

Marc CHRISTIAENS, Professionele hulpverlening: al of niet tussen haakjes

Destijds waren de debatavonden over abortus erg in trek. Omdat de nationale sekretariaten van kulturele verenigingen aan hun plaatselijke afdelingen namen van mogelijke sprekers suggereerden, liep ik, als 'vertegenwoordiger van de katholieke visie', in uiteenlopende hoeken van het Vlaamse land steeds weer tegen dezelfde tegenspelers aan. Wanneer je, na een paar spreekavonden, elkaars 'spontane' replieken feilloos kunt voorspellen, dan is de pret er helemaal af.

Met mijn 'baas in eigen buik'-tegenspeelster van toen bleef ik goede persoonlijke contacten onderhouden. Onze gemeenschappelijke interesse voor levensbeschouwing en psychotherapie bood gesprekstof voor vele en lange konstruktieve diskussies in private kring. In plaats van elkaar vanuit een a-priori-opstelling met 'klinkende waarheden' om de oren te slaan, werd nu getracht de vooropstellingen te expliciteren en kritisch te onderzoeken in het licht van de belangen van de cliënt. Deze zoektocht verliep soms moeizaam; niet zelden dienden wij ons een weg te banen doorheen wederzijdse misvattingen en weerstanden (waarbij een kwinkslag en een plagerijtje soms verrassend efficiënt bleek te zijn). Toch was deze inspanning erg lonend, niet alleen omwille van het toenemend wederzijds begrip voor elkaars benaderingswijzen maar ook en vooral omdat wij toegroeiden naar - voor beiden nieuwe - gemeenschappelijke inzichten omtrent plaats en betekenis van de levensbeschouwing (én van de therapeut, én van de cliënt) in de psychotherapeutische begeleiding.

(Geen) interesse?

Later heb ik dit onderwerp wel vaker aangesneden in individuele of groeps gesprekken met praktijkmensen. De aanvankelijke reactie was doorgaans vrij geladen, óf afwijzend, óf uitgesproken geïnteresseerd. Opvallend was dat mijn gesprekspartners bijna altijd in een van beide categorieën onder te brengen waren en zelden

aanleunden bij de middengroep van onverschilligen.

- afwijzend:

"Levensbeschouwing en hulpverlening hebben met elkaar weinig uitstaans; men moet zich als therapeut concentreren op de aangeboden klacht en daarop zo adequaat mogelijk inspelen. Mijn eigen levensvisie zet ik hierbij tussen haakjes. Wanneer een cliënt zijn religieuze overtuiging expliciet ter sprake brengt dan ga ik daar natuurlijk op in. Die geloofsovertuiging blijkt nogal eens symptomatisch te zijn voor een ruimere psychische problematiek: Ik-structuur, afhankelijk van gezagsfiguren of iets dergelijks".

In deze voege wordt het thema onmiddellijk 'verpsychologiseerd' en wordt de 'relevantie-in-zich' van de levensbeschouwing voor deze context ontkend. Dit 'ongeïnteresseerd zijn' wordt echter met zovele argumenten 'gestaafd' dat ik wel eens het gevoel krijg dat de ten toon gespreide 'onverschilligheid' weinig met onverschilligheid en veel met weerstand te maken heeft. Als vervelende gesprekspartner ben ik dan zelden geneigd het - blijkbaar geladen - diskussieonderwerp van de tafel te laten vegen. En ook hier is de aanhouder nogal eens aan de winnende hand: na een wat stroeve aanloop gaat het gesprek de konstruktieve toer op en krijgt het diepgang.

Ik heb de indruk dat het zich afzetten tegen dit thema vaker voorkomt bij therapeuten die tegen godsdienstigheid aankijken als een leeggebloed restant uit hun verleden; a- (of anti-) godsdienstige therapeuten reageren veel minder zgn. 'onverschillig'; hun aarzeling lijkt eerder ingegeven door het 'delikate' karakter van de diskussie: zij voelen er niet direkt veel voor (uit respect?) om de arena in te stappen voor een debat over godsdienst e.d. met iemand die - uiteraard - tot het andere kamp behoort. Als ik dan die vriendenuitnodiging tot 'wapenstilstand' niet aangrijp, dan gaat men wat meer rechtop in de zetel zitten, klaar voor een kombatieve diskussie: die katholiek heeft het immers zelf gewild...

