig. Het gaat daarbij om een situatie waarbij de morele



vrijheid vaak zeer beperkt is en het kwaad daarom de vorm aanneemt van een onvermijdelijk kwaad, dat men dan zoveel mogelijk probeert te beperken. Hier vaart de paus geen nieuwe koers, maar beschrijft hij een principe uit de klassieke moraaltheologie. Vanzelfsprekend is echter in de normale seksuele omgang van deze onvrijheid geen sprake. Verder spreekt de paus over “een eerste stap” op de weg van een groeiend moreel besef, daarmee verwijzend naar de ‘wet van de gradualiteit’ die ook allerm minst een nieuwe uitvinding is. Het drukt gewoon uit dat een mens niet altijd onmiddellijk de weg van de volmaaktheid kan gaan, maar daar tijd voor nodig kan hebben. Hiervan is het genoemde condoom in het voorbeeld een teken, omdat het zou kunnen dat in de beleving van de prostitué, hij daarmee de andere mensen wil beschermen tegen het kwaad dat hij aanricht. Maar daar kan het niet bij blijven en zoals gezegd is het ook maar zeer ten dele een ‘bescherming’.

Geen nieuwe koers

De paus kondigt dus geen koerswijziging aan, maar hij geeft blijk van een realistische kijk op de wereld en van een invoelende analyse van morele situaties. In dit interview laat de paus dus zien dat hij allerm minst slechts mechanisch idealen kan opdreunen, maar dat hij bij het voorhouden en verkondigen van het evangelie ook oog heeft voor de moeilijkheden die dat met zich kan meebrengen. Dat dit de kerkelijke leer over een ware, gezonde seksualiteit onveranderd laat, zou voor zich moeten spreken. De Kerk heeft nu eenmaal uiteindelijk geen andere taak dan het verkondigen van Christus’ blijde boodschap voor iedere mens en ze kan geen regels maken voor ‘hoe je het beste – met de minste schade – kunt zondigen’. Dat zou namelijk tegelijkertijd het ideaal van een goed leven volstrekt belachelijk maken. Wat de Kerk wèl doet is met de barmhartigheid van Christus mensen nabij zijn op hun weg naar een beter leven. Het lijkt erop dat de paus slechts dit heeft willen zeggen met zijn voorbeeld van het condoomgebruik in afzonderlijke gevallen.

Realistische benadering van de Kerk

Wanneer men de media bekijkt en beluistert, lijkt er weinig plaats voor zo’n genuanceerde visie op het menselijk leven en de menselijke seksualiteit. De Kerk wordt ervan beschuldigd te denken in zwart-wit en in extremen, maar juist wanneer blijkt dat ze begripvol is en zich rekenschap geeft van het moeilijk te vermijden kwaad in de wereld, dan stoot dit op onbegrip. Dat men vaak weinig begrip en invoelingsvermogen heeft voor het Evangelie en de verkondiging ervan, blijkt ook uit het feit zelf dat men aan de paus hier een verandering van de kerkelijke leer toeschrijft. Vanzelfsprekend kan men in verschillende tijden andere accenten leggen en andere benaderingen onderstrepen. Het is dus ook niet uitgesloten dat de paus in het betreffende boek een andere accent wil zetten, alhoewel men dat uit de korte citaten uit de Osservatore zeker nog niet kan afleiden. Wat wèl uitgesloten is, is dat de paus ‘besloten’ heeft dat vanaf nu het gebruik van condooms om verspreiding van aids te voorkomen een adequaat middel is. Ten eerste zegt hij expliciet dat dit niet het geval is, en ten tweede is het evangelie en de kerkelijke leer geen kwestie van arbitraire beslissingen van de paus. In plaats van een koerswijziging is er dus eerder sprake van een realistische benadering van de zondige mens zoals biechtvaders dat al gewoon waren te doen. Men kan echter nooit de onvolkomenheden uit de pastorale praktijk tot norm verheffen: de paus doet dit ook niet, maar het wordt onterecht wel door de media zo voorgesteld. Toegegeven, de paus had zeker ook minder opvallende praktijkvoorbeelden kunnen noemen, maar het is zeer waarschijnlijk dat zij die een aanpassing verwachten van de zeer uitgebalanceerde seksuele ethiek en de huwelijksmoraal in dit voorbeeld geen eerste stap kunnen lezen.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.



