

## Ethische vragen in de seksuele hulpverlening<sup>o</sup>

W. Vandereycken\*

*Deze bijdrage wil enkele ethische kwesties in de seksuele hulpverlening bespreken. Aan de orde komen enkele vragen die al te zelden in overweging worden genomen: (1) In hoeverre is hulpverlening een recht of een plicht? (2) Wanneer wordt de therapeutische relatie een doel in plaats van een middel? (3) Bestaat er een gevaar dat de hulpverlening eerder problematiserend dan wel bevrijdend werkt?*

Het is een meestal goed betaald voorrecht hulpverlener te mogen zijn in onze maatschappijstructuur. Allerlei instituten, organisaties en verenigingen waken over dit voorrecht. Kwaliteitsbewaking heet dat. De belangen van hulpverleners worden echter niet verdedigd door een vakbond van therapeuten. Nee, wie het voorrecht heeft hulp te mogen bieden sluit zich aan bij een specialistische organisatie, een soort ambachtsgilde. Financiële betwistingen zijn geen officiële programmapunten maar horen enkel in de wandelgangen thuis en stakingen zijn niet in het huishoudelijk reglement voorzien. Het is een bijzonder voorrecht tot zulke clubs te behoren en aan het lidmaatschap gaat meestal een specifieke initiatieritus vooraf. Eens lid, word je verwacht een ethische code te respecteren en het is met dergelijke codes zoals met wetteksten: je leert ze pas kennen bij overtredingen. Het is hier niet de bedoeling een ethische code voor de seksuele hulpverlening te schetsen. Ik wil slechts enkele problematische thema's ter discussie stellen die mijns inziens te weinig aandacht krijgen.

\* Psychiater-psychotherapeut, Adjunct-Kliniekhoofd van het Universitair Psychiatrisch Centrum, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg (België).

<sup>o</sup> Voordracht gehouden op de lustrumdag van de Vereniging voor Seksuologie (15 mei 1987). Geaccepteerd op 15 juni 1987.

### Hulpverlening als recht of plicht

Een eerste thema vloeit ten dele voort uit de heersende idee dat hulpverlener zijn een voorrecht is, met een in onze samenleving niet geringe status, zeker wanneer daarbij het woord 'therapie' te pas komt. Therapeuten kunnen geneigd zijn hun hulpverlening eerder als een recht dan een plicht te beschouwen. Alles draait dan om de rechten van cliënt en therapeut. Voor de eerste geldt dan vaak het zogenaamde *zelfbeschikkingsrecht*. De basisgedachte is, dat de therapeut slechts kan en mag optreden binnen de door de cliënt zelf bepaalde grenzen van de hulpvraag. In feite wordt de hulpverlening hier herleid tot een consumptie-artikel binnen een relatie van verbruiker en producent. Het 'klant-is-koning' principe zou dan alle transacties bepalen.

De hulpverlener beschikt over het recht om een hulpvraag geheel of gedeeltelijk af te wijzen omdat de gevraagde hulp niet past binnen zijn/haar:

- bevoegdheid ('ik ben technisch niet competent om de hulpvraag te beantwoorden');
- taakopvatting ('ik meen dat de hulpvraag in een andere zin moet worden beschouwd');
- ethische principes ('ik vind de hulpvraag op zichzelf moreel onaanvaardbaar').

Als bijvoorbeeld een man met een organische impotentie mij om een erectieprothese komt vragen kan ik hem doorverwijzen naar een competent chirurg (de hulpvraag valt buiten mijn bevoegdheid), ofwel hem duidelijk maken dat er andere mogelijkheden van seksuele beleving bestaan (de hulpvraag wordt omgebogen of 'vertaald'), ofwel de stelling innemen dat het de mens niet geoorloofd is zijn lichaam te schenden (de hulpvraag wordt afgewezen op morele gronden).

