



Datum: 18-08-19

Betreft: Consultatie regelingen gedwongen zorg

L.S.,

Het is jammer dat zorgverleners niet meer per dwangmaatregel hun handelen moeten verantwoorden en moeten kunnen onderbouwen waarom dit noodzakelijk was. Niet dat dit zorgvuldig gedaan werd. Het komt regelmatig voor dat wanneer de noodzaak tot dwang discutabel is dat de vereiste verslaglegging niet plaatsvond. Toch is het jammer dat dit verplichte moment tot evaluatie komt te vervallen.

Desondanks denk ik dat het goed is dat zorgverleners verplicht worden om elke vorm van dwang te registreren, zodat zij zich bewust worden van dat ze dwang toepassen. Helaas is dwang zo vanzelfsprekend dat zorgverleners zich vaak niet bewust zijn dat ze dit toepassen.

Er ontbreken echter een aantal vormen van dwang, met name het gebruik van gedragsmodificatie technieken. Hieronder vallen o.a:

- privilege systemen, waarbij betrokkene zijn vrijheden moet terugverdiene;
- token economie, waarbij betrokkene punten kan verdienen met gedrag dat zorgverleners willen zien en punten verliest met gedrag dat ze niet willen zien.

Ik begrijp dat zorgverleners deze methodes graag gebruiken, want ze zijn bijzonder effectief in het veranderen van gedrag. Zo zijn deze in het verleden zeer succesvol toegepast om homoseksueel gedrag en interesses te genezen. Echter hebben deze gedragsmodificatie technieken als nadeel dat ze iemands autonomie ontnemen en daarmee ook hun mogelijkheid een eigen identiteit te hebben. Gebruik van deze methodes leidt vaak tot depressie en suïcide bij mensen die geloven dat dit voor hun eigen bestwil is en agressief gedrag bij mensen die dat niet geloven. Wanneer betrokkene "uit het niets" agressief gedrag vertoont, dan is het gebruik van gedragsmodificatie technieken mogelijk de onderliggende oorzaak. Daarnaast hebben deze technieken in een gesloten setting, waarbij vluchten geen optie is, ook een diep traumatiserende werking.

Om een voorbeelden te geven: Ivar Lovaas, grondlegger van Applied Behavioral Analysis (ABA), heeft deze technieken toegepast op Kirk Andrew Murphy en hem daarmee "genezen" van zijn homoseksuele gedrag<sup>1</sup>. Echter heeft Murphy's daardoor op 38 jarige leeftijd suïcide gepleegd<sup>2</sup>. Dat deze methodes ernstige trauma's veroorzaken is bijvoorbeeld te zien bij Bradley die als gevolg van het onderwerpen

---

1 Rekers, G A, and O I Lovaas. "Behavioral treatment of deviant sex-role behaviors in a male child." Journal of applied behavior analysis vol. 7,2 (1974): 173-90. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1311956/>

2 Zie de CNN documentaire hierover: <http://edition.cnn.com/2011/US/06/07/sissy.boy.experiment/index.html>



worden aan gedragsmodificatie technieken een morbide angst ontwikkeld voor de kleur roze<sup>3</sup>. Dit traumatiserende effect is ook zichtbaar wanneer deze technieken toegepast worden op autistische mensen, zo blijkt bijna de helft van de kinderen die een ABA behandeling kregen last te krijgen van PTSS<sup>4</sup>. ABA en homogezingstherapie komen in feite op hetzelfde neer<sup>5</sup>.

Dat gedragsmodificatie technieken dusdanig ernstige psychische problemen veroorzaken is inherent aan deze methodes, omdat ze verankerd zitten in het veroorzaken van leed. Dan wel in de vorm van een straf, dan wel a priori zodat deze weggenomen kan worden als "beloning". Het privilegesysteem is hier een goed voorbeeld van. Leed wordt veroorzaakt door iemands vrijheid te ontnemen en hem te plaatsen op een plek waar die zich verveeld en weinig sociaal contact heeft (waarmee sociale pijn wordt veroorzaakt). Door mee te werken aan de behandeling en gewenst gedrag te vertonen kan dit leed weggenomen worden. Een andere veel gebruikte vorm van leed is emotionele chantage, waarbij gevoelens van schuld, schaamte, verplichting en angst gecreëerd worden.