Een ongemakkelijke waarheid

de Volkskrant, 1 april 2009

door mgr.dr. W.J. Eijk, aartsbisschop van Utrecht

de Volkskrant

In tegenstelling tot wat velen beweren, heeft de rooms-katholieke kerk in het terugdringen van de aidsepidemie een aanzienlijk aandeel, betoogt Wim Eijk.

Eigenlijk heeft de paus gewoon gelijk

In Afrika ga je HIV en AIDS niet tegen door het gebruik van condooms te bevorderen



NRC Handelsblad, 31 maart 2009

door Edward C. Green, medisch antropoloog en verbonden aan de Harvard School of Public Health, directeur van het onderzoeksproject aidspreventie

In theorie zou het gebruik van condooms overal moeten werken in de strijd tegen aids. Maar Afrika heeft meer aan monogamie.

‘Gezonde seksuele levensstijl effectiever dan alleen condooms’

Katholiek Nieuwsblad, 23 januari 2009

door Steven Heijstek

KatholiekNieuwsblad

Condooms zijn dé manier om aids tegen te gaan, zo wil het heilige huisje. Af en toe duikt er echter een tegengeluid op, zoals dat van de Vlaamse epidemioloog en oud-tropenarts Luc Bonneux.

Vanaf het begin van het interview benadrukt Luc Bonneux dat hij niet praat vanuit een moralistisch standpunt. “Ik wil er alleen op wijzen dat een gezonde levensstijl een veel effectievere aidspreventie is dan alleen condoomgebruik. Wat mensen in hun slaapkamer doen, daar wil ik me niet over uitspreken.”

De kritiek van de aan het NIDI (Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut) verbonden wetenschapper richt zich vooral op hoe het Westen omgaat met aids in Afrika. “De internationale hulpverlening, Unaid's vooraan, heeft ernstig gefaald door te weinig en veel te laat aandacht te besteden aan de noodzaak van een gezonde seksuele levensstijl.”

Dat is nogal wat. Hoe bent u tot deze conclusie gekomen?

“Aan de basis van aidsepidemie ligt het hebben van meerdere seksuele relaties tegelijkertijd. Er is minimaal een trio nodig: een geïnfecteerde moet iemand kunnen besmetten, die vervolgens een derde kan besmetten. Dus



niet seks zelf drijft de hiv/aids-epidemie, maar partnerwissel. Koppels die monogaam of singles die celibatair leven, kunnen niet worden besmet, intraveneuze drugsgebruikers en besmettingen door bloedcontact even buiten beschouwing gelaten. Ook iemand die serieel monogaam is of iemand die sporadisch vreemdgaat, loopt nauwelijks risico. Helemaal omdat je zeker bij seksuele relaties kan zeggen: soort zoekt soort. Iemand met een seksueel leven met lage risico's, heeft vaak een relatie met een iemand met dezelfde levensstijl. De kans op besmetting is daarom zeer klein. Andersom geldt ook. Een klein groepje mensen heeft seksueel verkeer met veel mannen en vrouwen. Dit zijn wat in jargon core groups worden genoemd. Op deze groepen drijven soa-epidemieën en ook aids. In het Westen bevinden deze groepen zich voornamelijk in de homoscene en slechts in beperkte mate onder heteroseksuelen. In Afrika zijn seksuele contacten met meerdere partners tegelijkertijd minder beperkt tot bepaalde groepen. Hieruit wordt duidelijk dat het promoten van een gezonde seksuele levensstijl door bijvoorbeeld de ABC-methode (Abstinence, Be faithful, use a Condom, onthouding, wees trouw, gebruik een condoom – sh) veel effectiever is dan alleen condooms verspreiden.”

Bij condooms gaat men uit van honderd procent bescherming. Dat is niet zo?