- geïnteresseerd:

Bij hulpverleners die werkzaam zijn binnen de 'katholieke zuil' geniet het onderwerp 'levensbeschouwing en psychotherapie' meer bijval. Deze mensen voelen zich vaak geprangd tussen tegenstrijdige eisen. Enerzijds zijn er de morele eisen die door de Katholieke Kerk voorgehouden worden en die bijgevolg als richtlijnen zouden moeten gelden binnen instellingen en konsultatiebureau's die zich uitdrukkelijk als katholiek aan de samenleving presenteren; anderzijds is er de konkrete nood van cliënten voor wie deze ethische eisen door de Kerk soms onmogelijk haalbaar zijn.

Dit konflikt is niet te reduceren tot een spanning tussen de spelregels die gelden voor een katholieke instelling versus deskundig verantwoorde hulpverlening, maar is veel ingrijpender. Enerzijds zijn deze hulpverleners zelf vaak overtuigd katholiek en onderschrijven zij in geweten ethische principes die door de Kerk geürgeerd worden; anderzijds kennen zij aan hun therapeutisch engagement voor de noodlijdende medemens een diepere betekenis toe dan louter professionele hulpverlening: zij beleven hun werk als een konkretisatie van hun geloofsengagement, als een eigentijdse vormgeving van de bevrijdende en genezende Blijde Boodschap waartoe Jezus van Nazareth door zijn voorbeeld-ig leven heeft opgeroepen. Dit konflikt heeft dus noch min noch meer de intensiteit van een gewetenskonflikt.

Het is juist dat heel wat hulpverleners niet aan alle kerkelijke ethische normen even zwaar tillen. Zo zien wij dat de grote meerderheid hun cliënten helpen bij de creatieve uitbouw van hun relatie, de harmonieuze integratie van de seksualiteit en het stimuleren tot verantwoord ouderschap. Met het oog op het realiseren van deze doelstellingen hebben ze het niet moeilijk om de gehele gamma van kontraceptiva te integreren in hun arsenaal van therapeutische hulpmiddelen. Voor een aantal wordt het al een stuk lastiger wanneer zij zich realiseren dat de enige zinvolle hulp die aan een echtpaar nog te bieden is een begeleiding is naar een 'Creative Divorce' (Kranzler) toe; hoe kun je daarin nog de hogergenoemde doelstellingen erkennen? En het

hek is helemaal van de dam als de abortusvraag op tafel ligt. Tegen deze achtergrond is het begrijpelijk dat men heel en al oor is wanneer iemand een probleem wil aansnijden waarmee men in de knoop zit, maar waarover men ... zwijgt.

Tot hier een summier overzicht van de 'eerste reacties' op mijn vraag naar de relatie tussen levensbeschouwing en psychotherapie. Misschien herkent de lezer zich in een en ander, misschien ook niet. Best mogelijk want aan het bovenstaande ging geen psychosociale enquête vooraf. Toch kan ik - op grond van deze ervaringen - mij niet van de indruk ontdoen dat in onze samenleving, die zich laat kenmerken door groeiend ethisch pluralisme en (dus) door morele onzekerheid, de inhoud van het begrip levensbeschouwing en de betekenis ervan voor het 'existentieel welbevinden' steeds onduidelijker wordt. Het kan dan ook moeilijk anders dan dat dit zijn weerslag moet hebben op het vragen en geven van hulp. Dat mijn hulpverleners-gesprekpartners zo zelden 'onverschillig' reageerden toont wellicht aan dat zij het problematische ervan 'ergens' aanvoelen, en toch komt men nauwelijks toe aan een rustig doorlichten van deze onvrede. Daarom kan het in het belang van de kwaliteit van de hulpverlening zijn dat dit taboe doorbroken wordt. Deze bijdrage wil daartoe een aanzet zijn.

Levensbeschouwing en ontzuiling.

Ondanks de diversiteit van de geschetste attitudes meen ik toch een gemeenschappelijke noemer te ontwaren, een mogelijk vertrekpunt voor verdere reflectie. Gemeenschappelijk lijkt me dat 'levensbeschouwing' spontaan in verband gebracht wordt met kerkelijkheid, godsdienstigheid en dus, voor wat Vlaanderen betreft, met katholiek zijn. Toegespitst naar de hulpverlening toe funktioneert de levensbeschouwing als het ideologisch kader waarbinnen de katholieke therapeut of de katholieke therapeutische instelling zijn hulpverlening situeert en tevens als normatief ideaal waartoe de cliënt dient begeleid te worden.

