

III. Integriteit

Onder het principe ‘integriteit’ behartigt men waarden als eerlijkheid, rechtvaardigheid, betrouwbaarheid, onomkoopbaarheid, liefde voor waarheid. Wanneer men mensen vraagt naar de meest wenselijke eigenschap van een goede leider, noemt 70% van de respondenten op de eerste plaats ‘integriteit’ (Blanchard et al., 1989). Een onderzoek naar ethische constructen in meer dan achthonderd organisatiecodes reveleerde dat het construct ‘integriteit’ als basisbegrip fungeert in de meeste codes (Tucker et al., 1999). Daarbij valt op dat men integriteit ziet als de som van andere principes (respect, verantwoordelijkheid en deskundigheid). Een dergelijke visie stemt overeen met hoe Jung en Erikson over integriteit spreken als een soort heelheid, in contact staan met alle aspecten van het Zelf; en hoe oosterse filosofen integriteit opvatten als een ‘welwillende gevoeligheid voor de noden van het geheel’, wat inhoudt: alle aspecten van het Zelf én de omgeving (Beebe, 1999).

Een buitenstaander kan alleen oordelen over de uiterlijke component: getuigt iemands gedrag van eerlijkheid en rechtvaardigheid? Maar integriteit impliceert vooreerst een innerlijke component, namelijk ‘de waarheid omtrent zichzelf kennen’. Deze *zelfkennis* omhelst de uitzuivering van de eigen motieven en de bereidheid om eigen diepere beweegredenen en onbewuste mechanismen die het professioneel handelen kunnen doordringen, te exploreren. Immers, de grens tussen het eigenbelang en het belang van de cliënt is soms vaag en heel wat blinde vlekken van de therapeut kunnen geprojecteerd worden op de cliënt.

Integer gedrag is niet hetzelfde als onberispelijk gedrag, integer gedrag kan gepaard gaan met zoeken en fouten maken. Het is wel gedrag dat het daglicht verdraagt, waarover met collega’s gereflecteerd kan worden en waarbij men aan de cliënt kan toegeven dat men zich vergist heeft. Integriteit is ons niet ‘vanzelf’ gegeven. Naast een individuele discipline vergt het een collectieve waakzaamheid om te bevragen wat er dieperliggend – en daardoor vaak verborgen voor een oppervlakkige waarnemer – in ons handelen meespeelt.

Integer handelen veronderstelt *zelfrespect* en innerlijke sterkte. Mensen die positief staan tegenover zichzelf, bezitten datgene wat nodig is om de druk

van buitenaf te weerstaan en zij doen eerder wat goed is dan wat voordelig, populair of lucratief is. Zelfrespect is het tegenovergestelde van minderwaardigheidsgevoelens die zich kunnen manifesteren als te veel zelftwijfel of als valse trots (Blanchard et al., 1989).

Mensen met te veel *zelftwijfel* vertrouwen hun eigen oordeel niet. Als gevolg daarvan worden ze gedreven door een verlangen geaccepteerd te worden door anderen. Ze willen geen moeilijkheden veroorzaken of niet opvallen. Daarom is het voor deze mensen problematisch om moreel sterk in hun schoenen te staan omdat ze zich te weinig tegen druk van buitenaf verzetten. Mensen met zelftwijfel plooiën zich te veel naar anderen en zijn te bereidwillig om tegemoet te komen aan vragen van anderen.

Mensen met *valse trots* daarentegen luisteren te weinig naar anderen. Valse trots treedt op bij mensen met een verstoord beeld van hun eigen belangrijkheid. Ze hebben het nodig om zichzelf als middelpunt te zien. Ze hebben een constante behoefte om te winnen en dat leidt ertoe dat ze rationaliseren, verdoezelen, bluffen en liegen. Hun trots staat niet toe dat ze twijfelen, onzeker zijn, fouten maken of verliezen. Zelfrespect is een sleutelfactor als men wil leven met integriteit.

Het onderhouden van een zekere mate van *zelfwaardering* blijkt een van de sterkste en meest persisterende menselijke doelstellingen te zijn (Bersoff, 1999). Mensen willen hun innerlijke norm van goed en fout kunnen aanhouden, ook in afwezigheid van externe sanctionerende bronnen. Als iemands zelfbeeld toch aangetast wordt, treedt er een hele reeks egodefensieve processen in werking, die als doel hebben het beeld van zichzelf als zijnde goed en integer te behouden.

Het stellen van onethisch gedrag wordt voorafgegaan door *rationalisaties* die de daad herdefiniëren als zijnde ‘gepast in de situatie’; op die wijze beschermt het individu zijn zelfwaardering. In het redeneren over (on)ethisch gedrag zijn vier soorten rationalisaties te onderscheiden (Gellerman, 1986).

- Bij de eerste rationalisatie argumenteert men dat het gedrag niet ‘echt’ immoreel is; dat leidt tot de discussie ‘hoe ver is té ver?’. Geleidelijk kan de grens opschuiven en vermindert de gevoeligheid voor wat onethisch is.
- Bij de tweede rationalisatie verschuilt men zich achter anderen: ‘iedereen doet het’ of ‘anderen leggen het mij op’. De omgeving knijpt hierbij graag een oogje dicht omdat die er zelf soms beter van wordt.
- De derde rationalisatie is het moeilijkst te bestrijden omdat ze in vele gevallen waar is: men heeft het idee dat het gedrag gesteld kan worden omdat de ‘pakkans’ klein is. Als de kans om betrapt te worden klein is, lijkt het gedrag zelf ook niet ‘slecht’. Het betekent dat onethisch gedrag niet zozeer ontmoedigd wordt door grote sancties maar wel door de kans om betrapt te worden (verkeersovertredingen en zwartwerk zijn hiervan dagelijkse illustraties).

- Een vierde rationalisatie houdt in dat als anderen er voordeel bij hebben, die dan ook beschermend zullen optreden in een soort wederkerige loyaliteit.

Verder spelen individuele verschillen in *gevoeligheid voor rechtvaardigheid* een rol (Mudrack et al., 1999). Er zijn vooreerst de ‘gevers’, die tevreden zijn met weinig te krijgen. Ze bieden gemakkelijk hun diensten aan zonder iets in ruil daarvoor te verwachten. Ze hechten ook minder belang aan extrinsieke output zoals loon voor arbeid omdat hun gevoel van zelfactualisatie motiveerend werkt. Ze putten voldoening uit wat ze doen, omdat ze van binnenuit waarde hechten aan hun handelen. Als ze daarmee een ander ook nog plezier kunnen doen, zijn ze extra gelukkig, maar ze verwachten geen wederdienst. Ze nemen ook zelden uit zichzelf de ruimte om iets over zichzelf te vertellen. Vervolgens zijn er de ‘nemers’; zij zijn steeds op zoek naar hun voordeel, ze vinden het vanzelfsprekend om middelen aan te wenden waar ze zelf beter van worden, ook als dat ten koste van anderen is. Ze zien er bijvoorbeeld geen probleem in om materiaal van de werkplaats mee naar huis te nemen, want ze menen daar recht op te hebben. Het zijn ook de mensen die het vanzelfsprekend vinden om in het middelpunt van de belangstelling te staan of voortdurend aandacht te krijgen. De ‘evenredigen’ ten slotte vinden het rechtvaardig wanneer er een evenwicht is tussen wat ze geven en nemen. In een gesprek zullen ze bijvoorbeeld afwisselend luisteren en zelf het woord nemen.

Maar ook de *organisatie* waarvan iemand deel uitmaakt, heeft invloed op het ethische gedrag van individuen (Weber, 1996). Zo blijkt een toename van competitiedruk te leiden tot meer onethisch gedrag. Organisaties die bekommerd zijn om hun integriteit, proberen het morele bewustzijn van hun medewerkers te verhogen (Butterfield et al., 2000). Ze zetten hun werknemers aan om rekening te houden met de gevolgen van hun beslissingen en acties. Ook zou een moreel taalgebruik het ethische bewustzijn stimuleren; iets benoemen bijvoorbeeld als ‘bedrog’, ‘onrecht’, ‘fatsoen’... heeft invloed op de perceptie van het gedrag. Een ander belangrijk element is de sociale consensus over ethische kwesties binnen de organisatie. Het opleggen van allerlei gedragsregels blijkt minder stimulerend voor een ethische ingesteldheid te zijn dan het samen spreken over ethische aspecten in het werk. Er zijn zelfs ‘ethische organisaties’; er werd immers vastgesteld dat het uitpakken met een ethische code het imago van een organisatie kan oppoetsen (Tucker et al., 1999). Maar als ethische codes niet het gedachtegoed van de leden reflecteren, blijken ze maar in beperkte mate invloed te hebben op de cultuur van de organisatie.