Hulpverlening wordt zo vaak als een eenvoudig recht gezien, simpel een kwestie van vraag en aanbod. Maar bestaat er tegenover het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt soms geen *interventieplicht* van de therapeut? Huldigt men bijvoorbeeld de stelling dat elkeen baas over het eigen lichaam is, dan betekent zulks in uiterste consequentie dat men elke vorm van zelfverminking en ook zelfdoding laat gebeuren zonder in te grijpen. Het zou ook inhouden, dat men ernstig depressieve of psychotische mensen geen hulp zou bieden als ze er zelf niet om vragen, want het is hun beslissing – 'hun recht' – om zo te handelen. Dergelijke opvatting is een typische exponent van individualistische ethiek waar de notie solidariteit of sociale verantwoordelijkheid ver zoek is. Twee belangrijke principes worden hier verontachtzaamd (Vandereycken, 1987a):

(1) de mens is in essentie een *sociaal wezen* wiens denken, voelen en handelen niet los gekoppeld kunnen worden van de groep (gezin, leefgemeenschap, cultuur) waartoe hij/zij behoort;

(2) het zelfbeschikkingsrecht is ondergeschikt aan de notie van *keuzevrijheid*, dat wil zeggen de psychische vrijheid en het vermogen om zelfstandig beslissingen over de eigen zijnswijze te nemen in het duidelijk besef van eventuele gevolgen daarvan.

De hulpverlener kan nu voor situaties komen te staan waarin de betrokkene niet in staat wordt geacht alle consequenties van de eigen daden te beoordelen en dus ook niet de gevolgen van de eventuele weigering om de hulp te vragen of te aanvaarden, die naar de mening van de omgeving of de hulpverlener zelf wel degelijk nodig is. Wat moet men bijvoorbeeld doen wanneer iemand nadrukkelijk om geslachtsverandering vraagt maar duidelijk psychotisch is en wellicht in staat zichzelf ernstig te verminken? Kan er anderzijds, op grond van het eerste principe, een interventieplicht bestaan wanneer ik weet dat mijn cliënt seksueel contact (gehad) heeft met een AIDS-lijder terwijl cliënt zelf hiervan niet op de hoogte is? Maar wat dan met mijn beroepsgeheim t.a.v. de AIDS-patiënt wiens privéleven ook dient te worden beschermd? En wat in het geval een cliënte me een incestrelatie met haar vader toevertrouwt en mijn geheimhouding hierover vraagt, terwijl ik anderzijds voldoende reden heb om te vrezen dat de zus van cliënte wellicht ook incestslachtoffer is of kan worden? Een soortgelijk dilemma kan ontstaan wanneer een cliënte me bericht over seksueel misbruik door een hulpverlener, maar – uit schuld of loyaliteit – vraagt om strikte vertrouwelijkheid omtrent haar informatie. Dit laatste voorbeeld brengt ons bij een tweede thema:

### Hulpverlening als middel of doel

Voor een paar jaar heb ik als een der eersten in het wereldje van Nederlandstalige psychotherapeuten het probleem van seksueel contact tussen therapeut en cliënt openlijk ter discussie gesteld (Vandereycken, 1984a). Mijn stelling was, en is nog steeds, dat bij seksuele omgang in een therapeutische relatie de (meestal mannelijke) therapeut misbruik maakt van de hulpverleningsrelatie om eigen noden te voldoen en dat de (meestal vrouwelijke) cliënt in het kader van een afhankelijkheidsrelatie het slachtoffer is van seksueel machtsmisbruik. Een cruciaal punt in de discussies over dit onderwerp is vaak de vraag, of de eventuele toestemming van de betrokken cliënt dan geen waarde heeft. Dit is een boeiende maar complexe vraag omdat ze draait om het vrij actuele discussiepunt van de zogenaamde *informed*

*consent* regel. Deze houdt in, dat men geen behandeling mag toepassen zonder toestemming van de voldoende geïnformeerde cliënt. Hier schuilen echter twee adders in het gras: welke eisen moeten aan de informatie over een behandeling worden gesteld en hoe ver reikt de toestemming dan?