In privégesprekken achteraf gaf mijn 'baas in eigen buik'-tegenspelster toe dat haar uiteenzetting op debatavonden ook kaderde

in een gelijkaardige ideologie, dat ook zij daaraan de coherentie van haar betoog ontleende. Ook de a-godsdienstige therapeut, die zich voorbereidde op een kombatieve discussie, voelde zich geappelleerd aan zijn waardenpatroon. Zonder er iets wezenlijks aan te wijzen kan onze omschrijving van levensbeschouwing dus verruimd worden tot de andere mensvisies, andere dan de katholieke. Zo kun je ook spreken van de levensbeschouwing die door, bijvoorbeeld, het Humanistisch Verbond wordt voorgestaan.

Specifiek voor zulk een benadering is dat wordt uitgegaan van een verzuiilde samenleving. Tot op heden is dit nog altijd een realiteit: een veelheid van diensten en voorzieningen is 'bloksgewijs' georganiseerd en 'ideologische minderheden' roepen om wettelijke garanties om hun eigen specificiteit te beveiligen tegen verdrukking door de 'grote zuilen'. Een trend die de verzuiiling op het structurele vlak nog versterkt, doch anderzijds kontrasteert met een ontzuilingstendens aan de basis. De enkeling eist steeds meer mondigheid op, treedt de wereld en de (hulpvragende) medemens tegemoet vanuit eigen inzicht en overtuiging. De ideologische greep 'van bovenaf', eigen aan de consistente en monolitische verzuiiling, verslapt. Hieruit volgt niet noodzakelijk dat de enkeling zich tegen de ideologie gaat afzetten, maar wel dat 'geloven' een vernieuwde inhoud krijgt: het is niet langer een zich passief konfirmeren aan wat van 'hogerhand' door de (woordvoerders van de) ideologie wordt gedikteerd, maar het wordt een actieve overtuiging die in de persoon zelf zijn wortels heeft: men erkent zich geheel/gedeeltelijk/niet in wat de ideologie voorhoudt. De binding met de zuil wordt losser. Dit heeft uiteenlopende consequenties, zowel positieve als negatieve. Voor het domein van de hulpverlening betekent dit enerzijds dat het referentiepunt om de kwaliteit van een begeleiding te evalueren steeds minder ligt bij het na te streven ideologisch ideaal en steeds meer bij de persoon van de hulpvrager; doch anderszijds was de eigen zuil een centrale identifikatiemogelijkheid zodat het zich losmaken ervan de coherentie van de mensvisie en -benadering in het gedrang brengt. Dit geldt zowel voor de hulpvrager als voor de hulpgever.

Houden wij het voorlopig nog bij deze laatste. De desintegratie was manifest bij de hoger aangeduide katholieke hulpverleners die, gekonfronteerd met bepaalde konkrete noden, zich voor een diepgaand gewetensconflict geplaatst zagen. De persoonlijke overtuiging, de eigen opvattingen omtrent goed en kwaad bleken niet altijd bruikbaar te zijn binnen een adequate hulpverlening. Deze diskrepantie manifesteert zich evenzeer binnen andere ideologische denkkaders, zij het wellicht minder scherp omdat de gededuceerde ethische normen minder sterk beladen zijn met het 'gezag van de zuil' en (derhalve) niet zo stringent verweven zijn met de eigen gewetensovertuiging. Mijn feministische opponente van destijds kwam ook tot de bevinding dat haar theoretische stellingname haar hulpverlening niet geheel dekte. Met vallen en opstaan had ze geleerd dat een zonder meer ernstig nemen van de vraag van een cliënt niet zelden een onderliggende problematiek in het duister laat. Eens de akute crisis achter de rug bleek de gevraagde en verkregen hulp niet zelden rouw en/of schuldgevoelens op te roepen. Ofschoon zij theoretisch de primaire verantwoordelijkheid van de hulpvrager bleef verdedigen, benaderde zij in haar begeleiding de 'luciditeit van de cliënt-in-krisis' niet zonder omzichtigheid.