Uiteenlopende groeperingen van gedragsregels in beroepscode illustreren dat het arbitrair is onder welk principe een bepaalde gedragsregel precies thuishoort. Eenzelfde gedrag is meestal in verband te brengen met meerdere

principes. De *belangrijkste gedragsregels* voor hulpverleners betreffende integriteit worden verder besproken vanuit de volgende indeling:

- eerlijkheid en nauwkeurigheid;
- oprechtheid en openheid;
- rolintegriteit.

Eerlijkheid en nauwkeurigheid

Onder eerlijkheid en nauwkeurigheid valt alles wat met objectiviteit, juistheid, duidelijkheid te maken heeft. Bij gebrek hieraan spreken we van bedrog of misleiding door de hulpverlener. Zo sporen de beroepscodes de professionals aan om hun diensten objectief voor te stellen wanneer ze zich bekendmaken; een correcte vermelding te geven van hun titels, kwalificaties, opleiding, ervaring en competentie, alsmede de beroepsorganisaties waartoe zij behoren. Dat betekent bijvoorbeeld dat een stagiair helder moet informeren over zijn leerpositie. De cliënt heeft recht op eerlijke informatie en zal doorgaans ook met meer mildheid eventuele beginnersfouten erbij nemen als hem niets voorgewend is.

In *folders*, waarmee mensen psychologische diensten aanbieden, zijn soms diverse overtredingen op het vlak van eerlijkheid en nauwkeurigheid te vinden. Vaak ontbreken duidelijke vermeldingen van kwalificaties of ervaring. Niet dat titels steeds een garantie bieden voor kwaliteitsvolle dienstverlening, maar het gaat erom mensen niet te misleiden door een onjuiste of onvolledige vermelding van opleidingen.

Eerlijkheid en nauwkeurigheid zijn ook aan de orde bij het weergeven van professionele bevindingen. Integriteit impliceert eveneens dat de beperkingen van getrokken conclusies duidelijk vermeld worden. Bedrieglijke praktijken kunnen op kleine en grote schaal voorkomen. Wanneer bijvoorbeeld de *verslaggeving* van een onderzoek niet nauwkeurig gebeurt, geven de bevindingen een verkeerd beeld van de realiteit. Zo werden er heel wat mensen misleid door het destijds ophefmakende Hite-onderzoek (Kimmel, 1996).

Voor een onderzoek (1976-1987) naar het seksuele leven van vrouwen liet Hite 100.000 vragenlijsten versturen naar vrouwen die lid waren van feministische organisaties (bijvoorbeeld: een organisatie die ijverde voor de legalisering van abortus) en diverse verenigingen (bijvoorbeeld: hobbyclubs). In die vragenlijst werden 127 open vragen voorgelegd betreffende seksueel functioneren, partnerrelaties, ontgoochelingen in de liefde, verwachtingen ten aanzien van seksuele partners, enzovoort. Terzijde kan men hierbij opmerken dat er veel vragen gesteld werden waardoor menig huwelijk overhoop gehaald werd. Vanuit het autonomieprincipe kan men de

bekommernis hebben of onderzoekers het recht hebben om in die mate binnen te dringen in de privé-sfeer van niets vermoedende subjecten? De problemen rond integriteit duiken hier echter vooral op bij de publicatie van de onderzoeksresultaten. In haar eindrapport besluit Hite dat de meeste Amerikaanse vrouwen ongelukkig zijn met hun intieme relatie. Verder stelt ze dat de mannen schuldig zijn aan de ontevredenheid van hun partner, omdat zij weigeren over gevoelens en spanningen in de relatie te praten en ze vaak ten onrechte hun partner kritiek geven of belachelijk maken. De beweringen van Hite zijn gebaseerd op 4.500 respondenten.

De wijze waarop Hite haar conclusies getrokken heeft, getuigt niet van eerlijkheid en nauwkeurigheid. Ze kan immers moeilijk staande houden dat haar vragenlijsten verstuurd werden naar een representatief staal van de vrouwelijke bevolking. Slechts een specifieke minderheid is lid van een feministische beweging of een vrouwenorganisatie. Verder lijken 4.500 ingevulde vragenlijsten misschien veel, maar als je voor ogen houdt dat er 100.000 vragenlijsten verstuurd werden, kom je aan een zeer lage responsmode (4,5%), terwijl de norm die men hanteert in de menswetenschappen minstens 40% vereist. De vragenlijsten werden dus niet teruggestuurd door ruim 95% van de aangeschreven vrouwen. Hite doet de waarheid geweld aan wanneer zij besluit dat haar bevindingen ‘typische patronen’ in de intieme man-vrouwrelatie reveleren. Ze kan hooguit beweren dat er interessante onthullingen gedaan zijn door een uitgesproken minderheid van de Amerikaanse vrouwen.

Een naïeve lezer laat zich door zo’n verslag echter op het verkeerde been zetten. Door een gebrek aan eerlijkheid en nauwkeurigheid worden zowel cliënten als hulpverleners soms opgezadeld met informatie die tendentiekus is.

Een minderheid van de hulpverleners krijgt ooit te maken met situaties waarbij hun in de *media* gevraagd wordt om adviezen te geven voor veelvoorkomende menselijke problemen of beschouwingen bij de actualiteit.

Collega Ed Klip (1995) meldt op een openhartige wijze hoe hij in gewetensproblemen kwam nadat een Utrechts dagblad en vervolgens de NCRV een televisiereportage maakten over slaapproblemen, waarbij hij als deskundige opgevoerd werd. Hij wijst op het gevaar dat de psycholoog ingepast wordt in het opzet van het programma en dat presentatoren en publiek vragen stellen waarop de psycholoog eigenlijk niet mag antwoorden: ‘Dat weet ik niet.’ Bovendien ontstond er een spiraal: hij werd steeds meer gevraagd als spreker, zelfs bij de opening van een slaapkamerzaak. Achteraf bekeken – zo verklaart deze collega deemoedig – heeft hij, gevoed door ijdelheid, de beroepscode meermaals overschreden.

Bij contacten met de media is de kans op ontsporing groot: vaak kan de beroepsbeoefenaar bijna niet anders dan ongenueanceerde uitspraken geven die de waarheid geweld aandoen. Klip (1995) spreekt de wens uit dat meerdere collega's diverse anekdotes zouden voorleggen aan anderen met de vraag: 'Kan ik dat wel doen?', omdat het altijd mensenwerk blijft, waarbij men soms slechts door scha en schande wijzer wordt. In deze context kan men zich ook vragen stellen bij de medewerking van deskundigen aan populaire televisieprogramma's. Voorzover het de bedoeling is eerlijke informatie te verstrekken aan een ruim publiek, is er niets mis met de integriteit van de beroepsbeoefenaar. Het is zinvol dat wetenschappers uit hun ivoren toren komen en hun kennis minder of meer ge vulgariseerd ter beschikking stellen van 'gewone' mensen. Maar als de commentaar van de deskundige moet dienen om het sensatiegehalte van emo-programma's te verhogen of eventuele misbruiken zelfs te vergoelijken, komt niet alleen de integriteit van de betrokkene op de helling, de hele beroepsgroep wordt ermee in diskrediet gebracht.

