



Bioethica Forum

No. 44 März / mars 2005

EDITORIAL

Ethik und psychologische Forschung

Im Zentrum der Bioethik steht vor allem das *medizinische* Humanexperiment. Eine breite und kontroverse Literatur ist darüber entstanden, Richtlinien und Gesetze wurden erlassen, Verfahren zum Schutz der Versuchspersonen sowie die Institution der Ethikkommissionen haben sich weltweit etabliert. Aber auch die Psychologie als die Wissenschaft vom menschlichen Erleben und Verhalten forscht in großem Maßstab mit Versuchspersonen. Können die ethischen Standards zwischen Disziplinen wie Medizin und Psychologie ohne weiteres übertragen werden? Oder ergeben sich in der Psychologie nicht vielmehr ganz andersartige, eigenständige ethische Dilemmata?

Immerhin können die beiden Eckpfeiler der ethischen Akzeptabilität von Humanversuchen, die im Kontext Medizin unser Ansehen genießen – einerseits die Aufklärung der Versuchspersonen über Ziel und Ablauf der Studie und andererseits ihr ausdrückliches, freies Einverständnis – im Kontext Psychologie nicht unbeschränkt helfen. Denn die menschliche Wahrnehmung, das Erleben und das Verhalten in einer bestimmten Situation hängen ganz wesentlich von Erwartungshaltungen ab. Für psychologische Studien ist es daher manchmal ausgeschlossen, die Person im Voraus über die komplette Fragestellung der Studie aufzuklären. Diese Information würde das Ergebnis verfälschen. Formen von partieller bzw. nachträglicher Information oder gar vorübergehender Täuschung scheinen für manche sozialwissenschaftlichen und psychologischen Studien notwendige Voraussetzungen zu sein. Wie ist dieser Widerspruch in der Forschungsethik aufzulösen? Darf sich eine Ethikkommission anmaßen, über den Kopf einer zu täuschenden Versuchsperson hinweg ihr Einverständnis zu antizipieren? Der bekannteste klassische Fall, der hier zu studieren wäre, ist das Milgram-Experiment. Darüber hinaus können psychologische Ergebnisse eigenständige Beiträge zur ethischen Diskussion auch in Nachbardisziplinen liefern – man denke nur an den Versuchsleitereffekt und die Doppelblindmethodik.

Zusammen mit der SGBE-SSEB, der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP, dem Bundesamt für Gesundheit BAG und der Schweizerischen Gesellschaft für Psychologie SGP hat die Universität Basel (Psychologische Fakultät und die Arbeitsstelle für Ethik in den Biowissenschaften) am 25./26. Juni 2004 eine Tagung durchgeführt, die diese Fragen ins Zentrum einer internationalen Debatte stellte. Anlass waren einerseits die steigenden Zahlen der Studien und das Fehlen spezialisierter psychologischer Ethikkommissionen in der Schweiz, andererseits das Projekt für ein neues Bundesgesetz über „Forschung am Menschen“, worin auch - zumindest teilweise - die psychologische Forschung geregelt werden soll.

Dieses Heft bringt Kurzfassungen und Ausschnitte von vier namhaften Beiträgen, die das Thema anreißen. Eine ausführlichere Buchpublikation ist in Vorbereitung.

Christoph Rehmann-Sutter (Past Präsident SGBE-SSEB, Leiter der Arbeitsstelle für Ethik in den Biowissenschaften, Universität Basel), **Jürgen Margraf** (o. Prof. für klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Basel), **Verena Schwander** (Juristin beim Bundesamt für Gesundheit)

Inhalt

Editorial	1
Moral aspects of deception in psychological research	2
Dilemmes éthiques rencontrés dans la pratique de la recherche en psychologie clinique	5
Literaturhinweis	8
L'éthique de la recherche en psychologie	9
Was ist "Recht" mit Bezug auf psycholog. Forschung?	12
Protokoll der SGBE- Generalversammlung 04	15
3. Bieler Philosophietage	16
Agenda, Impressum	16

Moral aspects of deception in psychological research

Ron L.P. Berghmans, Maastricht University

In psychological research with human subjects, frequently deceptive techniques are used. Deception is considered necessary when accurately informing subjects could bias their responses, thereby impairing the validity of the data. Thus, the practice of deception can be situated in the tension between on the one hand the duty of researchers and the research community to treat research subjects with respect and dignity, and on the other hand scientific and methodological standards which are decisive for the scientific value of the research.

Deception occurs when investigators intentionally communicate in a way that produces false beliefs in subjects (Wendler & Miller, 2004). Although deception is most commonly associated with psychological and other social scientific research, it also may occur in clinical research settings (an interesting case concerns the acceptability of so-called prerandomisation designs). Interestingly, in clinical settings deception raises much more controversy than in social research settings. This is at least my experience as a member of the research ethics committee of the University of Maastricht and the Academic Hospital.

Milgram's obedience experiments

The paradigm case of deception in social science research are the Milgram obedience experiments (Pigden & Gillet, 1996; Herrera, 2001; Cave & Holm, 2003). In these experiments volunteer subjects (so-called 'teachers') were made to believe that so-called students should learn word-pairs and received electric shocks (with progressive voltages) each time they failed to produce the correct word pairs. The research volunteers were the ones who administered the shocks and falsely believed that the shocks were 'real', while in fact the so-called students were collaborators of the experimentator who were not subjected to electricity, but played as if this was the case by yelling and screaming and begging to stop the experiment. 65% of the 'teachers' were prepared to torture a fellow human being by administering shocks of more than 220 Volt, simply because they were asked to do so by the experimentator, who consistently referred to the importance of the experiment and the need to continue the administration of shocks in case of a false or no answer from the student.

The Milgram experiments have been much debated in the literature, but it should be recognised that such crude forms of deception at present are not or seldomly used anymore in social scientific research (as far as I can see). Presently, deception in research generally takes much more subtle forms, because of changes in theory, method and ethical standards (Korn, 1998).

Forms of deception

Two main ways of deceiving research subjects can be distinguished (Wendler & Miller, 2004). First, investigators may deceive subjects by intentionally giving them *false information*. This was the case in the Milgram experiments. Second, investigators may deceive subjects by intentionally *withholding information* in order to produce false beliefs.

More specific, several kinds of *noninforming* can be distinguished (Sieber, Iannuzzo & Rodriguez, 1995):

1. *Informed consent* to participate in one of several specified conditions without knowing which condition will actually occur (as in placebo studies).
2. *Consent to deception*, in which subjects are warned that some deception may occur. They are told what events they will experience if they agree to participate in the study and are debriefed completely about the purpose of the study afterward.
3. *Waiver of right to be informed*, in which subjects waive informing but are not explicitly forewarned of the possibility of deception.
4. *Consent and false informing*, in which subjects believe they are engaging in a truthful informed consent procedure, but are actually misinformed about some aspects of the nature of the research.
5. *No informing, no consent*, in which subjects do not know that they are participating in research.
6. *Self-deception*, in which the aim of the research is so different from what subjects expect that they behave under incorrect assumptions. For example, in incidental learning experiments, subjects are given a task such as learning pairs of nonsense syllables and are then tested on some attribute of the syllables such as their color.
7. *Deception by a third party*, in which the researcher observes a relationship in which someone deceives someone else; for example, in research on 'therapeutic privilege' the researcher would observe physicians lying to patients when the physician believes that the truth would be harmful.

It is clear that not all different forms of deception and non-informing research participants should be con-

sidered equally morally problematic. This issue will be addressed further on in this paper.

Apart from different forms of deception and shading the truth, also different topics of deception and false or incomplete information can be distinguished.

Topics of the deception

Subjects may be deceived about various kinds of things (Sieber, Iannuzzo & Rodriguez, 1995):

1. They may be given, or be caused to hold, false information about the main *purpose of the study*.
2. They may be given false information concerning *stimulus materials* (bogus devices).
3. The use of a *confederate* may cause them to misunderstand the actual role of some individual (role deception).
4. They may be given *false feedback about themselves*.
5. They may be given *false feedback about another person*.
6. They may be *kept unaware of being subjects in research*.
7. They may be unaware *that a study was in progress* at the time of manipulation or measurement, or unaware of being measured (e.g., video-taped).
8. Two related studies may be presented as unrelated.

Deception as a morally suspect practice

It is obvious that all forms of deception and of shading the truth from research participants undermine the moral and legal notion of free and informed consent, which is one of the foundations of contemporary research ethics (Foster, 2001). Although it is recognised that the ideal of informed consent may be an illusion and in the practice of medicine, health care and research can only be reached in suboptimal ways (O'Neill, 2003), it nevertheless remains a guiding principle researchers should strive for.

Given the central value of respect for persons and for their individual autonomy in contemporary western societies, deceiving or misinforming potential research subjects unknowingly is an infringement of their right to choose freely what course of action they would like to take.

In case of deception and other forms of shading the truth by researchers, subjects do not have the full opportunity to decide whether to participate in the study. They are not told what to expect regarding goals, procedures or risks and burdens of the research project, and the researcher may extract kinds of information that subjects might not wish to reveal (Sieber, Iannuzzo & Rodriguez, 1995).

In all these respects, deceiving or misinforming subjects should be considered *prima facie* wrong and thus unjustified from an ethical point of view.

Informed deception: compromise between deontology and utilitarianism

I want to address two parallel cases which involve generally accepted practices that are exceptions to the ideal of informed consent: 1. the waiver of the right to information; and 2. the use of placebo in clinical trials.

Waiver of the right to information

Informed consent involves a right of a patient or research subject to be informed and to make a free and well-considered decision based on that information. However, it does not imply a duty to be informed. Subjects may freely and voluntarily choose to waive their right to information (Feinberg, 1986). The patient or subject then delegates decision-making authority to the physician or to someone else, or asks not to be informed. In effect, he or she makes a decision not to make an informed decision (Beauchamp & Childress, 2001).

Thus, it is recognised that a claimant of a right has discretion over its exercise. This does not mean that waivers of information are without problems. A general acceptance of all waivers of information in research and therapeutic settings could make patients more vulnerable to those who have conflicts of interest or abbreviate or omit consent procedures for convenience (Beauchamp & Childress, 2001).

Nevertheless, this practice of waiving of information shows that consented-to forms of non-information are not necessarily in conflict with the moral value of respect for autonomy and the principle of informed consent.

Use of placebo

A second way of approaching deception in psychological research is to make a parallel with the use of placebo in medical research, in particular involving pharmaceuticals (Wendler, 1996). It is recognized that the use of placebo can be morally justified under a number of conditions and in a number of particular circumstances. One necessary, although not sufficient condition is that the prospective subject is informed about the fact that he or she has a particular chance of receiving placebo, and about the fact that he or she (and possibly the researcher too) will not know whether (or when) he or she actually receives placebo (the blinding condition). If the subject consents on the basis of this information (and a number of other

necessary conditions are met), then placebo research is considered morally justified.

Although in this way placebo use does not involve deception per se, the consent of the subject is less than fully informed. He or she is kept uninformed about the actual intervention he or she will receive.

Consent-to-deception: second-order consent

Waivers of the right to be informed and the use of placebo in research are practices which imply that patients and subjects are less than optimally informed about treatment and research interventions. The moral legitimacy of these practices is rooted in the consent of the patient or subject. This consent can be qualified as 'second-order consent': a reflected decision of the subject to be kept unaware of particular information which might be relevant for his or her decision-making in a particular situation.

By requiring psychology researchers to inform prospective subjects about the fact that the research has a deceptive character, a balanced compromise between deontological approaches and utilitarian approaches to the ethics of this kind of research may be reached. The most straightforward way of apprising subjects of the fact that a particular study is deceptive is to require precisely that information as part of the informed consent process (Wendler, 1996). Then also 'second-order consent' is involved. This would mean that prospective subjects are informed about *the fact* that information is shaded or distorted, but are kept uninformed about the exact *nature of* this shading or distortion.

In the informed consent procedure, the following could be mentioned to the candidate subject (Wendler, 1996):

"You should be aware that, in order to complete this study, the investigator cannot inform you of all its details. For this reason, certain details have been left out of the description of the study, or intentionally misdescribed. However, the investigator will be happy to explain these details to you [later]. In addition, you are free to choose not to participate if you do not like the use of deception, or for any other reason."

In this way, potential subjects who are bothered by deception per se will be able to avoid participating in deceptive studies, subjects with idiosyncratic concerns will have the opportunity to reveal them, and other subjects will have the opportunity to consent to being deceived. In my opinion, in this way a morally justified balance is found between the interest of science and the duty of researchers and the research community to respect the individual autonomy of prospective research subjects.

Literature

- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F., *Principles of biomedical ethics. Fifth edition.* Oxford: Oxford University Press, 2001
- Feinberg, J., *The moral limits of the criminal law. Vol. III: Harm to self.* New York/Oxford: Oxford University Press, 1986.
- Foster, C., *The ethics of medical research on humans.* Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- Korn, J.H., The reality of deception. *American Psychologist*, 53, 1998, 7, 805.
- O'Neill, O., Some limits of informed consent. *Journal of Medical Ethics*, 29, 2003, 4-7.
- Pigden, C.R. & G.R. Gillet, Milgram, method and morality. *Journal of Applied Philosophy*, 13, 1996, 233-250.
- Sieber, J.E., Iannuzzo, R. & Rodriguez, B., Deception methods in psychology: have they changed in 23 years? *Ethics & Behavior*, 5, 1995, 67-85.
- Wendler, D., Deception in medical and behavioral research: is it ever acceptable? *Milbank Quarterly*, 74, 1996, 87-114.
- Wendler, D. & F.G. Miller, Deception in the pursuit of science. *Archives of Internal Medicine*, 164, 2004, 597-600.

Dilemmes éthiques rencontrés dans la pratique de la recherche en psychologie clinique

Véronique Elefant-Yanni, Université de Genève

1. Etude outcome

Mon premier exemple en psychologie clinique est une recherche de la Guidance Infantile de Genève intitulée «Psychothérapies brèves mère-bébé: étude quantitative des effets thérapeutiques»¹ (Cramer & al. 1990, 1994). Elle débute en 1987 et, à l'origine, vise à valider les thérapies psycho-dynamiques conjointes qui sont proposées lorsque des parents consultent pour des troubles fonctionnels de très jeunes enfants.

Le dilemme ici est que, contrairement à ce qu'un plan expérimental exige, il n'est pas possible de composer un groupe contrôle, avec des enfants privés de tout soutien thérapeutique, afin d'observer les différences en regard d'un groupe expérimental.

Pour tenter néanmoins de répondre au questionnement sur la validité de la thérapie psycho-dynamique, il est décidé d'introduire une autre forme de thérapie brève, la guidance interactive, ayant un autre «point d'entrée». En effet, les thérapies analytiques visent à modifier ou à faire prendre conscience aux parents des représentations qu'ils ont de leur enfant, avec ce qu'elles peuvent receler d'identifications projectives pathogènes, alors que les thérapies de guidance interactive visent d'abord à agir sur les interactions en séance avec l'enfant, avec l'idée que l'information extraite de ce vécu entraîne un ajustement et au-delà une restructuration des représentations.

Les dyades mère-bébé sont affectées par randomisation à l'une ou l'autre des thérapies. 75 finissent le traitement avec une moyenne de 6 séances. Parmi d'autres mesures, l'effet des thérapies est évalué sur la base de la symptomatologie, de la qualité des interactions mère-enfant, des représentations maternelles avant le début et après la fin des séances et 6 mois plus tard.

Les résultats montrent une amélioration des symptômes, des interactions avec des mères plus sensibles et des enfants plus coopératifs, des représentations maternelles concernant leur enfant et leur estime de soi.

Les auteurs concluent à l'absence d'effet différentiel entre les deux types de thérapie puisque aucune différence dans l'amélioration des symptômes n'a été ob-

servée. Mais ils vont plus loin puisque pour eux «ces résultats démontrent l'efficacité des thérapies brèves pour le traitement des troubles fonctionnels de la petite enfance» (Cramer & al. 2001, p. 16).

C'est en effet ce qu'ils cherchaient à démontrer à l'origine, mais sommes-nous autorisés ici à tirer de telles conclusions? Après tout, on ne sait rien de ce qu'il advient de ces troubles en dehors de tout traitement. Y a-t-il rémission spontanée? Et si oui, dans le même temps nécessaire à une thérapie brève ou est-ce que cela demande plus de temps? Les améliorations observées à la fin du traitement thérapeutique se maintiennent-elles à long terme?