Een gelijkaardige dubbelzinnigheid werd in de loop van het verdere gesprek ook toegegeven door de therapeuten die de spanningen van levensbeschouwelijke aard overwegend vanuit een psychologische invalshoek benaderden. In een aantal gevallen bleek zulk een aanpak 'reduktionistisch' te zijn, want het conflict bleek wel degelijk een eigenstandig karakter te hebben. Maar ze voelden zich vreemd en onwennig als de therapie deze richting uitging en wisten niet goed hoe hierop adequaat in te spelen. Eens deze ervaring verwoord voegden ze er snel aan toe "maar met zulk een problematiek word je zelden gekonfronteerd". Het klinkt bijna verontschuldiging, temeer omdat andere hulpverleners bevestigen er geregeld mee gekonfronteerd te worden... Is dit onderscheid te herleiden tot de faktor toeval? Is er op een of andere manier sprake van 'voorsortering' der cliënten? Of heeft dit met de opstelling van de therapeut te maken? De een stimuleert zijn cliënt

tot het uitspreken van zijn diepste levensvragen terwijl de andere 'hoopt' dat ze zo min mogelijk ter sprake zullen komen.

Probleemstelling.

Ook nu nog hoort men zeggen dat een begeleiding van een echtpaar met ernstige relatiemoeilijkheden, geboden door een konsultatiebureau van katholieke signatuur, heel wat minder gemakkelijk uitmond in een echtscheiding dan wanneer de hulpverlening geschiedt in een niet-katholieke instelling. Wat het verleden betreft strookt deze bewering beslist met de waarheid; op vandaag wordt dit onderscheid minder scherp. De levensbeschouwing van de zuil wordt steeds minder normatief bepalend. Steeds luider, binnen zowat alle therapeutische kringen, hoort men de stelling verkondigen dat de belangen van de cliënt normerend zijn voor de aard en de oriëntatie van de begeleiding. Dit betekent niet dat alle vragen hiermee van de baan zijn.

Als deze opvatting de boventoon voert, betekent dit dan dat hiermee het einde is ingeluid van de verzuilde hulpverlening? In principe lijkt het erop (alhoewel dit structureel nog niet zo vlug verwerkelijkt zal worden). De professionele aandacht zal zich dan helemaal kunnen concentreren op het heil van de cliënt en zich niet meer laten afleiden door de angst om iemand van het (door de ideologie geproklameerde) rechte pad te zien afdwalen. Betekent dit dan ook het einde van een levensbeschouwelijke motivatie tot helpen, m.a.w. dat we bij voorbaat uitgepraat zijn wanneer het bv. gaat over een specifiek kristelijke inspiratie van waaruit iemand de hulpbehoevende medemens professioneel adequaat kan tegemoet treden? Is het mogelijk hierover nog iets zinnigs te blijven zeggen zonder te vervallen in een konkurrentieel denkkader? Daar ben ik van overtuigd.

Wanneer we de norm bij de belangen van de cliënt leggen betekent dit dan dat het onderscheid tussen de ene begeleiding en de andere te herleiden is tot het onderscheid tussen (de problematiek van) de ene cliënt en de andere?

- a. Deze vraag heb ik reeds negatief beantwoord in een bijdrage in het jongste nummer van 'Seksuologische Actualiteiten', waarin ik betoogde dat een therapeutische methode op zich reeds een eigen mensopvatting insluit en een specifieke kijk op wat in het belang van de cliënt is. Om methodische redenen werd in dat stuk geheel abstraktie gemaakt van de persoon van de hulpgever en de hulpvrager. Toch valt hierover ook een en ander te zeggen.
- b. Ik kan de basisfilosofie van sommige therapeutische richtingen niet onderschrijven die een aangereikte klacht als een geïsoleerd fenomeen tot fokus van een behandeling maakt, ook al wordt er onmiddellijk bijverteld dat gedragsverandering tegelijk persoonsverandering inhoudt. Dit laatste ontken ik niet maar ik meen dat de verhouding tussen deze beide complexen ligt. Het is vanuit deze overtuiging dat ik iets wil zeggen over het verband tussen klacht en levensbeschouwing. In onze samenleving, waar godsdienstige opvattingen, kerkelijke instituties en vaste waarden en normen steeds minder het leven van individuen oriënteren en structureren, dringen de fundamentele levensvragen over zinvolheid en zinloosheid van het bestaan, over verwachtingen en geluksbetrachtingen ondanks persoonlijk en structureel lijden en tegenspoed zich steeds meer op. Existentiële verwarring komt vaak in de plaats van (religieuze) zekerheden: het grenzeloos verlangen, de fundamentele ontplooiingswil wordt stuurlaas, geraakt gedesoriënteerd door de voortdurende confrontatie met andere zienswijzen en niet het minst door confrontatie met leed, onmacht en dood. Was de geloofszekerheid grond voor de hoop, die zich, ondanks alles, over de menselijk-bepaalde begrenzing heen uitstreckte; thans zijn diezelfde grondvragen 'waarom nog? waartoe nog?' niet zelden tot rethorische vragen gedegradeerd met een onderton van een Sartriaans wanhopig zoeken hoe uit deze 'onveiligheid' nog een uitweg te vinden is. Die uitgeschreeuwde vragen houden een verdoken protest in: het existentiële verlangen naar geluk is immers levendiger dan ooit.

Deze schets is (te) summier. Hopelijk bevat hij echter voldoende herkenbare elementen om te konkluderen

- dat de verbrokkelde mensvisie niet alleen een kenmerk is van een pluralistische samenleving maar tevens van een persoonlijke (al of niet onderhuids) levensproblematiek waar zeer velen in verward zijn geraakt.
- dat, voor wat de hulpvragende cliënten betreft, 'levensbeschouwelijke nood' (in de zin van 'nood aan persoonlijke levensoriëntatie') niet zelden een al of niet uitgesproken dimensie is van de geformuleerde klacht.
- + Die existentiële nood kan op de voorgrond staan en expliciet verwoord worden of zich op diverse wijzen vagelijk uiten: zich ontworteld voelen, op zichzelf teruggeworpen zijn, het niet meer zien zitten zonder veel verklarende redenen, geïsoleerd door structuren en voorzieningen zijn eigen-mens zijn niet meer kunnen hanteren als instrument om voor anderen iets te betekenen, enz.
- + De existentiële nood kan de achtergrond zijn waartegen een concreet geformuleerde klacht zich situeert. Slechts een aandachtig en invoelend oor kan signalen van deze onderliggende problematiek opvangen. Het stokken van een therapie naar aanleiding van een schijnbaar eenvoudige klacht, een plots nieuw opduikende klacht bij het afronden van therapie, of onverwachte schuldgevoelens die (achteraf) door een schijnbaar ad-rem-hulpverlening wordt opgeroepen, kunnen even zovele aanduidingen zijn dat levensvragen achter de manifeste vraag onaangeroerd buiten het vizier bleven.

Niet enkel de therapeutische methode, niet enkel de concrete problematiek, maar ook de existentiële nood (die vaak de moderne verschijningsvorm is van 'levensbeschouwelijke nood') is bepalend voor de konkretisering van de inhoud van de 'belangen van de cliënt', die tot norm worden uitgeroepen voor de aard en de oriëntatie van een begeleiding.

En de therapeut?

Wie als therapeut zijn cliënt echt ernstig wil nemen kan zich er niet mee vergenoegen de levensbeschouwelijke problematiek af te doen met 'neurotische godsdienstigheid' met alle aksent op de neurose (1).

Toch is zo'n eenzijdigheid verleidelijk want inzake de zingeving aan het leven voelt men zich ondeskundig. Dat is het domein van anderen... Is een afschuiven naar een dergelijk dualisme soms symptomatisch voor een hulpverlener die, evenzeer als zijn cliënt opgescheept zit met een existentiële verwarring die hij angstig wegdrukt?

De geladen - positieve en negatieve - reacties van mijn gesprekspartners, waarover ik het bij de aanvang had, wijzen, me dunkt, in dezelfde richting: angst om door te stoten tot zingevende vragen. Een begrijpelijke angst omdat men zich op glad ijs weet. En toch geloof ik dat het zich verschuilen in de veilige haven van de deskundigheid te kort schiet t.a.v. de existentiële nood van de cliënt. Een eenzijdige benadering in naam van deskundigheid loopt gevaar aan bepaalde facetten te veel gewicht te geven. Andere klachten, schijnbaar zonder enig onderling verband maar misschien met gemeenschappelijke wortels in een gedesorienteerde grenzeloze hunkering, voeren diezelfde cliënt naar andere gezondheidswerkers. Want vandaag kun je niet veel naars bedenken zonder dat er een deskundige voor te vinden is.