Oprechtheid en openheid

Oprechtheid en openheid veronderstellen een subjectiever oordeel van de hulpverlener omdat het over minder objectieve feiten gaat en er geen duidelijk houvast is van wat 'juist' of 'onjuist' is. Oprechtheid en openheid verwijzen meer naar de innerlijke component van 'het goede willen' voor de cliënt, geen verborgen agenda hanteren, en het evenwicht vinden tussen niet 'te veel' en niet 'te weinig' zeggen of doen. Het gaat om subtielere nuances die bij overtredingen minder duidelijk aanwijsbaar zijn, maar wel voelbaar en evenzeer schadelijk zijn.

Men kan bij oprechtheid niet terugvallen op een 'absolute waarheid', omdat diverse factoren bepalen wat in een specifieke situatie gepast is. Niemand kan bijvoorbeeld zeggen wat precies de waarheid is die meegedeeld moet worden aan een patiënt die depressief is. De graad van oprechtheid en openheid die gepast is, hangt samen met tijd, plaats, culturele achtergrond en de hele professionele context. Wat in een bepaalde situatie juist is, zoals een sterke confrontatie om iemand bewust te helpen worden van een probleemgedrag, kan in andere omstandigheden onethisch zijn omdat het kwetsende informatie is waar de cliënt geen boodschap aan heeft. Bij eerlijkheid is het duidelijker wat de 'waarheid' is en die verandert ook niet naargelang de context. Bij de gedragsregels omtrent de informatieplicht van de hulpverlener was dezelfde thematiek aan de orde bij de vraag wat tot de noodzakelijke informatie behoort die de cliënt moet krijgen. Sommige dingen weet men duidelijk, zoals de kostprijs van de behandeling, en de eerlijkheid gebiedt dan om daarover helder te informeren. Maar hoeveel kan/moet men zeggen over

eigen waardegevoeligheden? Hoe open en oprecht zal de hulpverlener informeren over bijvoorbeeld zijn persoonlijke seksuele voorkeur of politieke overtuiging?

Openheid en oprechtheid zijn niet hetzelfde als ‘alles zeggen’. Het betekent vooral dat de cliënt erop moet kunnen vertrouwen dat de hulpverlener geen belangrijke informatie achterhoudt, dat wat hij zegt gemeend is, en dat de keuze – bij de onvermijdelijke selectie van informatie – in het belang van de cliënt gemaakt wordt. Verder wendt de oprechte hulpverlener geen valse gevoelens voor en doet hij niet ‘alsof’ bijvoorbeeld het verhaal van de cliënt hem nog interesseert wanneer hij zich eigenlijk zit te vervelen.

De essentie is dat de hulpverlener *betrouwbaar* is in zijn communicatie. Dat betekent ook dat wanneer informatie of feedback niet terzake is voor het proces van de cliënt of misschien zelfs schade aanricht, niet spreken of zorgvuldig en discreet slechts weinig zeggen of de halve waarheid, van meer betrouwbaarheid getuigt dan ongenueanceerd de hele waarheid zeggen. Overdreven openheid en oprechtheid worden ondeugden, omdat het te weinig rekening houdt met wat voor de cliënt zinvol en verteerbaar is om te horen.

Een hulpverlener die in de gehandicaptenzorg werkt, voelt zich op een bepaald moment aangetrokken tot een 15-jarig meisje. Zij ervaart iets van zijn opwindend en vraagt hem – met een ondertoon van blijde verwachting – of hij verliefd is op haar. De hulpverlener weet van zichzelf dat hij momenteel gevoelig is voor nieuwe verliefdheden, want zijn partner heeft hem recent in de steek gelaten en hij zit al enige tijd op zijn seksuele honger. Hij kan onderkennen dat op dit moment elke vrouw die wat dichterbij komt, aantrekkelijk is. Deze cliënt is daarop geen uitzondering, in feite is ze een van de vele vrouwen die hem nu prikkelen. Wat zou hier een oprecht antwoord kunnen zijn?

Als hij haar vermoeden ontkent, zaait hij verwarring bij de cliënt, want zij heeft wel degelijk juist waargenomen dat er iets is. Haar op die manier afwimpelen is onoprecht en het maakt zijn communicatie onbetrouwbaar. De volledige waarheid spreken kan kwetsend zijn voor het meisje omdat ze zichzelf daarbij herleid zou kunnen voelen tot een onpersoonlijk seksobject. Bovendien zou ze opgezaald worden met de problematiek van de hulpverlener en zich misschien geroepen voelen om hem op te vangen! Genuanceerd en slechts een deel van de waarheid spreken getuigt in deze situatie van meer integriteit en zorg dan volledige openheid. De hulpverlener zou bijvoorbeeld kunnen zeggen dat zij het juist heeft waargenomen dat hij zich een moment aangetrokken voelde tot haar, maar dat hij in zijn professionele relatie met haar daar geen gevolg aan wil geven.

Als het meisje dan nog blijft doorvragen, kan hij aangeven dat hij er niet méér over wil zeggen, dat het dingen zijn die verder niets met haar en hun

interactie te maken hebben. Hij dient vervolgens de aandacht te verleggen naar wat zijn reactie betekent voor haar en wat het bij haar oproept, in plaats van met nog meer openheid over zichzelf te spreken.

Bij gebrek aan openheid of oprechtheid kan men niet – zoals bij gebrek aan eerlijkheid en nauwkeurigheid – spreken van ‘bedrog’ of ‘misleiding’. Wel kan men vinden dat de hulpverlener in sommige situaties te gesloten was of zich onecht gedragen heeft. De overgang van geslotenheid en onechtheid naar bedrog en misleiding is niet altijd zo scherp te maken. Het zou best kunnen dat de hulpverlener soms oordeelt dat hij bepaalde dingen beter niet kan zeggen, terwijl de cliënt zich daardoor bedrogen kan voelen.

Rolintegriteit/belangenconflicten en exploitatie

Er is sprake van rolintegriteit wanneer de hulpverlener een heldere grens hanteert tussen wat onder zijn beroepsuitoefening kan vallen en wat daarmee niet te verenigen is. Situaties waarin er belangenconflicten zijn en exploitatie van de hulpverlenersrelatie wijzen op problemen met rolintegriteit. De meest geruchtmakende problematiek inzake rolintegriteit betreft seksueel misbruik binnen de professionele relatie. Andere problemen met rolintegriteit, zoals het bevorderen van persoonlijke belangen en het mengen van een professionele rol met een andere (al dan niet professionele) rol, komen in de praktijk veel meer voor. Ze zijn echter minder spectaculair en springen daardoor minder in het oog dan de seksuele grensoverschrijdingen.

In de reeds eerder aangehaalde onderzoeken naar ethische dilemma's, waarin men vraagt aan therapeuten met welke conflicten zij het meest in aanraking komen, blijkt dat rolintegriteit op de tweede plaats komt (na beroepsgeheim). Men weet vaak geen raad met aantrekkelijke voorstellen van cliënten of men is soms tegen wil en dank beland in dubbelzinnige situaties die compromitterend zijn voor de integriteit. Nog vaker merkt men op dat collega's verzeild raken in belangenconflicten waarbij zij misbruik maken van de kwetsbare positie van de cliënt (Anderson & Kitchener, 1996; Smith & Fitzpatrick, 1995; Williams, 1998).

We bekijken problemen met rolintegriteit in de context van het bevorderen van eigen belangen, het aanvaarden van geschenken en het aangaan van meervoudige relaties. Binnen de meervoudige relaties besteden we een apart hoofdstuk aan de combinatie van een professionele relatie met een seksuele relatie en krijgt ook het thema van lichamelijk contact in de hulpverlening bijzondere aandacht.

Oneigenlijk bevorderen van persoonlijke, religieuze, ideologische, politieke belangen

In de praktijk stellen hulpverleners die diverse belangen vermengen, zich weinig vragen. Meestal zijn het anderen die onethische praktijken aanwijzen. Enkele voorbeelden.

Een therapeut laat zijn rijke klanten al meer dan tien jaar in zijn privé-praktijk komen, zonder ooit vragen te stellen bij de 'afhankelijkheidsproblematiek' van deze cliënten. Het komt de therapeut immers goed uit om vrij probleemloze en goed betalende klanten te houden.

Een hulpverlener die in een organisatie werkt, laat tegen de tijd dat de verkiezingen eraan komen, duidelijk merken welke partij zijn voorkeur wegdraagt en welke voordelen het stemmen op die partij kan hebben voor hun organisatie.