Laten we het probleem even scherp stellen in verband met het voorbeeld van seksueel contact tussen cliënt en therapeut: een vrouw stemt na enige toelichting in met een bepaalde sekstherapie, op dat moment wordt haar ja-woord essentieel geacht voor het aangaan van de behandeling; wanneer zij later tijdens de behandeling toestemt in seksuele omgang met de therapeut wordt de waarde van haar ja-woord weer in twijfel getrokken. Men kan opwerpen, dat de therapeut voor het starten van de therapie geen informatie had gegeven over het feit dat hij een vrijpartij met hemzelf als een deel van haar behandeling zou beschouwen. Hierop kan de therapeut dan repliceren, dat bepaalde informatie juist nadelig kan zijn voor de cliënt of dat het belang van een bepaalde interventie pas kan worden begrepen in de loop van de behandeling. Men zal een vrouw met een sterke aversie tegenover seks toch ook niet vòòr de therapie aankondigen dat ze later masturbatie-oefeningen zal krijgen . . .

Deze wat aangescherpte discussie legt meteen de zwakheden bloot van de ogenschijnlijk evidente regel van *informed consent* (Vandereycken, 1984b):

- (1) Het is naïef te veronderstellen dat volledige transparantie of complete openheid vòòr of tijdens therapie mogelijk zou zijn, m.a.w. dat alles wat gebeurt en nog zal plaatsgrijpen in de behandeling en de therapeutische relatie geëxpliciteerd kan worden. Zelfs al zou dit laatste theoretisch mogelijk zijn, moet men zich nog de vraag stellen of zulke explicitering wel echt in het belang van de cliënt is, m.a.w. of volledige informatie over alle aspecten van de therapie niet eerder de kansen op verandering voor de cliënt blokkeert in plaats van faciliteert.
- (2) Het is al even naïef te menen dat een dergelijke regel de cliënt behoedt voor manipulatie. Als zodanig is het een holle regel die schijnbaar gemotiveerd is vanuit de belangenbescherming van de cliënt, maar uiteindelijk moet dienen om de therapeut te beschermen (t.a.v. derden). Deze laatste kan er immers elke beslissings- en interventieverantwoordelijkheid mee ontwijken, omdat het ja-woord van de cliënt als een ultieme 'paraplu' tegen mogelijke aantijgingen van beroepsfouten ('malpractice') wordt gebruikt.
- (3) Elke actie van de cliënt binnen de therapiesituatie wordt mede bepaald door de onvermijdelijke afhankelijkheidsrelatie die inherent is aan elke behandeling en in het beste geval slechts ophoudt bij het stoppen van de therapie. Elke toestemming vòòr of tijdens de behandeling is hoogstens een

gebaar van enig vertrouwen vanwege de cliënt, want de verdere controle over de therapie berust uiteindelijk slechts bij de hulpverlener zelf.

Dit derde punt is het meest essentiële in de discussie. Men kan er immers niet omheen, dat elke therapeutische relatie per definitie start vanuit een asymmetrische machtsverhouding. Dit impliceert dat er geen therapie denkbaar is zonder dat de therapeut enige macht heeft of invloed uitoefent op de cliënt. Maar het betekent evenzeer, dat zodra de therapeut de controle mist of verliest over het therapieproces, de relatie anti-therapeutisch wordt omdat het welzijn van de cliënt erdoor geschaad wordt. Seksueel contact vanwege de therapeut is een voorbeeld van dergelijk controleverlies. Hier verlaat de therapeut de hulpverlening als middel en maakt er een doel van: een doel op zichzelf en voor hem zelf. En dit onderscheidt nu juist therapie van een andere intieme interpersoonlijke relatie: in een therapie blijft de relatie een middel en geen doel. Ook al kan dit laatste soms de (onbewuste) wens van de cliënt zijn – we spreken dan van 'overdracht' (Vandereycken, 1987b), zodra de therapeut deze wens honoreert kan dit slechts zijn omdat hij er zelf belang bij heeft, eigenbelang! De grens van de noodzakelijke afstand ter bewaking van het therapieproces is overschreden. Seks hoort thuis in een voor beide partners evenwaardige relatie; een therapierelatie is niet evenwaardig voor beide partijen.