(1) Onthullend en onthutsend is in dit verband het boekje Godsvergiftiging (Amsterdam, Wetenschappelijke Uitgeverij, 1978), waarin Tilmann Moser met zijn onvrijmakende afhankelijkheid van (zijn) God wil afrekenen. Een schrijvend geschrift vol woede en verlangen om te ontsnappen aan de wanhopigmakende vicieuze cirkel. "Ik kan pas vrij zijn als ik het verdragen kan helemaal niet door jou (=God) bemind te worden, zelfs als je helemaal niet bestaat" (blz. 45). Rond zijn twintigste keert Moser zijn godsdienstig verleden de rug toe. Op zoek naar zichzelf hoopt hij verlossing te vinden via de therapie: na 3 afgebroken therapieën was hij 5 jaar lang in ("een succesvolle") analyse. Niet lang daarna overvalt de goddelijke demon hem opnieuw. Dit pamflet, geschreven 20 jaar na zijn 'afscheid', is de volgende poging tot afrekening...

Hoe krijgt iemand doorheen deze fragmentarisering, elk met zijn eigen (over)belichting nog ooit zicht op zijn eigen zelf waarvan hij zich vervreemd voelt? Hoe kan hij er in slagen al die deelbenaderingen en deelinzichten tot een totaliteit te integreren? Dienstbaarheid aan de werkelijke belangen van de cliënt vraagt dus een durven doorstoten naar de 'laatste' vragen, naar het niveau van de levensbeschouwing. Slechts wie de konfrontatie durft aangaan met het paradoxale van zijn eigen onverwoestbare hunkering kan de signalen opvangen van wat voor de hulpvrager 'heilig' is, kan invoelen in het lijden dat gepaard gaat met zichzelf-niet-meer-verstaan, kan doortasten naar de zelfvervreemding die vaak even aan de oppervlakte komt in het spreken over relatie, voortplanting, dood, schuld of vergeving.

Zoiets als 'Balint'-groepen.

Zo'n stelling poneren is niet moeilijk. Maar de vraag blijft of van een psychotherapeut mag geëist worden dat hij over de kundigheid beschikt om zich op dit gladde ijs staande te houden. Of houdt dit soms in dat hij in samenwerkingsverband moet opereren met een 'deskundige in levensbeschouwelijke aangelegenheden'? Dit soort 'therapeutenparen' zie ik nog niet zo vlug functioneren. Trouwens ik zie er ook niet veel heil in. Levensbeschouwing is immers niet iets dat je zomaar kunt isoleren en dus reserveren voor een 'andere deskundige'.

De cliënt behulpzaam zijn bij zijn zoektocht naar zijn diepste zelf, naar het artikuleren van waarom's en waartoe's vraagt van de hulpgever niet dat hij pasklare antwoorden in voorraad heeft. Doorgaans beseffen therapeuten ook goed genoeg dat zij dergelijke waarheden niet in pacht hebben maar ze trekken daaruit te vaak een konsekwentie die m.i. niet zonder meer volgt, nl. dat zij ondeskundig zijn op dit gebied en het derhalve uit de weg moeten gaan: omdat men geen antwoorden ter beschikking heeft, laat men de vragen ook onaangeroerd onder het oppervlak woekeren. Hoe help je de cliënt dan wel?

Niet de therapeut maar de cliënt zelf dient op zijn levensvragen het antwoord te vinden. Dat de therapeut geen antwoorden achter de hand heeft is dus geen bezwaar. Om daadwerkelijk te helpen is het evenmin noodzakelijk dat de therapeut alle antwoorden klaar heeft op zijn eigen levensvragen, dat hij over een evenwichtig en uitgebalanceerde mensvisie beschikt waarin alle waarom's en waartoe's netjes hun plaatsje hebben. Het is echter wel noodzakelijk dat hij geen angst heeft om zich op het terrein van zinvolheid en zinloosheid te begeven, dat hij ook op dit vlak het nodige vertrouwen uitstraalt om de cliënt te stimuleren geen halt te houden bij de bordjes 'Verboden Toegang' die hij zelf geplaatst heeft rond het onontgonnen hart van zijn eigen territorium.

En hiermee zitten we in de kern van het therapieprobleem. De kundigheid van de therapeut is niet allereerst een zaak van technische vaardigheden. Het is veeleer een kwestie van bereidheid, die slechts kan opgebracht worden als hij rustig kan omgaan met zijn eigen onblusbaar verlangen en existentiële onzekerheden.

Ik zie zoiets als een parallel tussen een psychoanalyse en het spreken over de zin van het leven. Om iemand in analyse te kunnen nemen is een leeranalyse een *conditio sine qua non*. Hierdoor is de analyst geen probleemloos mens geworden, wel kreeg hij een inkijk en een doorkijk op zijn eigen paradoxale verlangens. Inzake spreken over levensbeschouwing lijkt men iets gelijkaardigs wenselijk. Het existentiële lijden dat de cliënt ter sprake brengt, kan de therapeut diep in zijn mens-zijn raken indien hij zich niet bij voorbaat geharnast opstelt; dat is begrijpelijk aangezien de relatie een instrument van therapie is. Maar hij moet bij machte zijn deze konfrontatie aan te gaan zonder angst of a priori weerstanden. Hij moet dus én bereid zijn én in staat zijn eigen waardepatronen en zingevingen kwetsbaar op te stellen. Dat bestaande remmingen (vooraf) dienen opgeruimd te worden, ligt voor de hand. De aangewezen weg daartoe lijkt me het bespreekbaar maken van verzwegen weerstanden, waarden, zinduidingen, vooropstellingen... Een soort 'leeranalyse' dus, waarover de 'Balint'-

groepen voor huisartsen misschien model kunnen staan: een aantal therapeuten die in groep hun eigen persoon en menselijke opstelling in de hulpverlening ter sprake brengen en aldus elkaar behulpzaam zijn bij het op gang brengen van een proces van persoonlijke integratie. Misschien is het nuttig dat aan deze groepen ook wordt deelgenomen door een of meerdere mensen die beroepshalve meer met de levensbeschouwelijke problematiek omgaan (zij hoeven geen psychotherapeut te zijn, maar wel is het wenselijk dat zij zich kunnen inleven in de wereld van therapie). Deze suggestie houdt niet in dat men zich door deze laatste moet laten beleren, maar misschien kan dit bijdragen tot het vinden van woorden voor datgene waarvoor velen geen taal hebben. Inhoudelijk kan aan zo'n 'Balint'-groep geen hiërarchische structuur opgelegd worden: zo'n groep kan slechts zinvol functioneren bij de gratie van het solidair samenzoeken, het konfronteren van elkaars ervaringen, waarbij geen enkele van meer waarde is dan een andere.

Naschrift

Toen de redactie mij om deze bijdrage verzocht heb ik toegezegd in de overtuiging dat dit vrij vlot zou lopen: ik liep immers al lang te denken over 'levensbeschouwing en psychotherapie'. Dat bleek een flinke misrekening te zijn. De voorgaande pagina's zijn moeizaam tot stand gekomen. Het stuk is niet 'af', in tegenwoordige. Al (her)schrijvende werd me steeds duidelijker dat de problematiek biezonder kompleks is en dat ik niet verder gekomen ben dan het formuleren van een eerste aanzet. Het vraagt om verder doordenken, uitwerken en toetsen aan de praktijk. Ik ben dan ook niet zinnens het thema los te laten nadat ik een punt gezet heb achter dit geschrift.

Ik zou het bijzonder op prijs stellen mocht ik bedenkingen, commentaren en andere oprispingen ontvangen. Dat zou voor mij een hulp en stimulans zijn.

Maureen LUYENS, Sekstherapie en beroepsethiek: enkele specifieke vragen *

Wij willen hier enkele bijzondere facetten van de hedendaagse sekstherapie onderlijnen en vooral enige ethische implicaties zoals we die in de praktijk ontmoeten.

1. Kenmerken van de sekstherapie.

De nieuwe therapieën voor seksuele problemen, meer bepaald seksuele dysfuncties, hebben één belangrijke morele hoofdregel: het pragmatisme. De vraag van de patiënt staat in de fokus van de behandeling die gericht is op het oplossen van dit probleem op een directe wijze: men speelt onmiddellijk in op de vraag en kiest de kortste weg tot het antwoord. De doeltreffendheid van de methode is primordiaal. De nieuwe sekstherapieën affirmeren zich dan ook sterk op basis van hun efficiëntie die niet louter empirisch maar ook wetenschappelijk gefundeerd is.

Men gaat er van uit dat het seksueel functioneren aan ieder van nature gegeven is, dat men door gepaste training de nodige vaardigheden kan verwerven, of bij dysfunctie, deze mogelijkheden terug leren gebruiken. Aan de basis ligt het geloof dat alleen empirisch onderzoek iets kan zeggen over het seksueel lukken of mislukken. Hier bestaat soms het gevaar dat men vergeet dat bevrediging en tevredenheid de uiteindelijke criteria blijven, hoewel deze empirisch moeilijker te operationaliseren zijn.