Een counselor in een ziekenhuis wordt vaak geconfronteerd met zingevingsvragen. Hij brengt aan hopeloze patiënten graag de 'blijde boodschap' vanuit zijn persoonlijke religieuze overtuiging.

Bij een cliënt die overweegt een schenking te doen, geeft de hulpverlener een advies om het geld te besteden aan een welbepaald project waarvan de hulpverlener in de raad van bestuur zetelt.

Sommigen vinden dat hulpverleners ook persoonlijke belangen bevorderen en zondigen tegen de integriteit wanneer ze geschenken aanvaarden van cliënten. Omdat elke therapeut of hulpverlener af en toe geconfronteerd wordt met giften, krijgt deze thematiek uitgebreider aandacht.

Geschenken in de professionele relatie

Mensen geven elkaar geschenken bij tal van gelegenheden. Geschenken kunnen een uitdrukking zijn van dankbaarheid, erkentelijkheid of waardering; men kan er emotionele banden mee bevestigen, aanhalen of verstevigen. Ze kunnen ook de functie hebben van betalingsmiddelen in ruil voor bepaalde diensten. Geschenken weigeren is ongebruikelijk in een normale sociale context, de gever ervaart zo'n weigering doorgaans als een belediging of een afwijzing.

Het is niet verwonderlijk dat therapeuten – die in hun achterhoofd de waarschuwingen meedragen dat geschenken van patiënten kunnen wijzen op onbewuste motieven, verdedigingsmechanismen, acting out... – in de praktijk niet goed raad weten met de gulheid van cliënten. Binnen de beroeps-ethiek is het de vraag in hoeverre het aanvaarden van geschenken in een

professionele context compromitterend is voor de rolintegriteit van de hulpverlener.

Zoals vaak bieden beroepscode's geen duidelijk houvast. In de praktijk lossen hulpverleners het probleem meestal op door de grootte van het geschenk als criterium te nemen: kleine geschenken vinden ze aanvaardbaar, grote geschenken ervaren ze als problematisch in de professionele context. Vanuit integriteit gelden echter zowel bij grote als bij kleine geschenken andere vragen: verzwakt het geschenk de professionele relatie, weerhoudt het de hulpverlener om te doen wat hij in feite zou moeten doen, wordt de therapeut omkoopbaar of verblind voor de dynamiek in de relatie? Op die wijze is ethisch handelen nauw verbonden met de betekenis van de gift.

Een opmerkelijke benadering van het thema is te vinden bij de psychoanalytische kindertherapeute Françoise Dolto (1998).

Dolto had de gewoonte om het kind een symbolische gift te vragen bij wijze van betaling voor de zitting: een postzegel, een keitje... dingen die in een kinderverzameling van belang kunnen zijn en dus een zekere waarde hebben. Dolto weigerde als betaling echter tekeningen of dingen die door het kind zelf waren gemaakt, omdat hierbij de symbolische functie van het betalen verdwijnt. Het kind kan denken dat het een geschenk moet meebrengen om de therapeut een plezier te doen. Dolto zegt dan: "Ik heb een beroep en ik word betaald. Ik heb geen geschenken nodig. Ik ben hier om je verder te helpen in je leven en niet om een geschenk van je te krijgen. Je betaalt voor jezelf. Als je een tekening hebt gemaakt en als je die graag aan mij wilt geven, dan leg je die daar maar neer. Dat is prima. (Maar ik zeg geen dankjewel.) Dat neemt niet weg dat je een kiezelsteentje voor me moet meebrengen. Dat is iets totaal anders."

Als iemand met bankbiljetten betaalt, analyseer je die niet, zelfs niet als erop geschreven staat: "Je kunt de pot op." Je neemt ze in ontvangst. Ze hebben een zekere geldwaarde, punt uit. Een tekening daarentegen bevat analytisch materiaal. Als ze als betaling wordt aangereikt, kun je die niet meer analyseren (pp. 81-82). De symbolische betaling moet dienen om minder afhankelijk te zijn, ze is geen geschenk, ze behoort tot het contract.

Rolintegriteit houdt in dat de hulpverlener aan de cliënt duidelijk overbrengt op welke wijze de (symbolische) betaling voor het professionele contract geregeld is en dat er geen surplus van de cliënt verwacht wordt. Het is in de hulpverlening ook niet gebruikelijk om bij een betaling van bijvoorbeeld 38 euro het wisselgeld van 2 euro eventueel niet terug te geven, zoals dat in sommige beroepen wel courant is. Het geven van fooien wordt trouwens geassocieerd met beroepen waar het formele inkomen ontoereikend is of waar men juist door iets extra's te geven, moet verkrijgen dat er een betere dienstverlening tegenover staat.

De beroepsethiek van de hulpverlener houdt in dat de kwaliteit van de professionele dienstverlening op geen enkele wijze beïnvloed wordt door giften of fooien van cliënten. Alles wat bovenop – maar ook onder – de contractafspraken gegeven wordt, heeft een eigen betekenis die om verduidelijking vraagt. Het openen van de (onbewuste) betekenis van de gift is prioritair in een goede beroepsuitoefening.

Om te kunnen stilstaan bij de betekenis heeft de cliënt voldoende veiligheid en aanvaarding nodig, daarom kan het soms noodzakelijk zijn dat de hulpverlener de gift in ontvangst neemt.

Een cliënt brengt regelmatig geschenkjes mee (een potje zelfgemaakte confituur, een kaars, een doosje chocolade); zij kan niet verdragen dat de therapeut deze niet aanneemt. Aanvankelijk aanvaardt de therapeut deze kleinoden en laat hij de cliënt ook ongemoeid na de waarschuwing dat ‘de therapeut daar niets achter moet zoeken’! Bij het derde geschenkje dringt de therapeut aan dat de cliënt exploreert wat zij beleeft aan dit geven. Dan ontdekt de cliënt dat ze uitzonderlijk dankbaar is voor de aandacht die ze krijgt en dat zij er altijd van uitgaat dat zij iets extra’s moet doen opdat anderen haar graag mogen. Het dringt ook tot haar door dat haar oorspronkelijke zorgfiguren alleen voorwaardelijk beschikbaar waren.

Wanneer de hulpverlener in een situatie als deze onvoldoende oog heeft voor de thematiek van waaruit de cliënt geeft, dan brengt zelfs het aanvaarden van kleine geschenken een verzwakking van de professionele rol mee.

Als noodzakelijke aanloop naar meer zelfinzicht bij de cliënt beschrijft Hahn (1998) meerdere ondersteunende interventies van de therapeut, zoals: de gift aannemen, een positieve emotionele respons geven, de gift benoemen en beschrijven. Door het geschenk te accepteren communiceert de hulpverlener acceptatie van de affectieve toestand die verbonden is met de dynamiek van het geven. Vooral bij cliënten die al vaker geleden hebben onder emotioneel misverstaan worden en die als gevolg daarvan aanhoudende zelfkritiek en een laag zelfwaardegevoel hebben en zich gemakkelijk schamen, is de acceptatie extra belangrijk. Als de therapeut aarzelt om de gift aan te nemen of ze weigert, ontlokt hij verdedigingsmanoeuvres en wordt verdere zelfreflectie bij de cliënt geblokkeerd. Het geven van een positieve emotionele respons bij het aanvaarden van de gift is belangrijk omdat het validerend is voor de kinderlijke verlangens naar een juiste afstemming en omdat het de ruimte schept waarin de patiënt de ervaring van het vroegere gemis kan toelaten. De positieve respons van de hulpverlener biedt ook een correctie op de anticipatie van verwerping, die voor deze patiënten overheerst in een interpersoonlijke context.

Vervolgens beschrijft Hahn hoe de therapeut interesse betoont door te spreken over de gift in termen van: hoe ziet het eruit, wat voor eigenschappen heeft het, hoe heeft de cliënt het uitgekozen, is er iets bijzonders aan dat de cliënt wil dat de therapeut opmerkt? Op die wijze verschuift de focus geleidelijk van het geschenk naar de subjectieve beleving van de cliënt.