Uiteraard werken deze methodes niet om iemands homoseksualiteit daadwerkelijk te genezen. In plaats daarvan veranderd het alleen het zichtbare gedrag. Wanneer deze methodes toegepast worden op psychische problemen, is dat niet anders. Het zichtbare gedrag veranderd, maar de onderliggende problematiek wordt niet behandeld. Deze wordt onderdrukt, onzichtbaar gemaakt, waardoor zorgverleners hun zicht verliezen op hoe het staat met het herstel van betrokkene en waardoor je situaties kunt krijgen waarbij iemand naar huis mag en het vervolgens ernstig misgaat.

Dat gedragsmodificatietechnieken alleen het zichtbare gedrag veranderen is o.a. een probleem bij de behandeling Dialectische Gedragstherapie (DBT), met name gericht op de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD). Het uitwendige gedrag wordt wel veranderd, maar het onderliggende trauma wordt compleet genegeerd<sup>6</sup>.

Daarnaast lijkt het me zeer zinvol als in het digitaal overzicht ook geregistreerd wordt welk geweldsmiddel gebruikt is om de verplichte zorg te verlenen. Om enkele voorbeelden te noemen:

- Medicijnen door het eten/drinken mixen zonder betrokkene in te lichten;
- Gebruik van een leugen om bestwil (denk bijvoorbeeld aan vertellen dat iemands psychische problemen veroorzaakt worden door een chemische disbalans in de hersenen en de medicatie deze hersteld);
- Dreiging met dwang/geweld (denk aan als betrokkene medicatie niet "vrijwillig" neemt dat deze daartoe gedwongen zal worden of in de isoleercel gezet wordt);

---

3 <https://www.npr.org/2008/05/07/90247842/two-families-grapple-with-sons-gender-preferences>

4 Kupferstein, H. (2018), "Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis", *Advances in Autism*, Vol. 4 No. 1, pp. 19-29. <https://doi.org/10.1108/AIA-08-2017-0016>

5 Een vergelijking van ABA en homogezingstherapie van iemand die zelf ABA heeft meegemaakt: <https://www.fierceautie.com/2019/08/aba-and-gay-conversion-therapy-compared.html>

6 Voor iemands persoonlijke ervaring en opvattingen daarover, zie <https://www.youtube.com/watch?v=nv7gvwn5I-g>



- Fysieke overheersing;
- Dreigen met of veroorzaken van extreme pijn om tot gehoorzaamheid te dwingen (denk aan het gebruik van een taser in drive-stun modus om hevige pijnschoten te veroorzaken<sup>7</sup>).

In het kader van eerlijkheid en consistentie, lijkt het me beter om "verplichte zorg" zoals fixatie, insluiting, afname van communicatiemiddelen en "rustgevende" medicatie welke als doel of effect heeft dat betrokkene in een staat van machteloosheid gebracht wordt, gewoon geweld te noemen, in lijn met de definitie van geweld in artikel 81, Wetboek van Strafrecht.

Ook lijkt het me zinvol om in deze regeling te benadrukken dat verplichte zorg nooit als straf gebruikt mag worden<sup>8</sup>. Dit omdat verplichte zorg ernstig psychisch lijden kan veroorzaken en dat wanneer dit als straf gebruikt wordt, dit neerkomt op foltering<sup>9</sup>.

Veel succes met het verder uitwerken van de wet verplichte ggz. We vertrouwen erop dat dit gedaan zal worden in lijn met de adviezen van het VN comité ter bescherming van de rechten van mensen met een handicap en of chronische ziekte. In het bijzonder hun toelichting op artikel 14 van het CRPD<sup>10</sup>.

Met vriendelijke groet,

Ir. B.J. Conijn

---

7 Dit komt voor in de praktijk. Zie: <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/02/18/amnesty-waarschuwt-voor-misbruik-taser-door-agenten-a1592680>

8 Binnen jeugdzorg is bijvoorbeeld visitatie, ofwel lichaamsholte onderzoek, wel eens toegepast als straf, zie: <https://www.recht.nl/vakliteratuur/ie/artikel/180328/k-lindenbergh-straftbare-dwang-over-het-bestanddeel-dwingen-en-straftbaarstellingen-van-dwang-in-het-bijzonder-art-284-sr/>. Mijns inziens is dit eerder strafverkrachting dan zorg.

9 artikel 1 lid 1e, wet internationale misdrijven

10 <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc>