

het gebruik van erotische of pornografische lectuur of het aanwenden van de vibrator? Het advies of de toepassing hiervan, zonder de weerslag met de cliënt te bespreken, lijkt ons niet verantwoord.

Meerdere behandelingsprogramma's houden voor vrouwelijke patiënten een radikale omschakeling in van hun vrouwelijke rol. In de nieuwe sekstherapieën leert de vrouw initiatieven nemen, voor zichzelf opkomen, eigen wensen aan haar partner meedelen. Houdt men er rekening mee dat dit ook voor de man een rolwijziging inhoudt? Ook al werkt men maar met één partner (bv pre-orgastische vrouwengroep) dan heeft dit gevolgen voor de andere. Biedt men voldoende kans om de partner erbij te betrekken?

De sekstherapeut wordt eveneens rechtstreeks gekonfronteerd met de gevolgen van de loskoppeling van seks en voortplanting. Welke houding aannemen tegenover contraceptieve maatregelen? Wat doen met echtparen die wegens seksuele dysfunctie infertiel zijn en die vragen om een kind en niet direkt om verandering in hun seksleven?

We laten hier bewust enkele meer sensationele aspecten van bepaalde behandelingsmethoden terzijde (bv het gebruik van surrogaatpartners of het lichamelijk contact tussen patiënt en therapeut) omdat we ons hiervan duidelijk distantiëren. Er zijn verder nog talrijke vragen te formuleren rond dit thema, maar we beogen geenszins volledigheid. Dit is slechts een keuze uit de ethische problemen waarmee ieder die hulp verleent bij seksuele moeilijkheden wordt gekonfronteerd.

Alfons VANSTEENWEGEN, Ethiek van sekstherapie: enkele bedenkingen. (1)

Het domein dat we hier betreden is erg uitgestrekt. We zouden enkele bedenkingen willen formuleren rond drie grote punten. Eerst rond de vraag van de cliënt, met reflexies over de niveaukeuze en de ethiek van de diagnostiek. Dan rond de behandelingsmethode, waar we het zullen hebben over de effectiviteit van de methode en de andere ethische implicaties die deze methodes insluiten (rond de persoonlijke relatie, machtsgebruik, betalen, techniek, verschuivingen van het middel tot doel, deontologie). Tenslotte zeggen we iets over waarden van cliënten en therapeuten.

1. Over de vraag van de cliënt binnen sekstherapie moet men ethische bedenkingen maken.

1.1. Wat is het niveau waarop de vraag van de cliënt wordt gesteld? Met niveau bedoelen we hier het volgende: is het een vraag om somatische verandering? Is het een vraag om verandering in het functionele? Is het een vraag om verandering in de omgangsvormen met de partner? Is het een vraag op het vlak van de beleving, een vraag naar tevredenheid? Of is het een vraag naar een zinvol leven? Elke therapeut zal hierop antwoorden dat het een beetje van dit alles tegelijk is, dat elke vraag op al deze niveau's min of meer gesteld worden. En dat is ook zo. De therapeut die slechts op één vlak luistert, is gehandikapt. Van de therapeut wordt verder verwacht dat hij de vraag van de cliënt kan plaatsen op het door de cliënt gevraagde niveau. Om dit niveau te kunnen bepalen zou de therapeut in een exploratief gesprek alle niveau's kunnen uittesten, per niveau een score maken van nul tot tien en zo het interventievlak bepalen waar de vraag van de cliënt uiteindelijk ligt. Maar hiertoe is ethisch vereist dat de therapeut zich openstelt voor vragen op al deze vlakken.