De opvatting waardoor men seksuele problemen ging bekijken als symptomen van stoornissen in de persoon of in de relatie wordt hier verlaten, zodat de term "symptoom" zelfs overbodig wordt:

* Bewerking, door W. Vandereycken, van een voordracht gehouden te Brussel in maart 1978, op een colloquium over "Ethische problemen in de medische seksuologie" georganiseerd door de Belgische Vereniging voor Medische Ethiek.

men behandelt het seksueel probleem-op-zich. Dit laatste wordt doelwit van een soort leerprogramma met concrete oefenopdrachten, "opgelegde ervaringen" waardoor men aan den lijve kan ontdekken waar men staat en hoe men door ervaringsgerichte "her-opvoeding" kan veranderen.

Tegenover de klassieke verbale psychotherapieën valt hier dus op hoe de daad bij het woord gevoegd wordt.

Tenslotte staan de sekstherapieën ver van de intuïtieve goodwill benadering. Ze vertonen een duidelijk herkenbaar en reproduceerbaar patroon. Het gaat om een gestructureerde aanpak die werd uitgetest en wetenschappelijk geëvalueerd. Toepassing ervan vereist niet enkel technische kennis, maar ook kunde die de therapeut slechts uit eigen ervaring en supervisie puurt.

2. Beroepsethische vragen.

De sekstherapeut moet zich, zoals bij elke ander vorm van hulpverlening, bezinnen over volgende vragen in verband met zijn eventuele interventie:

- is de vraag voldoende geëxploreerd? Wie is de patiënt? Is hijzelf de vrager of komt de partner om hem te laten veranderen? Wat is de vraag, ligt ze op het niveau van het louter functioneren of gaat het om bevrediging of bevredigend seksueel samenspel?
- zijn de juiste doelen gesteld? Staat het onmiddelijk doel ten dienste van een ander afgelegen doel (bv de kinderwens bij vaginisme)? Is het doel van deze patiënt in konflikt met doelen van anderen (we denken aan de preorgastische vrouw die orgastisch wordt maar eveneens zelfstandiger gaat optreden tegenover haar man)? Zijn de doelen in overleg met de patiënt gesteld?
- is de behandelingsmethode verantwoord gekozen? Neem ik iemand die impotent is in psychoanalyse voor zijn persoonlijkheidsverandering? Of is deze impotentie te verhelpen met alleen enkele sessies voorlichting? Heeft het probleem met de relatie te maken en moet het dus koppelsekstherapie worden? Zou het beter een residentiële of ambulante behandeling zijn? Door een

man-vrouw therapeutenpaar of door één therapeut en welk geslacht dan? Is de behandelingsmethode wetenschappelijk geëvalueerd? Wordt de keuze naar de patiënt toe verantwoord?

- wordt het beroepsgeheim voldoende gewaarborgd?
- werd er overwogen of verwijzing naar een andere therapeut aangewezen is?
- gaat het om een gevormde therapeut? Is hij voldoende theoretisch en praktisch geschoold? Is de cliënt op de hoogte van de kwalifikaties van de therapeut? Pleegt de therapeut overleg (intervisie) met anderen en is de cliënt hiervan op de hoogte?
- wordt de invloed van de behandeling voldoende geëvalueerd ook op lange termijn (follow-up)?

Uit deze vragen, die vooral de kwaliteitsbewaking (-bevordering) van de hulpverlener en de bescherming van de cliënt beogen, blijkt dat het hier om meer gaat dan bereidwillige hulp "naar godsvrucht en vermogen". Er is nood aan gevormde therapeuten, aan meer gekwalificeerde opvang in de eerste lijnszorg. Seksuologische hulpverlening moet verder multidisciplinair georiënteerd zijn, waarbij zowel met de psychosociale als met de medische somatische aspecten van het seksueel (dys)functioneren rekening wordt gehouden.

3. Enkele specifieke ethische problemen.

Vanuit onze praktijkervaring willen we hier enkele bijzondere ethische problemen binnen de huidige sekstherapie belichten. Soms krijgen we vragen om hulp van paren die wegens infertiliteit konsulteren. Wat moet dan onze houding zijn wanneer de dysfunctie duidelijk slechts één aspekt is van het ernstig gestoorde persoonlijk of relationeel functioneren? Moeten wij aan waarborgen denken voor de kinderen die verwekt, geboren en opgevoed zullen worden binnen psychotische omgangsvormen?

Sommige sekstherapievormen omvatten als één van de stappen een masturbatieprogramma. Wat betekent dit voor patiënten met een rigoristische opvoeding? Welke houding nemen we aan tegenover

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 preorgastische 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