Een cliënt geeft een thermometer als geschenk aan de therapeut met de boodschap dat het symboliseert hoe zij de therapie beleeft. Waarop de therapeut reageert: “Een thermometer meet warmte en koude, ongeacht hoe warm of koud het ook is, de thermometer registreert het altijd.” De cliënt is zeer ontroerd door deze ondersteunende reactie en kan vervolgens erkennen hoezeer ze een dergelijke veilige opvang gemist heeft in haar leven.

Het kan ook zijn dat meer confronterende interventies gepast zijn.

Een cliënt heeft al meerdere keren de therapeut ‘beloond’ met complimenten. Op een dag komt ze met een knutselwerk en de melding: “Dat heb ik voor u gemaakt.” Na de gift in ontvangst genomen te hebben, reageert de therapeut: “Ik heb de indruk dat je iets terug verwacht. Heb jij ooit dat gevoel gehad dat door iets te krijgen de band aangehaald wordt en men ook meer van jou verwacht?” De cliënt antwoordt: “Ik wou alleen maar aardig zijn.” De therapeut: “En als wij aardig zijn voor iemand, dan is het heel redelijk om te verwachten dat die andere ook aardig is voor ons.” Blijkt verder dat de cliënt denkt dat de therapeut zich zo meer verplicht zal voelen om haar te blijven zien; door voorwaardelijk geven werden in haar familie van herkomst relaties gesmeed.

Voorzover integriteit ook betrouwbaarheid betekent, moet het duidelijk zijn voor de cliënt dat de hulpverlener niet zozeer het geschenk zelf in ontvangst neemt, maar wel accepterend is voor de beleving die op die wijze tot uitdrukking gebracht wordt. Toch kan daar geenszins aan verbonden zijn dat het aannemen van geschenken oké is als de betekenis maar voldoende geëxpliciteerd is. Er zijn geschenken die de professionele relatie ondermijnen, al of niet duidelijk zichtbaar. Als geschenken – bewust of onbewust – een middel zijn om iets extra’s van de hulpverlener te verkrijgen of om de therapeut ervan te weerhouden om confronterende tussenkomsten te doen, dan loert het risico van omkoopbaarheid. Naarmate de materiële waarde van een geschenk toeneemt, vermindert de onschuld van het geschenk of neemt de in te lossen schuld van de hulpverlener toe.

Soms is er een extra complicatie wanneer het geschenk onrechtstreeks ten goede komt aan de hulpverlener of de organisatie waarin hij werkt.

Een rijke industrieel doet een schenking aan de instelling waarin zijn gehandicapt kind opgenomen is. Er worden vaker schenkingen aanvaard door de organisatie, alleen is de geveer nu iemand die zelf gebruikmaakt van de diensten van de organisatie. De hulpverleners die het kind begeleiden, zijn op de hoogte van de schenking. Het zou van integriteit getuigen indien de hulpverleners in woord en daad duidelijk maken dat hun dienstverlening niet beïnvloed wordt door eventuele schenkingen van ouders. De organisatie kan de geveer erkentelijk zijn, maar moet hem ook laten weten dat dit geen voorkeerbehandeling voor zijn kind tot gevolg heeft. Men zou het best met de geveer zorgvuldig bespreken wat hijzelf eventueel verbindt met dit geven en opletten op welke wijze dat doorspeelt in de dynamiek van de begeleidingscontext. Eigenlijk zou de organisatie er beter aan doen aan de hulpverleners niet te laten weten wie hun 'sponsors' zijn, maar in de praktijk is dat niet altijd te realiseren.

Is het altijd problematisch als cliënten de therapeut een plezier willen doen? Geschenken meebrengen voor de hulpverlener zou natuurlijk geen hoofdbekommernis van de cliënten mogen zijn, ze hebben wel andere problemen als ze in therapie zijn. Als ze daar toch mee bezig zijn, is dat betekenisvol. Maar het exploreren van die betekenis hoeft niet voortdurend ingegeven te zijn vanuit het idee dat het een probleem is. Dankbaarheid is een positieve emotie, waarbij we als hulpverleners ook blij mogen zijn dat onze cliënten evolueren naar meer opbeurende ervaringen. Als de hulpverlener de dankbaarheid van de cliënt oprecht kan ontvangen, is dat vaak een van de tekens dat de afhankelijkheidsrelatie ten einde is en de cliënt afscheid wil nemen in een meer gelijkwaardige verhouding.

Men kan besluiten dat kleine geschenken op hun plaats kunnen zijn voorzover ze bepaalde aspecten van de professionele relatie beter tot uitdrukking brengen en daarmee het zelfinzicht bij de cliënt bevorderen. Wanneer de belangen van de hulpverlener er niet mee gemoeid zijn, hoeven geschenken de professionele integriteit niet aan te tasten. Als ze voldoende in hun betekenis doorgelicht zijn, impliceren ze doorgaans geen verzwakking van de professionele rol.

Dezelfde principes blijven van kracht wanneer de hulpverlener iets schenkt aan de cliënt. In uitzonderlijke situaties kan het aangewezen zijn dat de therapeut een aspect van de therapeutische relatie meer daadkracht geeft door er een materieel symbool aan toe te voegen.

Een 15-jarig meisje moet de therapie voortijdig beëindigen omdat haar ouders voor de zoveelste keer verhuizen naar een ander land. Ze heeft erg veel moeite met het afscheid van de therapeut en ze is bang dat haar vooruitgang te pril is om stand te houden zonder de therapie. De therapeut

drukt zijn geloof in de stevigheid van de cliënt uit door haar bij het afscheid een mooi steentje cadeau te doen. De cliënt laat enkele maanden later aan de therapeut weten dat zij het steentje altijd bij zich draagt en eraan voelt om zichzelf moed in te spreken op momenten dat ze het moeilijk heeft.

Het lijkt weinig zinvol dat hulpverleners nodeloos vasthouden aan ideologische normen die niet passen bij de leefwereld van de cliënt. In een multiculturele samenleving komt daar nog bij dat het uitsluitend reageren vanuit een bepaalde subcultuur op zijn minst respectloos is wanneer die waarden botsen met tradities en praktijken uit andere culturen, waar geschenken soms een belangrijk relatievevestigend medium kunnen zijn of als non-verbale uitdrukking meer zeggingskracht hebben dan woorden.

Andere situaties van het oneigenlijk bevorderen van persoonlijke belangen ontstaan wanneer hulpverleners ingaan op aantrekkelijke aanbiedingen van cliënten. Enkele voorbeelden zo uit de praktijk gegrepen.

De therapeut logeert af en toe in het leegstaande vakantieverblijf van een cliënt.

De hulpverlener kan tegen een gunstprijs meubelen kopen in de zaak van een cliënt.

Een cliënt die tuinarchitect is, wil een ontwerp maken voor de tuin van de hulpverlener.

Een groepslid komt soms babysitten voor de kinderen van de groepstherapeut.

Het accepteren van dergelijke voorstellen is vergelijkbaar met het aannemen van geschenken, maar heeft bovendien een bijkomende complicatie omdat de hulpverlener hiermee ook in een andere relatie (als klant of werkgever) ten opzichte van zijn cliënt belandt, zodat de thematiek van meervoudige relaties aan de orde is.

Meervoudige relaties

Er is sprake van meervoudige relaties wanneer de therapeut naast zijn professionele relatie met de cliënt¹ tegelijkertijd of opeenvolgend een tweede relatie met zijn cliënt heeft, die van een zakelijke, sociale of professionele aard kan zijn. Meervoudige relaties zijn niet strafbaar, tenzij het gaat om een sek-

1. Indien de cliënt een kind is, worden de ouders van het kind eveneens als cliënt beschouwd wanneer het over meervoudige relaties gaat.

suele relatie die aangegaan wordt in de context van hulpverlenerschap, maar aan deze bijzondere situatie van rolvermenging besteden we verderop uitvoerig aandacht in een apart hoofdstuk. Wanneer de hulpverlener zijn bestaande professionele relatie combineert met contacten met de cliënt in een andere context, wordt er soms onderscheid gemaakt tussen ‘overschrijding’ en ‘schending’ van een grens. Die subtiele nuance duidt op de mogelijke schade die cliënten kunnen ondervinden wanneer de therapeut buiten het kader treedt.