### Hulpverlening als bevrijding of problematisering

De sekstherapieën zijn opgebloeid in de lente van de seksuele liberalisering. Therapieën zouden mensen bevrijden van remmingen, maar het lustverbod van weleer is vervangen door een lustdwang. Seksuologie werd orgasmodiagnostiek en sekstherapie werd orgasmotherapie (Béjin, 1986). De psychotechnologie van Masters & Johnson liep echter te pletter op een probleem dat het wellicht ten dele zelf mee creëerde: de problematiek van 'geen zin in seks'. Het gaat hier immers niet langer om de angst voor de verboden seks, maar de afwijzing van de gedwongen seks. Een soortgelijke verschuiving van *taboebevrijding naar expressiedwang* merkt men ook t.a.v. de parafilieën. Zo dreigt bij voorbeeld de homofiel, die niet openlijk opkomt voor zijn 'vrijheid van seksuele expressie', slachtoffer te worden van een nieuw soort discriminatie: onderscheidt hij/zij zich niet van de heersende heterocultuur, dan kan men ook geen deel uitmaken van de nieuwe homosubcultuur. De vorm van seksuele expressie verwerft een statuut van identiteit, een persoonskenmerk van eerste orde. In dezelfde zin kan men zich afvragen of het militante feminisme het statuut van de vrouw bevrijd dan wel geproblematiseerd heeft door de 'seks' tot identiteit te verheffen.

In de huidige seksuologie overheerst een democratie-ideologie, die binnen ons actueel maatschappelijk bestel erg sympathiek klinkt. Het motto luidt: alles mag binnen de perken van wederkerigheid en gelijkheid. Van de wieg tot het graf moet er nu gepraat worden tussen partners, overlegd, onderhandeld, afgesproken, overeengekomen . . . En voor wie dit nog niet of onvoldoende kan, staan er hulpverleners klaar om als zogenaamd neutrale bemiddelaars de communicatie in goede sporen te leiden. Moderne therapeuten zweren bij *de macht van het woord*; praten wordt doel op zich, ook al versluiert het de wezenlijke problemen. Politici kennen deze tactiek al jaren: zolang de dingen bespreekbaar zijn, valt er geen paddestoel-bom, denken we opgelucht. Zo denken ook vele therapeuten terwille van hun cliënten: zolang partners de dingen 'bespreekbaar' stellen, ontploft de relatie niet. Het woord en de seks – en nu vooral het verwoorden van de seksualiteit – het dient vaak andere doeleinden dan de vrijheid van het individu. Het staat ook, en wellicht steeds meer, ten dienste van subtiele machtsuitoefening, onopvallende statusverwerving en schijndemocratisch relatiebehoud (Carlier & Gijs, 1987).