Ces questions sont d'autant plus légitimes que les troubles fonctionnels du jeune enfant apparaissent dans un contexte de dépression post-partum. Ainsi lors du pré-test, les chercheurs ont relevé que 67% des mères souffraient de dépression, évaluée légère à sévère par le Beck Depression Inventory (Beck 1961). Ils notent la forte corrélation de la dépression et des troubles fonctionnels du jeune enfant et font l'hypothèse que les interactions mère-enfant sont la voie de médiation des effets pathogènes de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant. Néanmoins les chercheurs sont bridés quant à l'importance à donner à la dépression post-partum par leur intérêt exclusif aux thérapies conjointes mère-bébé et c'est encore en fonction d'elles qu'ils concluent que «dans les dépressions post-partum, soignez la relation mère-enfant et vous guérirez la mère» (Cramer 1999, p.124)!

Pourtant dans le même temps en Angleterre, les recherches du Prof. Lynne Murray (1989, 1992, 1996 A&B) établissent clairement un lien de causalité. La dépression post-partum a un impact profondément négatif sur la qualité de l'interaction mère-enfant et au-delà sur le développement de l'enfant, au niveau cognitif en particulier. Ce renversement de perspective, rendu difficile pour les chercheurs pris dans la problématique des thérapies conjointes, permet alors de dire: dans les troubles psycho-fonctionnels précoces, soignez la dépression post-partum et vous guérirez l'enfant!

Si la cause des troubles fonctionnels du jeune enfant est la dépression post-partum et que la dépression donne lieu à une rémission spontanée (Eysenck 1952, Shea & al. 1992), il semble alors légitime de questionner l'efficacité des thérapies conjointes. Et c'est ce qu'a fait plus directement une étude récente du Prof. Cooper sur 193 cas de dépression post-partum (Cooper & al. 2003). Deux points sont particulièrement intéressants dans cette recherche. Le premier est que l'une des conditions est la thérapie psychodynamique selon la technique utilisée à la Guidance Infantile. Le

¹FNRS N°3.830.086 et 32.1232.91

second est que cette recherche prévoit une condition contrôle, qui ne comprend aucun traitement si ce n'est les soins et conseils généralement donnés à la maternité. Cela est rendu éthiquement possible ici par le fait que ce ne sont pas les mères qui sont demandeurs d'aide comme celles qui s'adressent à la Guidance Infantile mais que ce sont les chercheurs qui les ont approchées avant la maternité en leur proposant différentes formes d'aide. Il y a aussi deux autres conditions de thérapie cognitivo-comportementale et de conseil non-directif. Les mères sont assignées par randomisation à l'une des conditions.

Après les 4,5 mois de traitement, l'évaluation du niveau de dépression par le DSM-III-R montre aussitôt après le traitement 61% de rémission pour les mères ayant reçu une forme de traitement comparé à seulement 40% de rémission dans le groupe contrôle. Néanmoins aucune des évaluations suivantes à 9, 18 et 60 mois ne montrent plus de différence significative entre les 4 conditions.

A l'évidence nous ne pouvons pas suivre les auteurs quand ils concluent à l'efficacité des thérapies brèves dans le traitement des troubles fonctionnels de la petite enfance (Murray & al. 2003). Un approfondissement théorique dans cette recherche aurait-il pu permettre d'éclairer le lien de causalité que la dépression post-partum entretient avec les troubles psychofonctionnels du jeune enfant? Aurait-il pu permettre la mise en place d'un programme systématique de dépistage et de prise en charge des parturientes dépressives, de sorte qu'on traite la cause avant même l'apparition des symptômes chez l'enfant, pour un coût humain et financier moindre tant pour la famille que pour la société? Même si on tient compte du fait que quelques dyades relevant de pathologies plus lourdes nécessiteront quand même ultérieurement un traitement thérapeutique, ces questionnements restent d'autant plus sensibles que le Prof. Lynne Murray soulignait récemment lors d'un symposium (Murray 2000) l'existence d'une «période critique» au-delà de laquelle la dépression post-partum semble affecter irrémédiablement le développement de l'enfant au niveau cognitif et socio-émotionnel.

2. Etude follow-up

Suite à cette première étude, ma participation au programme de la Guidance Infantile (Elefant-Yanni, 2001) s'inscrit dans le cadre d'une recherche follow-up intitulée «Symptômes fonctionnels et comportement du bébé : devenir à la préadolescence»² (Cramer & al. 2001) dont le but est de connaître l'évolution de

la psychopathologie précoce et d'identifier les éléments de continuité et de discontinuité.

Illustration de dilemmes éthiques dans la pratique

Exemple de recherche en psychologie clinique : 2. Etude follow-up

Questionnement: évolution de la psychopathologie précoce

Dilemme: groupe follow-up significativement différent sur le facteur sexe

Solution: justification de la différence par sa cohérence avec l'épidémiologie

Conclusion: « le groupe follow-up est représentatif du groupe outcome. »

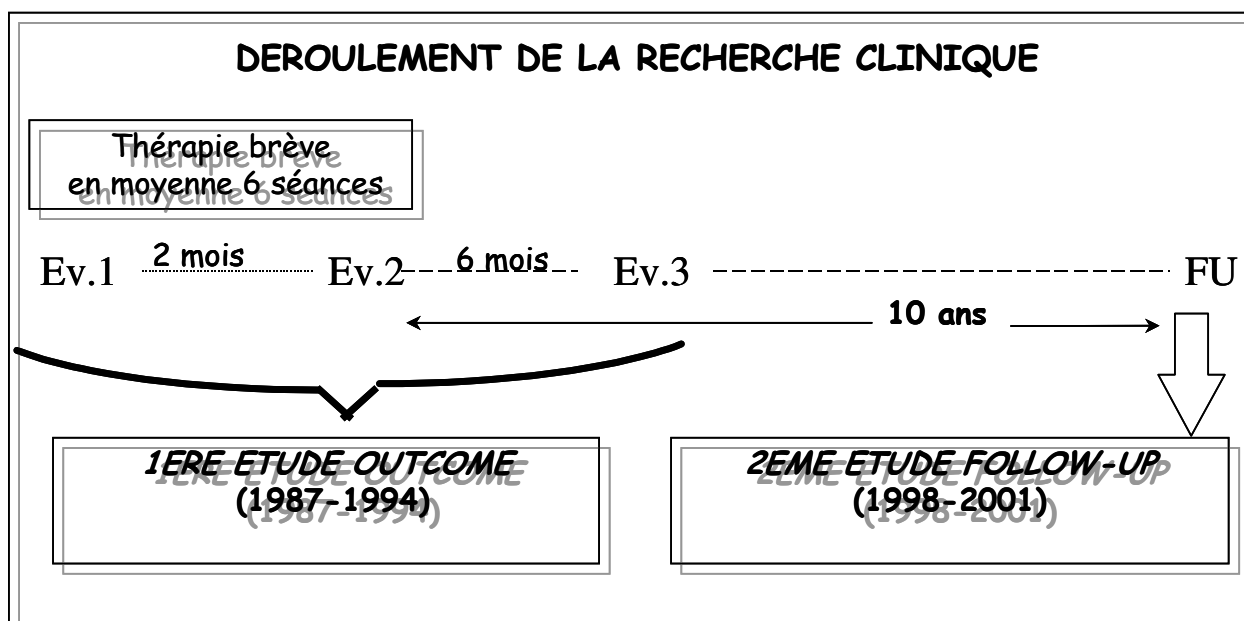
Vraiment?

La première difficulté rencontrée par cette étude porte sur l'échantillonnage. En plus des 75 sujets qui ont terminé le traitement et participé au post-test lors de la première étude, il y a encore 17 sujets qui ont fait l'objet de contre-indications et 11 qui ont refusé ou rompu la thérapie. Dans le courant du follow-up, 2 sujets ayant fait l'objet de contre-indications ont finalement été contactés et ont accepté de participer. De ces 77 sujets potentiels, 16 sont introuvables, 2 inorganisations et 6 refusent de participer. Au final 53 sujets participent au follow-up.

En plus du biais de sélection que montre l'échantillonnage, le groupe outcome est composé en majorité de garçons à 57% contre 43% dans le groupe follow-up. Les auteurs justifient cette différence statistiquement très significative par sa cohérence avec les données épidémiologiques qui font état d'une surreprésentation des garçons pour la pathologie précoce tandis qu'à la pré-adolescence les filles sont surreprésentées. Paradoxalement, ils concluent que si les résultats qu'ils peuvent tirer de l'étude follow-up ne s'appliquent pas à l'ensemble des préadolescents de 11 ans, ils peuvent donner des indications fiables pour les sujets traités durant la petite enfance pour un trouble fonctionnel. Or nous ne pouvons pas les suivre dans ces dernières conclusions. Le groupe follow-up n'est pas comparable sur la variable sexe et ce d'autant plus que les études épidémiologiques montrent que cette variable a un impact en fonction de l'âge sur la pathologie. Le groupe follow-up n'est tout simplement pas représentatif du groupe outcome.