De meeste beroepscoodes waarschuwen voor problemen met rolintegriteit wanneer de hulpverlener zich in meervoudige relaties met de cliënt begeeft, maar verschaffen weinig duidelijkheid over wat wel of niet schadelijk is. In de waarschuwingen zitten diverse bekommernissen vevat.

- Vooreerst vergroten meervoudige relaties de kans op uitbuiting en machtsmisbruik. Een professionele relatie veronderstelt de nodige afstand om belangenconflicten te voorkomen, terwijl combinaties van relaties verwachtingen creëren die vaak onverzoenbaar zijn.
- Vervolgens is er steeds het risico dat de kwaliteit van de professionele relatie – en ook de kwaliteit van de andere relatie – aangetast wordt. Meervoudige relaties beïnvloeden onvermijdelijk de natuur van de professionele relatie. Een afwijking van de opgelegde grenzen kan een bedreiging vormen voor het therapeutische proces. Traditioneel zijn psychoanalytisch georiënteerde therapeuten hiervoor het meest behoedzaam, en zij zullen zelfs informeel contact met cliënten vermijden.
- Ten slotte kan ook de effectiviteit van een diagnose of een behandeling in het gedrang komen wanneer de objectiviteit zoek is. Het is immers niet denkbeeldig dat het professionele oordeel beïnvloed wordt door de contacten in een andere (al dan niet professionele) relatie.

Meervoudige relaties maken het ongetwijfeld complexer en moeilijker om zich integer te verhouden met de cliënt, maar dat wil niet zeggen dat combinaties van rollen altijd per se problematisch moeten zijn! Er zijn verschillende soorten meervoudige relaties (Keith-Spiegel & Koocher, 1998). Diverse voorbeelden kunnen deze thematiek verlevendigen.

✓ *Diensten ruilen voor diensten*

Een student die zijn therapie niet kan betalen, helpt de therapeut met computerproblemen en maakt de grafieken en tabellen wanneer de therapeut een publicatie voorbereidt.

Ruilhandel stamt nog vanuit de tijd dat er geen geld bestond om iemand te betalen. Het is een typisch menselijk gedrag, waarvan eerlijkheid aan de basis ligt. Het kan een mooi gebaar zijn om iemand die niet kan betalen voor de hulpverlening, toch te laten genieten van de professionele dienstverlening

in ruil voor een wederdienst. Maar hoe goed bedoeld het ook is, de dynamiek die hiermee binnensluipt in de professionele relatie, is niet te onderschatten. De therapeut zal zich minder vrij voelen om de cliënt te confronteren met problematische aspecten als hij ondertussen ook afhankelijk is geworden van de diensten van de cliënt. Ook is de therapeut ‘besmet’ in zijn oordelen, want hij maakt de cliënt in een andere context mee. Omgekeerd is het tevens denkbaar dat de cliënt gevoelens opdoet die weinig met de therapie te maken hebben, maar alles met wat hij daarbuiten ondervindt in het contact met de therapeut. Zowel de therapeut als de cliënt zal het veel moeilijker hebben om elkaar nog iets te weigeren of een confrontatie aan te gaan.

✓ *Zakenrelaties met cliënten*

Een therapeut heeft een kinesist in begeleiding en vindt de man zeer geschikt om een duopraktijk mee uit te bouwen, zodat ze cliënten naar elkaar kunnen doorverwijzen.

Hoewel partnerschap in een commerciële onderneming als strikt zakelijk beschouwd wordt, kunnen er spanningen uit voortvloeien die de therapeutische relatie beïnvloeden en zelfs onmogelijk maken. Zeker wanneer één partij de indruk heeft dat vooral de andere profiteert van de zakelijke samenwerking, kan de agressie die daarover ontstaat, geen goede plek meer vinden in de therapeutische relatie. Het is ook de vraag of de zakenrelatie wel ooit voldoende ‘zakelijk’ kan zijn als de ene partner zoveel voorkennis heeft van de emotionele kwetsbaarheid van de andere partner.

✓ *Professionele relaties met werknemers*

Een secretaresse in een psychiatrische kliniek heeft problemen en consulteert hiervoor een psychiater van de kliniek. Later denkt ze dat haar promotie geblokkeerd is door de psychiater omdat hij op de hoogte is van haar persoonlijke problemen.

In werkrelaties zijn vaak macht en controle aanwezig, die niet te verzoenen zijn met een hulpverlenende relatie, waarin de werknemer/cliënt zich uitdrukkelijk toont in zijn zwakste plekken.

Het kan ook gebeuren dat iemand die reeds in therapie is bij een van de teamleden, solliciteert naar een baan in datzelfde centrum. De therapeut kan op die manier geconfronteerd worden met een mogelijke meervoudige rol, zonder dat hij dat zelf in de hand heeft.

Een vrouw die samen met haar twee kinderen van 5 en 8 jaar in gezinstherapie is in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, solliciteert er naar een baan als administratieve kracht.

De therapeut dient minstens met zijn cliënt te exploreren waarom de cliënt uitgerekend naar deze baan solliciteert en wat bij tewerkstelling de consequenties zullen zijn voor de therapeutische relatie. Maar als het gaat om een functie waarbij de cliënt in een positie komt dat zijn therapeut tevens veel macht uitoefent in de werksituatie, behoort het tot de verantwoordelijkheid van de therapeut om zorgvuldig aan de cliënt uit te leggen dat het engagement in deze functie niet kan samengaan met de therapie, dus dat de cliënt een van de twee dient te kiezen.

✓ *Professionele relaties met familieleden of vrienden*

Een echtpaar in een huwelijks crisis wil alleen bij een bevriende therapeut in therapie, omdat ze ervan overtuigd zijn dat hun vriend beter dan eender wie hun situatie kan inschatten en omdat ze hun problemen ook niet met 'een vreemde' willen delen. De therapeut kan echter niet verdragen dat zij zouden scheiden, want het koppel heeft een intense vriendschap met hem en zijn vrouw samen, en die vriendschap wil hij samen met hun huwelijk redden.

Vaak ziet men er geen kwaad in om vrienden of familie in nood te helpen met een professioneel advies. Het zou ook van weinig menselijkheid getuigen om niet bereid te zijn tot het bieden van hulp in eigen kring. Als de hulpverlener dat gratis en voor niets doet – zoals een vriendendienst waarvoor hij op een ander tijdstip ook weer iets terugkrijgt – is er geen probleem met rolintegriteit. Eigen aan familie- en vriendenrelaties is dat ze gebaseerd zijn op het bevredigen van wederzijdse behoeften. Een professionele relatie echter concentreert zich voornamelijk op de behoeften van de cliënt; het eigenbelang van de therapeut is er niet aan de orde. De betrokkenheid die de therapeut onvermijdelijk heeft bij vrienden of familie, maakt dat zijn professionele rol bij voorbaat ondergraven wordt wanneer de therapeut zelf belanghebbende partij is.

Een kind van 7 jaar is omwille van ernstige gedragsproblemen in behandeling bij een goede kennis van zijn ouders. Het kind begint op een bepaald moment te spreken over mishandeling thuis. De therapeut kan dat echter niet verzoenen met het beeld dat hij heeft van zijn vrienden en hij geeft het kind meteen te kennen dat het niet met dergelijke 'verzinsels' moet afkomen! Het kind klappt volledig dicht en de gedragsproblemen verergeren nog.

Het is verleidelijk om – zeker bij lange wachtlijsten in de hulpverlening – (kinderen van) vrienden of familie in nood een ‘snelle service’ te willen bieden. Waar men soms denkt dat ‘voorkennis’ van de situatie, waarover familie of vrienden beschikken, een voordeel zou zijn, vormt die ook een belemmering om onbevooroordeeld de feiten onder ogen te nemen.

De hulpverlener kan soms echter ook voor ‘voldongen feiten’ komen te staan.