Emancipatie en bevrijding zijn nobele doelen van de seksuele hulpverlening, maar vaak vergeten de hulpverleners dat zij de blauwdruk van de ideale vrijheid aanreiken. Hier schuilt wellicht het belangrijkste ethische probleem bij elke hulpverlening, namelijk dat de therapeut – hoe subtiel of onbedoeld dan ook – de cliënt voorhoudt wat goed voor hem/haar is. In elke therapie treedt een vaak niet onderkende verschuiving op *van cliëntenwaarden naar therapeutenwaarden* (Tjeltveit, 1986). De hulpverlener die zich onvoldoende bewust is van dit beïnvloedingsproces leert zijn waardenstelsel het best kennen door zich af te vragen waarom hij een hekel heeft aan een bepaalde cliënt of door te ontleden waarom hij zo enthousiast is over een bepaald therapieverloop. Vaak stuit men dan op het modieuze begrip 'compliance', in het Nederlands veelal omschreven als 'therapietrouw'. In feite is dit een mooi staaltje van therapeutenjargon, waarbij zo iets simpels als 'gehoorzaamheid' plots door een nieuwe verbale verpakking een veel diepzinniger of gewichtiger betekenis krijgt. Want slaat de term 'therapietrouw' – of termen als 'motivatie' of 'weerstand' (zie Vandereycken, 1987b) – op iets anders dan de mate waarin de cliënt min of meer gehoorzaam het pad volgt dat de therapeutische gids aangeeft? Dit woordenspel brengt ons tot:

### **Een hulpeloos slot**

Ik heb hier gepoogd enkele ethische kwesties aan te roeren die, zo moet ik

zelf bekennen, te weinig in mijn eigen werk overdacht worden. Wellicht gebeurt met uiteenzettingen als deze hetzelfde als met het therapeutisch werk voor de cliënt: slechts door confrontatie met een problematiek leert men stelling nemen. In dit opzicht verschillen we niet van onze cliënten en daarom neigen we er al evenzeer toe om een te sterke of herhaalde confrontatie te vermijden. Niet helemaal onterecht overigens, want een hulpverlener die elke stap aan een ethische bevraging zou onderwerpen, zal er hulpeloos bijstaan en spoedig zelf hulpvrager worden. Maar de hulpverlener die dergelijke ethische vragen nooit stelt verandert het best van job, want een hulpverlening in zijn/haar handen wordt een bedenkelijk recht, een gevaarlijk doel en een problematische manipulatie. Daarom is het van belang dat we op tijd – al was het maar een poosje – afstand nemen van ons werk. Het schrijven van deze bijdrage was voor mij een gelegenheid dit even te doen. Hopelijk helpt het lezen u ook wat afstand te nemen.

#### Literatuur

- Béjin, A. (1986). De macht van seksuologen en de seksuele democratie. In: P. Ariès en A. Béjin (red.), *Westerse Seksualiteit*. Kok, Kampen (vertaling van *Sexualités Occidentales*, 1982 Seuil, Paris).
- Carlier, B. en L. Gijs (1987). Kritiek van de seksuele hulpverlening. In: M. Moors-Mommers, W. Bezemer, J. Frenken, G. Roelofs en W. Vandereycken (red.), *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Tjeltveit, A. C. (1986). The ethics of value conversion in psychotherapy: appropriate and inappropriate therapist influence on client values. *Clinical Psychology Review*, 6: 515-537.
- Vandereycken, W. (1984a). Seksueel contact tussen therapeut en cliënt. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 39: 1283-1296; herdrukt in: R. E. Offerhaus (red.), (1986). *Agressie, door psychiaters gezien*, Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Vandereycken, W. (1984b). Macht en onmacht in de therapeutische relatie. *Gedragstherapie*, 17: 313-320.
- Vandereycken, W. (1985). His master's voice – Over goeroe's, therapie scholen en eclecticisme. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 5: 411-421.
- Vandereycken, W. (1987a). Hulpverlening bij eetstoornissen. In: W. Vandereycken, W. L. Weeda-Mannak en C. C. Wittstock, (red.), *Als slank-zijn een obsessie wordt*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Vandereycken, W. (1987b). Interactionele obstakels in de hulpverlening. In: M. Moors-Mommers, W. Bezemer, J. Frenken, G. Roelofs en W. Vandereycken (red.), *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

#### Summary

##### *Ethical questions in sexual therapy*

Professionals in the management of sexual problems have to deal with ethical issues they often tend to overlook: (1) helping as a right or a duty; (2) the therapeutic relationship as a means or an end; (3) treatment as emancipation or problem-induction.