(1) Gebaseerd op een voordracht 'L'éthique d'une technique psychothérapeutique behavioriste', XI^e Internationaal Kongres Voor Psychotherapie, 30 augustus 1979, Amsterdam

1.2. Hier sluit de ethiek van de diagnostiek bij aan. Een grondige analyse van het probleem is slecht mogelijk binnen een bepaalde konseptualisatie. Maar elke konseptualisatie brengt ook beperkingen mee! Er zijn simplistische modellen waarin elk probleem, bijvoorbeeld, wordt gezien als een kwestie van vrees, of als genetisch bepaald, enz. Welke konseptualisatie is voor dit probleem meest geschikt: dat is de vraag. Hierbij kan men ook vragen stellen over de diagnostische instrumenten die de hulpverlener gebruikt. Gaat het hier om valide en betrouwbare werktuigen of is de validiteit of betrouwbaarheid niet gekend? Hoe kan men, bijvoorbeeld, wanneer de betrouwbaarheid van het instrument niet bekend is, weten of de veranderingen die bij de afname optreden te wijten zijn aan onbetrouwbaarheid of te danken aan veranderingen in de cliënt (bv. Szondi-test).

2. Laten we nu overstappen naar de behandelingsmethoden.

2.1. Een eerste vraag die men hier moet stellen is die van de efficiëntie van de methode. Is die wetenschappelijk vastgesteld? Zijn de basishypothesen van de methode in principeel weerlegbare hypothesen geformuleerd (Lacanisme bv.)? Is de efficiëntie getoetst op een ernstige wijze? Zijn er ondertussen meer efficiënte methoden verschenen? Is de therapeut voldoende opgeleid in deze methode? Kent hij grenzen van de methode? Het is steeds een belangrijke bijdrage aan het therapeutisch arsenaal wanneer men aantoonst dat een bepaalde methode voor dit probleem niet werkt! Zoals men weet zijn de meeste van deze vragen bij de huidige stand van het empirisch onderzoek slechts bij benadering te beantwoorden!

2.2. Maar kan men naast de beoordeling van de efficiëntie van de methode ook nog iets zeggen van de methode op zich? Hierbij zes bedenkingen.

2.2.1. Een eerste bemerking is dat in het overgrote deel van de sekstherapieën de techniek niet los te denken is van de therapeutische relatie. Het essentiële van een psychotherapeutische aanpak ligt in de relatie die cliënt en therapeut met elkaar opzetten. We weten dit in principe reeds van Freud en Rogers, maar het werd ons ook meegegeeld door de belangrijke empirische onderzoekers van Strupp, Sloane en zovele anderen. Men kan dus psychoanalyse of gedragstherapie niet zien als technieken-op-zich, los van de relatie therapeut-client! Het soort relatie dat de therapeut opzet en de wijze waarop hij daarin zijn 'techniek' aanwendt, zullen wel iets zeggen over de mensopvatting van die therapeut.

2.2.2. Maar bevat de techniek-op-zich ook geen ethische waarden?

Een moeilijke vraag! Laten we bij wijze van voorbeeld eens naar het machts(mis)gebruik kijken binnen diverse therapeutische richtingen. De direktieve of gedragstherapeut gebruikt duidelijk macht. Hij geeft opdrachten, stelt eisen, enz. En de cliënt volgt, min of meer blindelings. Soms gaat het zover dat de instructie luidt: 'Doe dit maar en je zult zien dat het helpt'. Ook de magische invloed van de systeemtherapeut is hiervan een voorbeeld. Ik denk aan een therapiesegment waarin de therapeut beide ouders op hun knieën plaatst voor het anorectische meisje dat hij boven op een stoel had doen plaats nemen. Machtsgebruik. Ook een psychoanalytische geörienteerd therapeut gebruikt macht. Hij geeft bijvoorbeeld onnavolgbare instructies ('Zeg wat er door je hoofd gaat'). Hij plaatst de cliënt in een infantiele positie en zorgt ervoor dat hij zelf steeds one-up blijft tegenover zijn cliënt (cfr. Haley). De voorwaardelijke aanvaarding van sommige Rogeriaanse therapeuten kan - in het extreme - als een onnoemelijke verachting voor de cliënt overkomen: 'Doe maar kindje, moeder aksepteert het wel!' Het 'ik aksepteer je totaal' is een uiting van macht. De psychopedagogische

relatie (Bakker) is, naar ons gevoel, minder door manipulatie gekenmerkt via het 'als...dan....'-model. Zo van 'Als je dit wil bekomen, dan kan het misschien helpen, voorzover ik deskundige de zaak zie. Jij moet het doen. Ik kan het niet in je plaats!' Deze laatste boodschap is natuurlijk niet alleen in de psychopedagogische, maar ook in alle analytische en client-centered therapieën te vinden.

2.2.3. De afhankelijkheid en de onmondigheid van de cliënt wordt in de hand gewerkt, wanneer hij in de relatie zou komen als diegene die alleen maar ontvangt. Daarom is het belangrijk dat de cliënt betaalt voor wat hij krijgt. Dit maakt zijn gelijkheid met de therapeut duidelijk in een kontrakt.

2.2.4. Voor de aanwending van de therapeutische methodes zijn er ethische kodes, waarin het doel van de behandeling, de keuze van de methode, de vrijwillige deelname van de cliënt, de adekwaatheid van de methode, het beroepsgeheim, de verwijzing, en de kwalifikatie van de therapeut wordt besproken. Een voorbeeld hiervan vinden we in de kode van Azrin, Stuart et al. (1977). We citeren enkele vragen rond het doel van de behandeling: zijn de doelen neergeschreven, om zeker te zijn dat ze expliciet zijn? Is het zeker dat de cliënt de doelen heeft begrepen? Heeft men hem gevraagd ze mondeling of schriftelijk te herhalen? Zijn cliënt en therapeut het eens over de doelen van de therapie? Is het dienen van de belangen van de cliënt in tegenstelling met de belangen van anderen? Kan het dienen van de onmiddellijke belangen van de cliënt in tegenstrijd zijn met zijn belangen op lange termijn?

2.2.5. Een methode of therapeutische techniek zijn een middel tot hulp aan de cliënt. Dit middel is ondergeschikt aan het doel: het welzijn van de cliënt. Maar soms wordt het middel wel eens doel-op-zich. Hier moet men zich dan weer ethische vragen stellen! Zo kan de psychoanalyse doel-op-zich worden in een psychoanalytische 'kuur'. Zo kunnen

Rogeriaanse therapeutische technieken doel op zich worden in 'groeigroepen'. Zo kan Masters-en-Johnsontherapie doel op zich worden in seksuele verrijgingsprogramma's...enz.

2.2.6. Tenslotte moeten we nog even stilstaan bij de ethiek van de beroepsuitoefening van de sekstherapeut. Hier ontstaat geleidelijk aan een deontologie of plichtenleer. Om de kode van de sekstherapie-deontologie op te stellen zou men zich kunnen inspireren van de bestaande kodes van psychotherapeuten, psychiaters en psychologen. Volgende kodes lijken ons daarbij interessant:

- Kode van de American Psychological Association (1966 hernieuwd)
- Kode van de Franse Vereniging van Psychologie (1961)
- Kode van de Vlaamse Vereniging van Klinische Psychologen (V.V.K.P.).
- Kode van het Nederlands Instituut van Praktizerende Psychologen (NIPP).
- Beroepskode voor de Psychotherapie (N.V.P., 1977)
- Kode van de Association of Advancement of Behavior Therapy (1977)

3. Tenslotte willen we even stilstaan bij de verhouding tussen de waarden van de cliënt en de waarden van de therapeut.

3.1. In een opgemerkte toespraak in juli te Oxford maakte Alan Bergin op de bijeenkomst van de Society of Psychotherapy Research een vergelijking tussen de waarden die gelden voor psychotherapeuten en de waarden die gelden voor de doorsnee Amerikaanse populatie. Therapeuten, zegt hij, stellen zich vooral op vanuit twee hoeken: ofwel hangen ze een naturalistisch pragmatisme aan (met op de achtergrond zoiets van 'gezondheid is afwezigheid van ziekte'), ofwel zijn het humanistische idealisten die de zelfexploratie en de zelfrealisatie als laatste doel zien. De doorsnee Amerikaan heeft echter spiritualistische op-

vattingen en hij is theïstisch. Hij gelooft erin dat nederigheid een belangrijke waarde is, in tegenstelling met vele therapeuten die de mens zien als het hoogste wezen. Hij gelooft in een persoonlijke identiteit die eeuwig duurt, in tegenstelling met de therapeuten die een situatie-ethiek aanhangen. Hij is alturistisch ingesteld in tegenstelling met de therapeuten die alles willen opofferen aan zelfrealisatie. Hij houdt huwelijk en trouw als waarden, in tegenstelling met de therapeuten die het open huwelijk of geen-huwelijk propageren of akseptereren. Hij hecht belang aan verantwoordelijkheid en kan schuld-bewust zijn, in tegenstelling met de therapeuten die hier lossen mee omspringen en de vrijheid verkondigen. De doorsnee Amerikaan gelooft ook in berouw en uitboeting, in tegenstelling met de meeste therapeuten. (Denken we hier even aan het feit dat psychotherapeuten op de M.M.P.I.-schaal hoge psychopathiescores halen)

Men merkt hoe er hier een kloof is ontstaan tussen de waarden van een gemeenschap en de waarden van de psychotherapeuten binnen deze gemeenschap. Ook Rogers raakt dit probleem aan in zijn laatste boek, dat een reeks nieuwe waarden propageert die wel afwijken van de traditionele Amerikaanse ethiek! Men kan zich afvragen of de meeste therapeuten dit wel beseffen!

3.2. Uit het onderzoek van L. Beutler over 'patiënt-therapist value compatibility and treatment effectiveness' blijkt dat therapeuten met rigoristische opvattingen goed werk doen met mensen die rigoristisch zijn, maar ook dat meer vrije therapeuten goed werken met zowel rigoristische als liberale cliënten.

3.3. Ook in de sekstherapie is er dikwijls een kloof tussen de waardeopvattingen van de therapeuten over seks en die van de cliënten. Denk maar aan de opvattingen van cliënten over seks als prestatie, de man-vrouwrolverdeling, de schadelijkheid van masturbatie, enz.

Dit probleem wordt ten spits gedreven doordat elke seks-(psycho)-therapie ook veranderingen aanbrengt in het waarde-systeem van de cliënt!

Enerzijds is dit iets waar de therapeut soms bewust op aanstuurt, anderzijds staat elke therapeut ook model voor zijn cliënt, of hij dat beseft of niet. Zo kan de neutraliteit van een psychoanalyticus of een client-centered therapeut tot veralgemeende relativering bij de cliënt leiden in bepaalde fasen van de therapie. Zo kan een client-centered houding van de therapeut leiden tot een ego-centered houding bij de cliënt. In tijden waarin de strengheid van regels en taboes aan de oorsprong lagen van neurose en seksuele stoornissen, waren deze a-morele houdingen van de therapeut wellicht zeer gepast. Wat is echter de beste houding van de therapeut in onze tijd waarin acting-out en het zich-niet-meer-schuldig-kunnen-voelen meer problemen stellen dan het zich-al-te-schuldig-voelen? Waarin zinloosheid en verlies aan Achtergrond problemen veroorzaken?

Besluit

Elke therapie speelt zich af in een persoonlijke relatie waarin twee of meer subjecten spreken met elkaar en zinvolle woorden uitwisselen. Wellicht maakt dit juist het onderscheid uit met de raadpleging van een chirurg of een garagist waarbij er vooral over het ding-op-zich (mijn lijf, mijn auto) wordt gesproken en waarbij het gaat om louter technische aspecten (funktioneren). Anderzijds is het naar ons gevoel belangrijk dat de therapeut zich hier richt op het niveau waarop de cliënt hem interpelleert. Dat hij de hulp biedt die gevraagd wordt, zo doelmatig mogelijk. Dit vereist van hem zowel deskundigheid als askese.