Een van de cliënten die bij de psycholoog in therapie is, wordt het lief van zijn zus. De psycholoog kan hier vooreerst al in conflict komen met zijn geheimhoudingsplicht als de cliënt beslist om zelf niet aan zijn lief te zeggen dat hij in therapie is bij haar broer. Als de cliënt het wel zegt, vraagt het extra discipline van de therapeut/broer om niet ‘uit de biecht te spreken’. Het zou menselijk te begrijpen zijn dat hij zijn zus wil waarschuwen voor de valkuilen waar hij als therapeut bijzondere kennis van heeft. Hoe respectvol hij ook omgaat met zijn beroepsgeheim, blijft er nog de complexiteit van de meervoudige relatie. De psycholoog heeft hier niet de keuze om te stoppen met ‘broer zijn’ en hij kan zijn rol als therapeut niet direct ongedaan maken.

De therapeut die er zonder eigen keuze mee geconfronteerd wordt dat zijn professionele relatie gecombineerd wordt met een familiale relatie, zal vooreerst moeten evalueren of hij nog kan blijven functioneren in zijn professionele rol. In sommige professionele rollen – bijvoorbeeld als docent psychologie – is het misschien onbehaaglijk om college te geven aan familie of vrienden, maar niet ondoenbaar, tenminste voorzover de psycholoog eerlijk en betrouwbaar blijft. Maar bij een therapeutische relatie wordt het ingewikkelder en is het op het vlak van integriteit het zuiverste dat de therapeut en de cliënt samen beslissen om de therapie af te ronden zodra ze met elkaar in een andersoortige relatie verwickeld zijn. Als er geen problematische overdracht van de cliënt tegenover de therapeut is, lukt dat doorgaans wel en is de meervoudige relatie van de baan. Maar wat als de cliënt de therapie niet wil beëindigen of daar absoluut niet aan toe is? Zelfs als de therapeut zijn cliënt ervan zou kunnen overtuigen dat het nodig is hun therapeutische relatie te stoppen en zorgt voor een goede doorverwijzing naar een collega, kunnen de overdracht en de kwetsbaarheid van de cliënt soms nog te groot zijn om bijvoorbeeld als ‘normale schoonbroers’ met elkaar te kunnen omgaan. Ethisch gezien moet de cliënt er op zijn minst op kunnen rekenen dat de therapeut geen misbruik maakt van zijn bijzondere kennis en zich niet moet met de liefdesrelatie van zijn zus. De therapeut zou over de schreef gaan – op het vlak van zowel de geheimhoudingsplicht als de rolintegriteit – indien hij een familielid een liefdesrelatie ontraadt op basis van zijn professionele verwickelingen met een cliënt.

✓ *Vriendschap met cliënten*

Een cliënt die kunstenaar is, nodigt de hulpverlener regelmatig uit op zijn tentoonstellingen. De hulpverlener ontmoet de cliënt zo steeds vaker in een vriendschappelijke context. De cliënt is vereerd om tijdens die gelegenheden meer te vernemen over de intiemere gevoelens van de hulpverlener, maar weet daar tegelijkertijd niet goed raad mee. De hulpverlener herneemt soms tijdens de professionele gesprekken thema's die bij hem gewekt zijn tijdens een van de tentoonstellingen, wat dan voor de cliënt geheel uit de lucht komt vallen en tot discussies leidt die de cliënt erg verwarren.

Cliënten kunnen soms boeiende en aantrekkelijke mensen zijn, met wie de hulpverlener graag een vriendschapsrelatie – al dan niet op vraag van de cliënt – zou hebben. Deze verandering van rol brengt echter een vervaging van de grens mee die niet eenvoudig te hanteren is.

De therapeut van een 9-jarig meisje raakt bevriend met de moeder van zijn cliëntje. Daardoor komt hij af en toe aan huis en gaat hij soms uit eten met de moeder. Het meisje kan haar wantrouwen, kwaadheid en jaloezie over deze toestand geen plaats geven; ze blokkeert volledig in de therapie en wordt thuis onhandelbaar.

Kunnen cliënten vrienden worden wanneer de therapeutische relatie beëindigd is? In principe is daar vanuit beroepsethisch standpunt niets op tegen, omdat er na de beëindiging van de professionele relatie geen combinatie van verschillende rollen is en er geen belangenvermenging meer kan zijn. Maar in de praktijk is het niet zo eenvoudig om de vroegere rolpatronen werkelijk te verlaten. De kwaliteit van de vriendschap wordt vaak aangetast omdat er een onevenwicht in de vriendschapsrelatie blijft bestaan. De vriend/ex-clieënt vindt het nog altijd evident dat zijn vriend/ex-therapeut vooral therapeutisch reageert bij eventuele problemen, terwijl het andersom onbevredigend blijft omdat de ex-clieënt meestal niet over vergelijkbare vaardigheden beschikt om zijn vriend/ex-therapeut op eenzelfde niveau te woord te staan wanneer die zijn hart uitstort. Het onevenwicht is het moeilijkst te overbruggen na een langdurige individuele therapie waarin doorgaans sterkere overdrachtsgevoelens spelen. Niet toevallig is het verlaten van vroegere rolpatronen tussen cliënt en therapeut en het overstappen naar een vriendschap in de praktijk nog het meest voorkomend en heeft dat ook de meeste kans op slagen wanneer het gaat om collega's die een leertherapie beëindigd hebben. Na de leertherapie komt de ex-clieënt meestal ook professioneel op gelijke voet met de ex-therapeut, waardoor de vroegere rolpatronen makkelijker te overstijgen zijn.

Naast het moeilijk te overbruggen rolpatroon kan het niet aangaan van vriendschap met voormalige cliënten ook ingegeven zijn vanuit de bekommernis voor continuïteit van zorgverlening. Immers, eens men een vriendschap geïnstalleerd heeft, is de ex-therapeut/vriend niet meer beschikbaar wanneer een (kind van) cliënt opnieuw in een situatie komt waarin therapie aangewezen zou zijn.

✓ *Functionele relaties met (ex-)cliënten*

Een therapeut zoekt een huisarts en richt zich daarvoor tot een voormalige cliënt. De therapeut heeft het voordeel dat zijn huisarts hem altijd een voorkeursbehandeling geeft en hem nooit zo lang laat wachten als andere patiënten. De huisarts voelt zich echter niet vrij om zijn vroegere therapeut te wijzen op probleemgedrag omdat hij hem nog ervaart als een machtsfiguur die zijn persoonlijke gevoeligheden bijzonder goed kent. Ook komt de huisarts voortdurend in de verleiding om zijn voormalige therapeut op de hoogte te houden van zijn persoonlijke evolutie. Daardoor heeft de huisarts vaak te weinig oog voor de fysieke problemen waarvoor zijn voormalige therapeut op hem een beroep doet.

De dynamiek van een professionele relatie blijft vaak doorwerken in andere functionele relaties, zelfs na beëindiging van de professionele relatie. Daarom kan het van weinig integriteit getuigen wanneer hulpverleners gebruikmaken van hun positie om zich tot (ex-)cliënten te richten voor bijzondere dienstverlening. Het voorbeeld hierboven illustreert echter ook dat het niet eenduidig in het belang van de hulpverlener is wanneer die een beroep doet op diensten van (ex-)cliënten.

✓ *Ongewone therapeutische settings*

Een therapeut gaat samen met een cliënt die angstig is voor openbare ruimten, regelmatig eten in een druk restaurant. De extra tijd van het restaurantbezoek moet door de cliënt niet betaald worden, maar de cliënt betaalt wel de restaurantrekening voor allebei. Later dient de cliënt klacht in tegen de therapeut omdat hij op haar kosten gratis kon eten onder het mom van therapie.

In actiegerichte therapievormen zijn activiteiten buiten de therapieruimte niet ongewoon. Het aangaan van meervoudige relaties kan zelfs wenselijk en in overeenstemming met bepaalde oriëntaties zijn omdat ze deel uitmaken van het behandelplan, zoals naar het theaterstuk gaan kijken van een cliënt met plankenkoorts, of lunchen met een anorexiepatiënt. Dat hoeft niet tot

problemen te leiden als men daarbij vooraf duidelijke afspraken maakt over wat wel en niet onder de dienstverlening valt.