La seconde difficulté à souligner dans cette étude follow-up est le trop grand délai entre les 2 évaluations puisque quelques soient les résultats il apparaît im-

²FNRS N°32-40902-94/2



possible de les mettre en lien avec ceux de l'étude outcome étant donné le grand nombre d'événements importants qui se réalisent dans la vie d'un jeune enfant en dix ans, ou même dans la vie d'un adulte. En particulier ici les chercheurs ont relevé ici que 55% des enfants et 43% des mères avaient suivi un traitement psychothérapeutique dans l'intervalle, 42% des couples s'étaient séparés ou avaient divorcés, et plus généralement 50% des parents relatent un épisode psychologique difficile au cours des dix dernières années.

Bien que les auteurs de la recherche supposent que «les troubles fonctionnels de la petite enfance sont probablement parmi les premières manifestations qui peuvent conduire vers une psychopathologie ultérieure» (Cramer & al. 2001, p. 271), en l'absence de pointages systématiques à des moments-clés du développement, il n'est pas possible de se prononcer sur la continuité ou la discontinuité concernant la psychopathologie précoce ou même de ses conséquences puisque, que comme nous l'avons mentionné, il y a de nombreux événements de vie qui peuvent être à l'origine des troubles ou des difficultés observés après dix ans. D'autre part il faudrait pouvoir comparer les données récoltées sur le groupe follow-up avec les données d'un groupe tout-venant du même pool et appareillé en ce qui concerne les critères socio-économiques pour pouvoir faire un constat circonstancié de la situation des jeunes qui le composent tant sur le point de la pathologie que des effets qui lui sont attribués.

La visée originale de ce projet de valider les thérapies psychodynamiques conjointes se justifiait tout à fait du point de vue éthique par les enjeux humains et financiers qu'elles représentent pour les familles et pour la société. Néanmoins nous avons pu voir que

les difficultés rencontrées avec une population clinique dans la mise en place d'un plan expérimental valide, dans la réévaluation des questionnements au fur et à mesure des aménagements nécessaires, dans la remise en question des hypothèses de départ, pouvaient être contre-productives et empêcher d'aboutir à un constat qui soit scientifiquement et humainement utile. Par ailleurs la pression à la publication, au renouvellement d'un financement peut nous amener, même en toute bonne foi, à justifier des raisonnements fallacieux. Comme la véracité est un objectif primordial, après-coup ils peuvent être vus comme des manipulations frauduleuses et miner la crédibilité de la recherche scientifique dans son ensemble. L'augmentation de la compétitivité dans la recherche scientifique mondiale, la pression grandissante qui s'exerce sur les chercheurs pour qu'ils atteignent des résultats publiables et pour qu'ils obtiennent des financements nécessaires à la poursuite de leur activité, rendent nécessaire l'établissement de procédures, peut-être sous la forme d'arbres de décisions, qui accompagnent les chercheurs soucieux d'éthique tout au long de leur démarche.

Bibliographie

- Beck A. T. & al., "An inventory for measuring depression", *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571, 1961.
- Cooper P. J., Murray L., Wilson A. & Romaniuk H., "Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression : 1. Impact on maternal mood", *The British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419, 2003.
- Cramer B. & al., "Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary re-

- port", *Infant Mental Health Journal*, 11, 278–300, 1990.
- Cramer B. & al., "Processus et changements dans les psychothérapies mère-bébé : foyer, alliance et interventions thérapeutiques", FNRS, subside n° 32–31323.91, Rapport final, 1994.
- Cramer B., "Que deviendront nos bébés?", Paris, Odile Jacob, 1999.
- Cramer B. & al., "Symptômes fonctionnels et comportementaux du bébé : devenir à la préadolescence", FNRS, subside n°32.40902.94/2, Rapport final, 2001.
- Elefant-Yanni V. Les représentations maternelles de la petite enfance à la préadolescence. Mémoire de Diplôme d'Etudes Supérieures en psychologie clinique, Bibliothèque de l'Université de Genève, 2001.
- Eysenck H. J., "The effects of psychotherapy: An evaluation", *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324, 1952.
- Murray L., "Childbirth as a life event: The Cambridge study of postnatal depression and infant development", In Cox J. & Paykel E. S. Ed^o: *Life events and postpartum psychiatric disorders*, 23–37, Southampton, England : Southampton University Press, 1989.
- Murray L., "The impact of postnatal depression on infant development", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(3), 543–561, 1992.
- Murray L., Fiori-Cowley A., Hooper R. & Cooper P.J., "The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome", *Child Development*, 67, 2512–2526, 1996A.
- Murray L., Hipwell A., Hooper R., Stein A. & Cooper P. J., "The cognitive development of five year old children of postnatally depressed mothers", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 927–935, 1996B.
- Murray L., "The long term impact of postpartum depression on child cognitive and socio-emotional development", Paper presented at the ISIS Symposium, Brighton, 2000.
- Murray L., Cooper P. J., Wilson A. & Romaniuk H., "Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression : 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome", *The British Journal of Psychiatry*, 182, 420–427, 2003.
- Shea M., Elkin I., Imber S. & al., "Course of depressive symptoms over follow-up: finding from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Programm", *Archives of General Psychiatry*, 49, 782–787, 1992.

Literaturhinweis:

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat Ende Jahr einen Praxisleitfaden zum Thema

Genetische Untersuchungen im medizinischen Alltag

publiziert. Das empfehlenswerte Büchlein bringt auf 60 Seiten wesentliche Informationen über die wachsende Bedeutung der Genetik in der Medizin. Es gibt einen Einblick in die Möglichkeiten der Diagnose von Erbkrankheiten, Darstellungen zur Familienplanung, über pränatales Screening und Pränataldiagnostik, über genetische Fingerrabdrücke und Vaterschaftstests oder zur Pharmakogenetik und zu den Entwicklungen hin zu einer personalisierten Medizin. Kurze und prägnante Kapitel diskutieren sorgfältig und leicht verständlich die speziellen Probleme von genetischen Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Kapitel ist der genetischen Beratung gewidmet und eines wirft einen Blick in die Zukunft der genetischen Diagnostik. Im Anhang ist das neue Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen im Volltext abgedruckt.

Besonders gut haben mir die neun Fotografien von Daniel Bauer gefallen. Es sind ganzseitige, schwarz-weiße Bilder von Details des Körpers einer Frau, die sich mit der eigenen Hand berührt. Diese Bilder sprechen eine respektvolle, zuwendende, ja zärtliche Sprache, die zum Text ihre eigene Melodie hinzufügt. Auf bildlichem Weg wird so die Frage nach den Implikationen der genetischen Untersuchungen für die Wahrnehmung des Körpers in den Raum gestellt.

Das Büchlein ist kostenlos beim Generalsekretariat der SAMW (mail@samw.ch) erhältlich.

Chr. Rehmann-Sutter

L'éthique de la recherche en psychologie

Bernard Baertschi, Université de Genève

1. Introduction

L'éthique de la recherche est une discipline assez neuve; en effet, c'est surtout depuis le XX^e siècle qu'on s'en préoccupe et, plus particulièrement, depuis la seconde Guerre mondiale. Il n'est pas difficile de comprendre pourquoi, les agissements des médecins nazis ayant fourni un motif pressant pour qu'on se soucie des règles dans lesquelles la recherche doit se faire. Ce souci a encore une seconde cause: les scandales qui ont éclaté aux États-Unis vers la même époque. Avant d'en dire quelques mots, il faut déjà souligner que c'est dans le domaine de la recherche *biomédicale* que ce souci éthique est né, les autres domaines de la recherche étant à l'époque restés largement en dehors de ce mouvement. Cela a eu pour effet que les normes dégagées pour la recherche biomédicale sont devenues paradigmatiques pour toute recherche sur l'être humain, y compris en sciences humaines. Dès lors, notre propos sera, après avoir mis ces normes en lumière, de voir comment elles ont été appliquées à la psychologie et si réellement, il est possible de les transposer ainsi.

2. Les deux principes cardinaux de la recherche

En 1947, le Tribunal Militaire Américain de Nuremberg condamne une vingtaine de médecins nazis; dans ses attendus figure un code – qui sera appelé *Code de Nuremberg* – comportant dix articles énonçant des règles pour une expérimentation respectueuse de la morale. Un peu plus tard, une série de scandales éclatent aux États-Unis, dont le plus frappant est sans doute celui de l'étude sur la syphilis à Tuskegee. À la suite de quoi des règles ont été édictées en 1978, dans un texte connu sous le nom de «Rapport Belmont». Parmi les principes énoncés par ces deux documents, deux se retrouvent identiques: le respect de l'autonomie du sujet de la recherche et la bienfaisance. Or, ce sont justement ces deux principes qui dominent toutes les discussions sur la recherche.

a) Le respect de l'autonomie

Respecter l'autonomie du sujet de la recherche, c'est s'assurer de son consentement libre et éclairé. Afin de comprendre ce que cela veut dire, nous n'avons donc pas besoin d'analyser le concept d'autonomie qui, dans l'histoire de la philosophie, a une connotation

kantienne évidente. Nous mentionnerons seulement que, lorsqu'il en est question en éthique contemporaine, on l'entend souvent en un sens plus «politique»; ainsi, pour Tom Beauchamp et James Childress: «L'individu autonome agit librement en accord avec le plan qu'il a choisi, tout comme un gouvernement indépendant contrôle son territoire et détermine sa politique». L'idée est que comme nous avons à mener une vie de notre choix que nous construisons peu à peu, nous devons disposer d'une sorte de souveraineté qui, comme le dit Loren Lomasky, «exige qu'il soit accordé à la personne une zone d'activité protégée dans laquelle elle soit libre de tout empiétement de la part des autres».

Qu'est-ce qu'un consentement libre et éclairé? C'est une décision qui, selon Beauchamp et Childress, répond à cinq conditions qu'ils rangent sous trois rubriques:

I. Élément de seuil:

1. Compétence

II. Éléments d'information:

2. Révélation des informations

3. Compréhension des informations

III. Éléments du consentement:

4. Caractère volontaire

5. Autorisation.

La compétence, c'est à peu près ce que les juristes nomment «capacité de discernement». La question des informations est cruciale pour s'assurer du caractère éclairé de la décision, ce qui implique qu'elles soient transmises en quantité et pertinence adéquates, et comprises. La quatrième condition se réfère à la liberté de la décision, c'est-à-dire qu'elle interdit l'utilisation de contrainte ou de manipulation, par exemple la tromperie – on y reviendra. Enfin, la cinquième est la décision qui, en cas de consentement, est une acceptation manifestée par une autorisation donnée par le sujet à l'expérimentateur.

b) La bienfaisance

Lors d'expérimentation, dit Jean-Marie Thévoz, on doit viser «la réalisation d'un bénéfice pour le sujet, c'est-à-dire que l'analyse risque/bénéfice ne soit pas défavorable au sujet». Dans cette formulation, il y a toute l'ambiguïté qui sépare la non malfaisance de la bienfaisance proprement dite. La recherche doit-elle être bénéfique pour le sujet ou peut-elle se limiter à ne pas lui nuire? Par ailleurs, n'est-il pas dénué de signification de parler de bienfait à l'occasion de recherche et d'expérimentation? En effet, si on cherche et qu'on expérimente, c'est qu'on ne sait pas si ce qu'on teste est bon ou mauvais; tout au plus peut-on

espérer que ce sera bon non pour le sujet individuel, mais pour le groupe pertinent dont il fait partie – un traitement expérimental du cancer bénéficiera peut-être aux cancéreux futurs, mais non aux sujets de la recherche, sauf par accident. Comme l'a relevé Anne Fagot-Largeault, on est ici en présence d'un conflit entre trois éthiques: l'éthique personnaliste, centrée sur le bien de l'individu, l'éthique communautaire, centrée sur le bien de la société et l'éthique de la connaissance, centrée sur la valeur de l'acquisition de données scientifiques.

Toute recherche relevant de l'éthique communautaire et de l'éthique de la connaissance, y a-t-il tension, voire opposition, entre le principe de bienfaisance et la recherche? Ce peut être le cas, mais pas nécessairement; en effet, on peut l'éviter à deux conditions:

- 1/ Interpréter la bienfaisance comme une non malfaisance. Il suffit alors que la recherche ne soit pas nocive pour le sujet.
- 2/ Respecter l'autonomie du sujet. Le patient doit être renseigné sur l'absence de bénéfice personnel de la recherche et libre de n'y pas participer et de s'en retirer à tout moment.

Voilà à grands traits quels sont les principes et les valeurs que, dans un contexte libéral comme le nôtre, l'éthique de la recherche met en avant. Comment cela s'exprime-t-il plus précisément en psychologie?

3. La spécificité de la psychologie

Les psychologues, à l'instar d'autres professionnels, encadrent actuellement leur activité au niveau de l'éthique par des codes de déontologie. On y voit rappelé, lorsqu'il est question de recherche, l'exigence du consentement libre et éclairé. Par exemple, on lit dans le Code de déontologie des psychologues français, à l'article 9:

«Avant toute intervention, le psychologue s'assure du consentement de ceux qui le consultent ou participent à une évaluation, une recherche ou une expertises».

Toutefois, on ne saurait en rester là, car la recherche psychologique a une particularité, à savoir qu'il lui est difficile de respecter l'exigence du consentement éclairé vu la nécessité de la tromperie pour mener à bien certaines recherches. Il y a donc un problème particulier concernant la révélation des informations (point II. 2).

a) L'exigence de la tromperie

On connaît l'expérience menée par Stanley Milgram après la guerre et il n'est pas besoin d'y réfléchir longuement pour se rendre compte que, si les sujets de la

recherche avaient été informés de manière à pouvoir donner un consentement libre et éclairé, la recherche envisagée n'aurait pu donner aucun résultat utilisable. Pour arriver au but, il a fallu user de *tromperie*, à savoir de coercition selon les termes du Code de Nuremberg. Certains optimistes penseront sans doute que les expériences à la Milgram sont une exception, mais ils ont tort: la tromperie est un ingrédient indispensable de bien des expériences, même banales – 58% des expériences y recourent ce qui était déjà le cas vers 1960. Or, tromper quelqu'un, c'est lui faire croire quelque chose qui n'est pas vrai, et aucune personne autonome ne peut vouloir être mise dans une telle situation.

Sauf du moins *si elle en a été avertie à l'avance*. Dès que l'on y fait attention, on se rend compte que la tromperie peut elle aussi être soumise à l'exigence du consentement éclairé, si le sujet est averti à l'avance soit qu'on ne lui dira pas tout, soit qu'il sera trompé – mais il ne sait pas en quoi. C'est là ce que David Wendler et Franklin Miller ont appelé le principe de la tromperie autorisée [*authorized deception*]. L'analogie avec les études en double aveugle dans le domaine médical, même avec usage de placebo, est ici frappante, et chaque fois, le sujet est averti simplement de la nature de la recherche sans que cela nuise au résultat.

Mais tromper quelqu'un, n'est-ce pas agir moralement mal et ne doit-on pas toujours l'éviter? Ce serait le cas si la tromperie était un mal absolu et définitif; mais il existe très peu de ces maux-là. Souvent, au contraire, on est face à des biens et à des maux *prima facie*, c'est-à-dire à des biens et à des maux qui doivent être mis sur les plateaux d'une balance afin de voir ce qui l'emporte. Ainsi, la tromperie peut être un moindre mal, en fonction des bienfaits prévisibles. Mais quels bienfaits compensant une tromperie la recherche en psychologie peut-elle nous faire espérer?

b) L'introuvable bienfaisance

Le paradigme de l'exigence de bienfaisance, on l'a vu, se rencontre dans la relation thérapeutique: le thérapeute doit vouloir le bien de son patient. Dans la recherche, elle se modifie en se déplaçant au niveau du groupe ou de l'avancée des connaissances, seule la non malfaisance restant exigée par rapport au sujet de la recherche. En psychologie, il n'en va pas autrement. Certes, mais jusqu'où cela permet-il d'aller? Car on se méfie à juste titre du sacrifice de l'individu à des buts collectifs. Mentir pour une bonne cause, c'est encore mentir, c'est-à-dire gêner un consentement véritablement libre et éclairé. Et dans l'expérience de Milgram, cela va même plus loin, puisque les sujets ont subi un mal psychique – ils ont appris qu'ils pou-

vaient être des tortionnaires – susceptible de leur faire perdre confiance en eux-mêmes. Effectivement, mais quand on y regarde de plus près, on en vient à douter qu’il s’agisse d’un mal réel et tout bien considéré. En effet, d’abord Milgram a rapidement dit la vérité sur l’expérience, mais surtout, la tromperie a permis aux sujets d’acquérir une connaissance sur eux-mêmes certes douloureuse, mais bénéfique en termes de lucidité. Par ailleurs, la manière dont un tort a été fait aux sujets est à considérer de plus près, et alors il s’avère effectivement que si tromperie il y a eu, c’est seulement sur le dispositif expérimental et non sur les décisions que les sujets avaient à prendre. Ainsi que le relèvent Charles Pidgen et Grant Gillet:

«Bien que nous ayons dit que Milgram avait *infligé* une souffrance aux sujets, ce n’est pas tout à fait correct. Il leur a *causé* une douleur psychique, mais *contrairement* aux sujets eux-mêmes, il ne l’a pas fait directement. Il a plutôt créé une situation dans laquelle s’ils *agissaient d’une certaine manière*, ils seraient la cause de leur *propre* souffrance. Mais ils pouvaient rapidement y mettre fin en refusant de coopérer».

Autrement dit, ce qui apparaît d’abord comme un acte malfaisant se révèle en définitive comme bienfaisant, et ce n’est sans doute pas un hasard que beaucoup des sujets de l’expérience se sont, en fin de compte, déclarés satisfaits d’y avoir participé. Par là, leur *autonomie* s’en est trouvée renforcée – somme toute, avant l’expérience, ils *se trompaient* sur eux-mêmes.

Cela montre que la tromperie peut être *moralement* justifiée dans la mesure où elle est une occasion pour le sujet de devenir plus autonome en possédant une meilleure connaissance de lui-même – il y a donc bienfait personnel, bien que non consenti, et donc, il

est vrai, risque de paternalisme: peut-on obliger, dans une démarche scientifique de découverte de la vérité, les sujets de l’expérience à devenir vertueux? Sans vouloir trancher cette question, elle indique qu’il est possible *ex post* de dépasser les justifications conséquentialistes et utilitaristes de la tromperie qui font trop bon marché de l’autonomie du sujet de la recherche, et à quoi se limitent souvent les codes de déontologie.

4. Conclusion

Concluons. Dans la recherche en psychologie aussi l’autonomie doit et peut occuper une place cardinale; il y a là une exigence normative, largement indépendante du fait de savoir si les sujets de recherche se sentent lésés ou non par la tromperie. Mais il faut bien comprendre que l’autonomie peut ne pas toujours être directement préservée; parfois, elle le sera de manière «□aveugle□», le sujet sachant seulement qu’il sera trompé. Cela reste acceptable s’il en sait toutefois suffisamment pour décider en connaissance de cause. Parfois, cela pourra encore être l’occasion d’un bienfait supplémentaire: une meilleure connaissance de soi, c’est-à-dire un gain de lucidité, ingrédient essentiel de la véritable autonomie. Bref, la tromperie n’est pas forcément en contradiction avec l’exigence du consentement libre et éclairé.

Cela indique que si les critères exigés dans la recherche biomédicale ne peuvent s’appliquer tout à fait de la même manière dans la recherche en psychologie, il ne faut non plus pas exagérer les différences: l’autonomie reste chaque fois une valeur centrale, architectonique même, bien qu’elle soit honorée de diverses manières en fonction des divers domaines de l’activité humaine.

Was ist "Recht" mit Bezug auf psychologische Forschung?

Verena Schwander, Bundesamt für Gesundheit, Bern

1. Problem

Wer den Ausdruck "Forschung am Menschen" hört, denkt meist zuerst an die Medizin: an klinische Versuche, mit denen neue Therapieverfahren, vor allem Medikamente, auf ihre Sicherheit und Wirksamkeit überprüft werden. Forschung am Menschen wird aber auch in anderen Humanwissenschaften durchgeführt, namentlich in der Psychologie. Als Wissenschaft beschäftigt sich die Psychologie mit dem menschlichen Erleben, Denken und Verhalten. Gegenstand ihrer empirischen Forschung ist dementsprechend: der Mensch. Dabei stellt die Versuchsperson das Mittel dar, um zu psychologischen Erkenntnissen zu kommen. Die Versuchsperson ist im Prinzip nicht mehr als denkendes und fühlendes Subjekt von Interesse, sondern als Objekt des Erkenntnisgewinns - auch wenn es um die Erforschung ihres Denkens und Fühlens geht.

Lässt eine Versuchsanordnung Belastungen, Risiken oder gar Schädigungen erwarten, nimmt die Versuchsperson diese nicht im eigenen Interesse auf sich, sondern in einem wissenschaftlichen, d.h. in einem fremden Interesse. Manchmal ist sie auch nicht oder nicht vollständig darüber informiert, worauf sie sich genau einlässt. Damit berührt die Forschung am Menschen den Persönlichkeitsschutz: sie kann insbesondere die physische oder psychische Integrität der Versuchsperson verletzen.

Nach der Rechtsprechung des Schweizerischen Bundesgerichts schützt das Recht auf physische Integrität vor jedem Eingriff in den menschlichen Körper, selbst wenn er weder schmerzhaft ist noch die Gesundheit gefährdet oder schädigt. Aus der physischen Integrität folgt auch der Anspruch, in einen medizinischen Eingriff einwilligen zu können und hinreichend darüber aufgeklärt zu werden. Das Bundesgericht hielt ebenfalls fest, dass das Recht auf psychische Integrität die dem Menschen eigene Fähigkeit schützt, eine gegebene Situation selbst zu beurteilen und diesem Urteil entsprechend zu handeln. Nicht jeder Eingriff in diese Fähigkeit stellt jedoch eine Verletzung der psychischen Integrität dar. Ein Eingriff muss eine gewisse Intensität aufweisen. Die psychische Integrität ist aber sicher nicht erst dann verletzt, wenn ein

Eingriff eine psychische Störung bewirken könnte. Wie ein Eingriff in die physische Integrität lässt sich ein solcher in die psychische Integrität grundsätzlich nur rechtfertigen, wenn eine freie Einwilligung nach hinreichender Aufklärung vorliegt.

Dass die medizinische Forschung am Menschen vor allem die physische Integrität der Versuchspersonen beeinträchtigen kann, braucht kaum näher ausgeführt zu werden. Dass auch die psychologische Forschung am Menschen in die Persönlichkeitsrechte, insbesondere in die psychische Integrität, eingreifen kann, ist demgegenüber oft weniger offensichtlich. Aus der Sicht des Persönlichkeitsschutzes können zum Beispiel problematisch sein:

- *Der Versuch enthält Belastungen und Risiken für die Versuchsperson:*

Dies trifft dann zu, wenn ein Versuch eine mehr als minimale Belastung und/oder ein mehr als minimales Risiko für die (psychische) Gesundheit der Versuchsperson beinhaltet. Ein Beispiel dafür aus der Klinischen Psychologie wäre ein Forschungsprojekt, in dessen Rahmen die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Methode im Vergleich zu einer anderen bei psychisch kranken oder gestörten Personen überprüft wird. Hier können ebenfalls gewisse klassische sozialpsychologische Experimente genannt werden, wie das Gehorsamsexperiment von Milgram oder das Stanford-Gefängnisexperiment (Zimbardo). Bei beiden Experimenten lässt die Versuchsanlage erwarten, dass bei den Versuchspersonen starke psychische Reaktionen wie Stress, Spannung, Selbstzweifel etc. hervorgerufen werden können.

- *Die Versuchsperson wird vor der Durchführung des Versuchs nicht umfassend, d.h. über alle wichtigen Aspekte des Versuchs, informiert (Nicht-Information) oder sie erhält falsche Informationen (Falsch-Information):*

Der Übergang zwischen Falschinformation und Nicht-Information ist fließend. Das moralische Problem hier liegt darin, dass das Vertrauen der Versuchspersonen enttäuscht oder missbraucht wird. Vor allem in der Sozialpsychologie gibt es eine lange Tradition täuschender Versuche. Schätzungen gehen von ca. 50 % aller Studien aus.

- *Die Versuchsperson nimmt ohne ihr Wissen an einem Versuch teil:*

Hier fehlt die Einwilligung der Versuchsperson in einen Versuch. Diese Fallgruppe kommt vor allem bei Feldversuchen (z.B. verdeckte Beobachtung) vor. Kürzlich wurde in den Medien eine Studie vorgestellt, mit der für die Schweiz aufge-

zeigt werden konnte, dass jugendliche "Secundos" bei der Stellensuche stark diskriminiert werden. Bei dieser Studie wurde mit fiktiven Bewerbungen auf reale Stellenangebote in der Presse geantwortet. Die Arbeitgeber, die auf diese Bewerbungen reagierten, wussten nicht, dass sie an einer Studie teilnehmen.

Diese Aufzählung bedeutet nicht, dass Forschungsdesigns, die den Persönlichkeitsschutz tangieren, unzulässig wären. Es stellt sich aber die Frage, unter welchen Voraussetzungen sie zulässig sind und ob es eine absolute Grenze gibt, jenseits der Unzulässigkeit beginnt. Genau dies gilt es im Folgenden auszuloten.

2. ... aus rechtlicher Perspektive

Was bedeutet dies nun aus rechtlicher Perspektive? Genauer: Gibt es überhaupt eine rechtliche Perspektive auf das Problem? Oder handelt es sich lediglich um ein ethisches Problem (so dass ethische Richtlinien genügen würden, wie sie durch die Schweiz. Gesellschaft für Psychologie unter anderem für die Durchführung von Forschungsprojekten erarbeitet wurden ["Ethische Richtlinien für Psychologinnen und Psychologen" vom 14. Oktober 2003])? Oder sollte im Gegenteil die psychologische Forschung am Menschen einer spezifischen rechtlichen Regelung zugeführt werden? Konkret könnte dies zum Beispiel heissen, dass die psychologische Forschung am Menschen ins entstehende Bundesgesetz über die Forschung am Menschen einbezogen wird, dessen Kern die medizinische Forschung ist.

Für die psychologische Forschung besteht bisher, zumindest auf Bundesebene, keine spezifische Regelung. Forschung in der Psychologie bewegt sich aber, wie andere Tätigkeiten auch, nicht ausserhalb, sondern innerhalb der Rechtsordnung. Dies bedeutet, dass sich Forschende der Psychologie, wie alle anderen auch, an die allgemeinen Regeln, zum Beispiel des Strafrechts, halten müssen. Das Bedürfnis nach einer spezifischen Regelung für eine bestimmte Tätigkeit besteht nur unter bestimmten Umständen, zum Beispiel wenn ungleiche Machtverhältnisse bestehen (z.B. Arbeitgeber/Arbeitnehmer). Forschung am Menschen findet in einem asymmetrischen Verhältnis zwischen Versuchsperson (Vertrauen in die Forschung) und Forscher oder Forscherin (Wissensvorsprung) statt.

Dass mit Bezug auf die medizinische Forschung wegen ihres Gefährdungs- und Schädigungspotentials ein rechtlicher Handlungsbedarf besteht, ist heute unbestritten. Es bestehen denn auch für die medizinische Forschung am Menschen auf internationaler und nationaler Ebene bereits vielfältige rechtliche Rege-

lungen. Für die psychologische Forschung stellt sich die Frage, ob die mögliche Beeinträchtigung des Persönlichkeitsschutzes der Versuchsperson als so gravierend erscheint, dass sich eine Regelung dieser Forschung im Gesetzesentwurf über die Forschung am Menschen aufdrängt. Letztlich ist dies ein politischer Entscheid.

Rechtliche Regelung einer Tätigkeit bedeutet, dass diese nicht mehr frei ausgeübt werden kann. Würde die psychologische Forschung am Menschen rechtlich geregelt, dürfte sie nur noch ausgeübt werden, wenn die gesetzlich festgeschriebenen Voraussetzungen dafür eingehalten werden (z.B. hinsichtlich Einwilligung und Aufklärung der Versuchsperson). Dies wäre sozusagen der Preis für die Rechtssicherheit, d.h. das Vertrauen in die psychologische Forschung, das für alle Beteiligten (Forschende, Versuchsperson und Gesellschaft) entsteht. Eine andere Frage ist dann, wie eine sinnvolle Regelung geschaffen wird, die die Versuchsperson optimal schützt und zugleich die Forschung möglichst wenig einschränkt.

Rechtliche Regelungen zur Forschung am Menschen gibt es bereits für bestimmte Bereiche der medizinischen Forschung, vor allem für klinische Versuche mit Heilmitteln. Die wichtigsten Regeln sind:

- Ein klinischer Versuch darf nur durchgeführt werden, wenn die Versuchsperson vorgängig nach umfassender Aufklärung ihre freie Einwilligung gegeben hat. Freie Einwilligung bedeutet insbesondere, dass sie keinesfalls aufgrund von Zwang oder Täuschung zustande kommen darf.
- Zwischen dem Nutzen eines klinischen Versuchs und dessen Risiken muss ein ausgewogenes Verhältnis bestehen. Da klinische Versuche für kranke Versuchspersonen oft einen direkten Nutzen für deren Gesundheit erwarten lassen, dürfen auch entsprechend grössere Risiken eingegangen werden.
- Der klinische Versuch muss vor seiner Durchführung durch die zuständige Ethikkommission genehmigt werden.

Schon diese kurze Aufzählung zeigt, dass die in der Medizin entwickelten Standards nicht ohne weiteres auf die Psychologie übertragen werden können. Ein wesentlicher Unterschied zur Psychologie (mit Ausnahme von Teilen der klinischen Psychologie) besteht darin, dass klinische Versuche zum Beispiel mit Heilmitteln meist an kranken Versuchspersonen stattfinden. Die psychologische Forschung dürfte vor allem mit den Anforderungen an eine genügende Einwilligung Probleme bekommen. Es sind daher eigene Regeln für die Psychologie zu entwickeln. Dabei sind die Standards der Medizin durchaus eine wertvolle

Leitlinie; es gilt aber auch die spezifische Forschungssituation in der Psychologie zu berücksichtigen.

3. Thesen zur Regelung der psychologischen Forschung

Psychologische Forschung mit kranken oder gestörten Versuchspersonen hat sich nach den Standards der medizinischen Forschung zu richten:

Dies gilt vor allem für Forschungsprojekte der klinischen Psychologie, in die kranke oder gestörte Versuchspersonen einbezogen werden (z.B. Vergleichsstudien psychotherapeutischer Methoden). Ob ein kranker oder gestörter Mensch in einem medizinischen oder psychologischen Rahmen behandelt wird, ist aus Sicht des Persönlichkeitsschutzes ohne Belang. Ein Versuch muss sich somit in beiden Bereichen nach denselben Regeln richten. Dies bedeutet insbesondere, dass eine freie, vorgängige Einwilligung der Versuchsperson nach umfassender Aufklärung vorliegen muss.

Ist das Risiko oder die Belastung grösser als minimal, ist eine vorgängige Einwilligung der Versuchsperson nach vollständiger Aufklärung einzuholen:

Ist das Risiko oder eine Belastung für die Versuchsperson mehr als minimal, ist die Schwelle einer Verletzung der psychischen Integrität überschritten. In diesem Fall ist ein Eingriff in die psychische Integrität nur zulässig, wenn eine Einwilligung nach vollständiger Aufklärung vorliegt. Die Versuchsperson soll nur Risiken oder Belastungen auf sich nehmen, die sie kennt. Das Milgram-Experiment wäre somit aus dieser Sicht problematisch.

Nach welchen Kriterien soll ein minimales Risiko gemessen werden? Der Begriff des minimalen Risikos ist im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit nicht einfach zu bestimmen. Auszugehen ist sicher von einer durchschnittlichen Reaktionsweise; es ist also eine objektive Beurteilung vorzunehmen. Dabei kann nie ausgeschlossen werden, dass einzelne Personen viel stärker als der Durchschnitt reagieren.

Unter der Voraussetzung eines höchstens minimalen Risikos und einer höchstens minimalen Belastung:

Ein Versuch mit mangelnder Aufklärung ist nur zulässig, falls die Falschinformation oder die Nicht-Information aus methodischen Gründen zwingend ist. Die Falschinformation oder die Nicht-Information darf nicht weiter geben, als aus methodischen Gründen notwendig ist. Im Anschluss an einen solchen Versuch muss vollständig aufgeklärt werden:

Aus Sicht des Persönlichkeitsschutzes ist es selbstverständlich, dass eine - aufgrund unvollständiger Aufklärung - mangelhafte Einwilligung in ein Forschungsprojekt nur zulässig sein kann, wenn sie unbedingt notwendig ist und wenn sie nicht weiter als notwendig geht (Prinzip der Verhältnismässigkeit).

Auch im Fall der Falschinformation oder Nicht-Information sollte wenigstens eine Grundaufklärung vorgenommen werden. Der Versuchsperson wird zum Beispiel mitgeteilt, dass sie vor Durchführung des Forschungsprojekts nicht über alle Aspekte offen informiert werden kann, dass dies aber nachher nachgeholt werden soll. So willigt die Versuchsperson im Wissen ein, dass sie nicht alles weiss, d.h. dass sie sich mit ihrer Teilnahme auf eine gewisse Unsicherheit einlässt.

Ein Versuch ohne Wissen der Versuchsperson ist nur zulässig, falls das Nicht-Einholen der Einwilligung aus methodischen Gründen zwingend ist und sich der Versuch im Rahmen des Verkehrsüblichen bewegt:

Was "verkehrsüblich" ist, lässt sich nur mit Bezug auf den einzelnen Versuch bestimmen. Voraussetzungen dafür könnten sein, dass kein Eingriff ins Privatleben vorliegt und die Daten wenn möglich anonym erhoben oder dann wenigstens rasch möglichst anonymisiert werden. (Diese beiden Voraussetzungen wurden bei der vorne genannten Studie über die Chancen von "Secondos" auf dem Stellenmarkt erfüllt, die insofern als vertretbar erscheint.)

Protokoll der Generalversammlung der SGBE/SSEB am 14.12.2004 in Genf

1. Wort des Präsidenten

Der Präsident Roberto Malacrida begrüsst die Anwesenden und bedankt sich insbesondere bei Bara Ricou für die ausgezeichnete Organisation der Generalversammlung mitsamt dem anschliessenden Kolloquium im HUG.

2. Aktivitäten der SGBE/SSEB im Jahr 2004

Markus Zimmermann-Acklin stellt die Aktivitäten der SGBE/SSEB im Jahr 2004 vor:

- ▶ **Vorstandssitzungen mit öffentlichen Podiumsdiskussionen:** 27.1.2004 in Bern: „ZGB-Revision“; 7.4.2004 in Bern: „Protection et droits des enfants“; 17.6.2004 in Bern: „Beihilfe zum Suizid – eine ärztliche Tätigkeit? / L'aide au suicide – une activité médicale?“; 6.9.2004 in Bern: „Die Würde im Umgang mit Menschen in der letzten Lebensphase oder im Wachkoma am Beispiel der Ernährung / La dignité en cas d'alimentation en phase terminale ou de coma irréversible“.
- ▶ **Weitere Veranstaltungen:** 25./26.6.2004 in Basel, Pharmazentrum: Kongress „Ethik und psychologische Forschung / Ethique et recherche en psychologie“, organisiert von der Uni Basel und dem FSP, Trägerschaft: SGP, SGBE-SSEB, BAG; Conférence „Ethical considerations for anesthesiologists“, 6.11.2004 à Fribourg, Congrès de la Société suisse d'anesthésie et réanimation (SGAR – SSAR).
- ▶ **Schriftenreihe folia bioethica:** *folia bioethica* 28: Virna Signorelli, Le consentement de l'enfant aux études de phase I en oncologie pédiatrique; *folia bioethica* 29: Andreas Brenner, Leib-Körper und Bau-Körper. Anthropologisch-architektonische Überlegungen im Herzog & de Meuron-Bau des REHAB Basel; *folia bioethica* 30: Rouven Porz, „Das Absurde erleben“. Grenzsituationen, Sinnfragen und Albert Camus' Absurdität im Bereich der Genodiagnostik.
- ▶ **Bulletin/Newsletter Bioethica Forum:** BF 39 (Dez. 2003): „Das Ende der freien Krebsforschung?“; BF 40 (März 2004): „Intensivmedizinische Entscheidungen am Lebensende“; BF 41 (Juni 2004): „ZGB-Revision“; BF 42 (September 2004): „Protection et droits des enfants“; BF 43 (Dez. 2004): „Beihilfe zum Suizid“.
- ▶ **Homepage:** www.bioethics.ch: Die bestehende Site wurde nachgeführt, Termine/Ankündigungen/Korrekturen/Publikationen etc. nachgetragen.
- ▶ **Präsentation der SGBE/SSEB:** Faltprospekt „Präsentation“ im neuen Layout und aktualisiert erschienen; neues Logo der SGBE/SSEB; entsprechend angepasstes Briefpapier und Couverts.
- ▶ **Arbeitsgruppe „Grundlagen der biomedizinischen Ethik“:** 9. Treffen am 8.1.2004 im Ethikzentrum Zürich: „Krankheit und Kultur – Erörtert an Körperbildern“; 10. Treffen am 12.10.2004 im Ethikzentrum Zürich: „Autonomie“.

3. Wahl neuer Vorstandsmitglieder

Einstimmig und ohne Enthaltungen werden neu in den Vorstand gewählt: Frank Haldemann (Lausanne), Samia Hurst (Genf), Rouven Porz (Basel) und Lucia Rabia (Bern). Sie stellen sich kurz vor.

4. Jahresrechnung 2003

Hermann Amstad präsentiert die Jahresrechnung von 2003. Die SGBE/SSEB steht finanziell momentan gut da. Der Grund liegt vor allem darin, dass die Gesellschaft zur Zeit keine Sekretariatsstelle zu finanzieren hat. Roberto Malacrida dankt Mark Mäder vom REHAB Basel für die gegenwärtige Finanzierung des Sekretariats.

5. Varia

Keine Bemerkungen

Für das Protokoll:
Marina Biaggini
Basel, am 4. Januar 2005

Das vollständige Protokoll der Generalversammlung ist auf der SGBE-Website (www.bioethics.ch) abrufbar.

Tagung

Unter dem Motto „Homo homini lupus – Philosophie und Theologie“ finden am 20./21. Mai 2005 die **3. Bieler Philosophietage** statt. Im Zentrum der Vorträge und Diskussionen stehen Fragen der menschlichen Umgangsformen: Wie stark darf ein Mensch auf andere Menschen einwirken, sie prägen oder Abhängigkeiten ausnutzen? Welche Rolle spielt dabei die Persönlichkeit des Gegenübers? Welche moralischen Grenzen sind zu ziehen? Die Bieler Philosophietage möchten Philosophie greifbar und einem breiteren Publikum zugänglich zu machen. Namhafte Referentinnen und Referenten sowie die Aufführung des Stücks „das mass der dinge“ durch das Theater Biel Solothurn sollen Impulse für die anschließenden Diskussionsrunden und Cafés philosophiques geben. Alle Teilnehmer/innen werden immer wieder die Möglichkeit erhalten, sich einzumischen und den Verlauf der Auseinandersetzungen mitzugestalten.

Quelle part de naïveté réclame toute relation humaine? Jusqu'à quel point un être humain peut-il légitimement tenter d'en influencer un autre, de le façonner ou de profiter de son état de sujétion – en fait, de le modeler selon son désir? Et quels interdits moraux est-on en droit de poser dans le domaine des relations humaines? Ce sont-là les questions centrales autour desquelles gravitent les Troisièmes Journées Philosophiques de Bienne dont le thème est «l'homme est un loup pour l'homme».

Freitag / vendredi 20 Mai 2005, Stadtkirche Biel / Temple allemand Bienne

20h00 Kulturelles Rahmenprogramm / Animation culturelle
Conférences: Albert Jacquard (Paris), Simone Zurbuchen (Fribourg)
Suivies d'une discussion avec le public / anschließend Publikumsgespräch

Samstag / samedi 21 Mai 2005, Stadtheater Biel / Théâtre municipal

10h00: Referate von Marit Rullmann (Gelsenkirchen), Eberhard Jüngel (Tübingen)
14h00 Conférence avec Wolfgang Wackernagel (Genève)
14h45 „das mass der dinge“ / „la forme des choses“ von/de Neil LaBute
20h00 Restaurants St. Gervais, Les Caves & Union, Biel
kulinarisch-philosophische Cafés philo mit Publikumsbeteiligung / cafés philo gastronomico-philosophiques avec participation du public
1. Denis Müller (Lausanne) et Wolfgang Wackernagel (français)
2. Ulrich Knellwolf (Zollikon) und Marit Rullmann (deutsch)
3. Simone Zurbuchen und Eberhard Jüngel (deutsch)

Weitere Informationen und Anmeldung:
Atelier Pantaris, Bözingenstr. 5, 2502 Biel
www.philosophietage.ch, www.journee-philos.ch

Impressum

Bioethica Forum wird herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik SGBE-SSEB

Redaktionskommission: Markus Zimmermann-Acklin (verantwortlich), Hermann Amstad

Bioethica Forum No. 45 erscheint im Juni 2005; Redaktionsschluss: 10. Mai 2005.

Sekretariat SGBE/SSEB, REHAB Basel, Postfach, 4025 Basel
Tel. ++41 (0)61 325 00 53 / 325 01 10, Fax ++41 (0)61 325 01 21
E-Mail : sseb@bioethics.ch
www.bioethics.ch