“In een laboratoriumsituatie wel, maar zoals altijd is het in de praktijk anders. Empirisch onderzoek geeft duidelijk aan dat het bij gebruik regelmatig mis gaat. Een voorbeeld in Nederland is dat bij de algemene aanvaarding van condooms als anticonceptiemiddel, begin jaren tachtig, het aantal ongewenste zwangerschappen toenam. Als er een zwangerschap ontstaat, kan er ook een besmetting plaatsvinden. Onderzoek onder hemofiliepatiënten met aids geeft een aardig beeld van de veiligheid in de praktijk. Deze groep raakte besmet door bloedtransfusies. Zij zijn voor het overgrote deel monogaam, wat hen geschikt maakt voor onderzoek. Een uitkomst was dat bij seksueel verkeer zonder condoom na een jaar ongeveer zes procent van de partners besmet was. Werd er wel van een condoom gebruikgemaakt, dan was het ongeveer één procent. Het verlaagt de besmettingskans dus met een factor vijf á zes. Het valt te noteren dat dit seksueel ervaren, gehuwde koppels betrof, geen experimenterende jongeren.”

Dat is in het ‘veilige’ Europa. De situatie in Afrika lijkt mij anders.

“Allereerst moet het duidelijk zijn dat Afrika een ontzettend heterogeen gebied is. Er is veel meer culturele gelijkenis tussen een Nederlander en een Japanner dan tussen volken in Afrika die misschien elkaars buren zijn. Ook seksueel-cultureel. Zo wordt het vaak voorgesteld of heel zwart Afrika in gelijke mate is getroffen door hiv. Dat is helemaal niet waar. Er zijn gebieden die zwaar getroffen zijn, terwijl ergens anders weinig gebeurt. Soms zelfs heel weinig. In Congo bijvoorbeeld is de besmetting nu al sinds het begin van de jaren tachtig stabiel, tussen de één en drie procent. Waarom het daar zo constant en relatief laag blijft, weten we eigenlijk niet. We beginnen toch wel overtuigd te raken dat het met een bepaalde mores te maken heeft, maar het is erg moeilijk daar de juiste informatie over te krijgen.”

“In sommige delen van Afrika is het gebruikelijker dat mannen verschillende partners tegelijkertijd hebben. Veel vaker dan hier. In sommige gemeenschappen heb je het fenomeen van een vrije vrouw, vaak steriel door een soa. Zij heeft regelmatig gemeenschap met een beperkt aantal mannen, die van haar gebruik mogen maken als hun eigen vrouw zwanger of ongesteld is. Deze vrouwen voorzien zo in het levensonderhoud.

Een ander voorbeeld is de sugar daddy, een rijke, oudere man die in ruil voor seks jonge meisjes onderhoudt. Voor een kansarme jonge Afrikaanse zijn deze mannen vaak noodzakelijk om te kunnen studeren of een zaak te beginnen. Omdat de sugar daddy daarnaast ook nog met zijn personeel en prostituees seksueel contact heeft, vormt dit een enorm risico. Ook komt zo het virus in jongeren-netwerken die normaal redelijk veilig zijn, doordat door de weinige seksuele ervaring er bij jongeren een kleinere kans is op besmetting.

In Oeganda is men als eerste begonnen agressieve campagnes in te zetten tegen deze praktijken. Ook zet dat land al een lange tijd het ABC-principe in, oorspronkelijk met weinig steun uit het Westen. Toch zijn de



Oegandezen het meest succesvol in aidsbestrijding.”

Hoe komt het dat deze projecten eerder wordt tegengewerkt dan omarmd?

“Ik weet het niet goed. Vanaf het begin hing er een moraal van ‘alles moet kunnen’. Wat ik zelf heb gezien, was dat de eerste aidsdeskundigen wat rare vogels waren. Soa-onderzoek was absoluut niet ‘sexy’ in die tijd. Wetenschappers die zich ermee bezighielden, zaten weggestopt in de kelders van universiteiten. Voor een carrière moest je er niet zijn. Door de opkomst van aids was er opeens veel belangstelling en ging de geldkraan open. Ook werd de aidslobby vanaf het begin aangevoerd door homoactivisten. Zij hadden een afkeer van de gangbare seksuele moraal. Zij zijn vaak hooggeschoold, rijk en hebben geen gezin, waardoor ze de middelen en de tijd hebben actie te voeren. In de homogemeenschap was het lange tijd not done te zeggen dat seks met meerdere mannen op een feestje niet verstandig is. Daar is wel verandering in gekomen. De meeste homo’s hebben het aantal partners wel gereduceerd. Helaas is dit niet goed doorgedrongen in de hulpverlening, waar een sterk vals moralisme heerst dat alles moet kunnen. Ik zeg daarvan: wat is er mis met het promoten van een gezonde levensstijl?”

Lees het artikel van L. Bonneux in Demos over dit onderwerp