

# 15 Diepe hersenstimulatie

Genoeg juristen die de beoefening van hun vak als een diepe stimulatie van hun hersenen ervaren, maar dat is niet waar deze column aandacht voor vraagt. Dat is wel de medisch bepaalde thematiek die terugkwam in het kerstnummer van het Nederlands Juristenblad en waarover recent werd gedebatteerd op een symposium in theater de Brakke Grond in Amsterdam.<sup>1)</sup> De op dit symposium geschetste praktijken en inzichten zijn zeer intrigerend. Waar het om gaat is de vrij nieuwe behandelmethode voor neurologische en psychiatrische patiënten, waarbij een neurochirurg diep in de hersenen (doorgaans twee) elektroden plaatst. De aldus geïmplanteerde elektroden worden onderhuids verbonden met een batterij die een plek onder het sleutelbeen krijgt. Middels telemetrie – oftewel afstandsbediening – kan de activiteit van de elektrode(s) worden geprogrammeerd voor frequentie, stroomsterkte en pulsbreedte. Alles weer uitschakelen kan uiteraard ook. De mogelijke instellingsvariëteiten bepalen in belangrijke mate het effect van de behandeling. Dit is de techniek die men diepe hersenstimulatie noemt (of DBS, naar ‘deep brain stimulation’). Zij wordt toegepast voor zowel neurologische als psychiatrische aandoeningen en leidt vaak tot spectaculaire resultaten. Bijvoorbeeld bij patiënten met de ziekte van Parkinson, die *du moment* dat DBS wordt aangezet ophouden te lijden aan de voor hun ziekte kenmerkende symptomen. Buiten Parkinson en epilepsie komt DBS in toenemende mate in beeld als ultieme behandelbaarheid bij ernstige psychiatrische ziektebeelden. Patiënten die lijden aan obsessieve-compulsieve stoornissen kunnen er sterk van opknappen. Ook patiënten die jarenlang kampten met ernstige depressies, kunnen door DBS een ander mens worden; in een andere ‘toestand’ raken – en dat markeert het moment waarop de medici, ethici, filosofen en juristen in discussie raken, zoals in de Brakke Grond.

Als de DBS aanslaat en goed is ingesteld, kan een angstige en/of depressieve patiënt in zeer korte tijd veranderen in een persoon waarbij die angst of depressie volledig ontbreekt. Psychiater Damiaan Denys en OM-baas Paul van de Beek beschrijven in het NJB hoe ook ingrijpende gedragsveranderingen kunnen optreden, waardoor patiënten opnieuw verliefd worden, nieuwe relaties aangaan of manisch koopgedrag gaan vertonen.<sup>2)</sup> Deze veranderingen kunnen ook optreden als de behandeling primair op een neurologische aandoening zoals Parkinson was gericht. Het komt dus voor dat naast beoogde effecten zich allerlei niet beoogde effecten manifesteren, waaronder psychoses en suïcidale neigingen. Ook komt voor dat de behandeling niet aanslaat voor het beoogde doel, maar dat de patiënt zich wel veel gelukkiger voelt. Het geluksgevoel is dan eigenlijk een bijwerking.

De met dit alles verbonden juridische implicaties gaan verder dan wat naar gangbare inzichten over bijvoorbeeld *informed consent* valt te behapstukken. Louter ter illustratie noem ik nog een aantal aspecten dat de juristenhersenen vermag te stimuleren. Zo is kenmerkend voor DBS dat het effect van de behandeling in de meeste gevallen volkomen reversibel is. De patiënt die het uitschakelt, keert als regel terug naar de toestand van voor de ingreep. Hij kan zich dus verlossen van niet gewenste bijwerkingen, maar zich ook voor de keuze gesteld zien kwaden tegen elkaar af te wegen. Voor de arts is het regelmatig de vraag in welke gevallen nog van een succesvolle behandeling kan worden besproken en ook, als daarover twijfel bestaat, of de behandeling moet worden voortgezet. Bij het uitschakelen van DBS is men dus terug bij af.

DBS opent dus zeer veel nieuwe, grotendeels nog onverkende mogelijkheden, ook op het vlak van de niet begrepen klachten en beperkingen die veel letselschadezaken kenmerken. Mag de benadeelde gevraagd worden de mogelijkheden van DBS ten minste in overweging te nemen als aannemelijk is dat hij/zij daarvan kan opknappen? Dezelfde vraag kan rijzen bij de toetsing van euthanasieverzoeken. Voor de forensische psychiatrie kan DBS betekenis krijgen bij de behandeling van tot TBS veroordeelden en de vraag of en wanneer die in aanmerking komen voor verlof of vrijlating – met daarbij wederom het prikkelende aspect van de besturing van DBS. Laat men dit geheel en al aan de verlofganger of vrijgelatene? Ik zou denken van niet, maar de gedachte alles aan de andere kant te laten, spreekt ook niet aan.

Omdat denken over de potentie van DBS snel naar science fiction doet neigen, verbaast het niet dat de medici wat dat betreft op de rem trappen. Dr. Schuurman, neurochirurg bij het AMC en DBS-specialist, sprak op het symposium relativerende woorden. Er kan weliswaar veel met DBS, maar lang niet voor iedereen – en met onzekerheid over de werking op langere termijn. Duidelijk werd ook dat hij aarzelingen heeft bij het inzetten van DBS voor psychiatrische ziektebeelden. Niet alleen omdat zowel het effect als de ‘bijwerkingen’ heftig kunnen zijn, maar ook omdat hij in deze gevallen voor een heel groot deel moet werken op geleide van een psychiater en niettemin (ook tuchtrechtelijk) eindverantwoordelijk blijft voor het resultaat van de behandeling. Ook dat is een voorbeeld van een juridische dimensie waar wij nog niet klaar mee zijn. Op het symposium werd dan ook gepleit voor specifieke regelgeving op het gebied van DBS. Wordt vervolgd.

Wicher Bouman

1. ‘Diepe hersenstimulatie en het recht. Kansen of risico’s?’ Dit vond plaats op 16 januari 2014 als onderdeel van de themamaand ‘The Brainstorm Sessions’; de organisatie van het symposium was in handen van het AMC, het WODC, de Tilburg Law School en de Brakke Grond.
2. *NJB* 2013, afl. 45, p. 3143 e.v.