Therapeuten die in een residentiële setting werken, kunnen diverse situaties meemaken waarin ze verschillende soorten contacten hebben met hun cliënten. Naast de ‘klassieke’ therapie kan het gebeuren dat ze meedoen aan ontspanningsactiviteiten in de instelling of dat ze samen met de patiënten eten op de afdeling.

Een therapeut die de groepstherapie van meisjes tussen 12 en 14 jaar begeleidt, moet bij ziekte van het verplegend personeel soms invallen voor activiteiten in de leefgroep. Sommige meisjes die al weken zwijgen in de groepstherapie, ‘ontdooien’ pas in de groepstherapie nadat ze de therapeut meegemaakt hebben in een gezamenlijke sportactiviteit. Door de therapeut te ontmoeten in die andere context, ervaren ze meer veiligheid en kunnen ze de groepstherapie beter benutten.

Alle vormen van milieutherapie zijn eigenlijk ongewone therapeutische settings, waarbij meervoudige rollen van hulpverleners onderdeel van het behandelingsplan kunnen zijn. Of de complexiteit die hieruit voortvloeit, ethische problemen oplevert, hangt nauw samen met de integriteit en de maturiteit van de hulpverlener. Maar wanneer de grenzen niet geschonden worden, kunnen de patiënten ook veel voordelen hebben bij deze meervoudige relaties.

✓ *Toevallige ontmoetingen*

In kleine, geïsoleerde gemeenschappen is het bijna onvermijdelijk dat de hulpverlener zijn cliënten ook ontmoet in andere settings.

De therapeut die de vrouw van de bakker begeleidt, zou al tien kilometer verder moeten rijden om een brood te kunnen kopen bij een andere bakker.

Maar ook in grotere steden kan de hulpverlener zijn cliënten toevallig tegenkomen in een onverwachte situatie.

De hulpverlener gaat met zijn gezin naar een sauna op twintig kilometer van zijn praktijk, maar staat daar op een dag – zeer tegen zijn zin – in zijn blootje tegenover een van zijn cliënten.

Voorzover er weinig interactie is tussen de psycholoog en de (verwanten van) cliënt, hoeft dat geen groot probleem te zijn. Maar als het bijvoorbeeld gaat om een groepsreis waarvoor de therapeut zich ingeschreven heeft en daar vaststelt dat een van zijn cliënten er ook aan deelneemt, wordt het al moeilij-

ker. Kan zo'n reis, zowel voor de cliënt als voor de therapeut, nog een ontspannen vakantie zijn?

Soms vinden minderheidsgroepen die zich maatschappelijk al wat onveiliger of benadeeld voelen – men kan hierbij denken aan mensen met een andere seksuele voorkeur, bepaalde religieuze groeperingen, lage sociale klasse, etnische minderheden... – het juist wenselijk om de hulpverlener te ontmoeten in hun eigen milieu, omdat ze dan meer vertrouwen hebben dat de hulpverlener hun specifieke leefwereld kan inschatten en er positief tegenover staat.

Een homofiele cliënt stelt het bijzonder op prijs dat hij zijn counselor af en toe tegenkomt op homofuiven. Of een koppel met huwelijksproblemen geeft de voorkeur aan een therapeut die lid is van hun kerkgemeenschap.

Meervoudige relaties zijn niet noodzakelijk onethisch (Lazarus & Zur, 2002). De kern van het probleem ligt niet in de meervoudigheid, maar in de kans op misbruik en belangenvermenging, wanneer de grenzen geschonden worden, wat niet hetzelfde is als een grensovertreding. Soms kan het zelfs een voordeel zijn om cliënten in andere contexten dan de professionele relatie te leren kennen.

De therapeut die toevallig reisgenoot van een cliënt wordt, maakt misbruik en schendt de grens wanneer hij de cliënt zou vragen een kamer te delen omdat het financieel voordeliger is. Tijdens de reis zijn grensovertredingen echter onvermijdelijk. Ze bieden soms zelfs interessante aanvullingen op het professionele oordeel. Zo kan de therapeut bijvoorbeeld ontdekken dat de timide cliënt die hij doorgaans in zijn spreekkamer ontmoet, een onvermoed talent blijkt te hebben om de groep aan het lachen te brengen met zijn grappen.

Het constant vermijden van meervoudige relaties brengt hulpverleners ook in onrealistische posities, met verregaande isolatie als gevolg. Daardoor krijgen ze in de fantasie van cliënten soms nog meer macht toebedeeld dan ze in werkelijkheid hebben. Overschrijdingen van het kader illustreren bovendien dat therapeuten slechts mensen van vlees en bloed zijn. Meervoudige relaties kunnen als een natuurlijk onderdeel van het normale leven plaatsvinden, zoals naar een sportclub gaan of boodschappen doen. Het is dan aan de hulpverlener om uit te maken of hijzelf nog voldoende vrijheid ervaart en aan zijn trekken komt wanneer er tevens cliënten aanwezig zijn op die activiteiten.

Bij meervoudige relaties is het steeds belangrijk zorg te dragen voor de *dynamiek* die daarmee binnensluipt in de professionele relatie en alert te zijn voor de gevolgen die eruit voortvloeien voor de professionele verhouding. De

marge tussen onschuldige of goedbedoelde niet-professionele contacten versus misbruik of chantage kan zeer smal zijn. De impact van de andersoortige contacten – ongeacht hoe ze totstandgekomen zijn – zou altijd openlijk en eerlijk bespreekbaar moeten zijn met de cliënt. Daarnaast kunnen er duidelijke afspraken gemaakt worden, waarbij zoveel mogelijk de scheiding van het professionele met het niet-professionele contact verhelderd wordt.

De therapeut die onverwacht reisgenoot wordt van zijn cliënt, kan afspreken dat ze over hun professionele relatie niets zullen laten merken aan de anderen en dat ze in de mate van het mogelijke respectvol afstand zullen houden van elkaar. Het is verder de taak van de therapeut om na zo'n reis aan de cliënt de gelegenheid te bieden om in de therapie te verwoorden wat het hem gedaan heeft om elkaar in die andere context te ontmoeten. De therapeut moet ook de bereidheid hebben om voldoende transparant te zijn over zijn eigen indrukken van hun gezamenlijke reis.

Het is aan te raden dit soort vermengingen te evalueren met collega's die waakzaam helpen te zijn voor de valkuilen die men misschien vanuit eigenbelang, naïviteit of blinde vlekken te weinig onderkent.

✓ *Meerdere rollen in één en dezelfde professionele relatie*

Een bijzondere moeilijkheid met rolintegriteit dient zich aan wanneer de hulpverlener binnen zijn professionele relatie meerdere rollen tegelijkertijd of opeenvolgend moet vervullen. Enkele voorbeelden.

Dezelfde maatschappelijk werkende is in een bedrijf verantwoordelijk voor adviezen inzake personeelsbeleid en de begeleiding van problematische werknemers.

Een docent psychologie geeft les aan studenten en doet ook vormingsgroepen met hen.

Een therapeut in een instelling begeleidt individuele patiënten en doet teamsupervisie.

Men moet zich realiseren dat het vervullen van meerdere rollen belangrijke nadelige gevolgen kan hebben, bijvoorbeeld: de cliënt deelt relevante informatie niet mee of de hulpverlener is bevooroordeeld vanuit de andere rol. Voor de hulpverlener brengt het vaak extra complicaties mee: functioneren in meerdere rollen kan tot gevolg hebben dat men zich in geen enkele rol helemaal vrij voelt en dat de kwaliteit van het werk op alle vlakken nadelig beïnvloed wordt.

In de praktijk hebben hulpverleners dikwijls niet de luxe om zelf te beslissen of ze zich engageren in meerdere rollen. In onze enquête (Leijssen & Deschrijver, 2001) kwam bijvoorbeeld naar voren dat hulpverleners in de *forensische sector* in Vlaanderen ernstige problemen ondervinden met een werksomgeving die hun meerdere rollen oplegt.

Een respondent in onze enquête verwoordt het zo: “Onze taak is tweeledig. Enerzijds is er de rapportageplicht bij een diagnostisch persoonlijkheidsonderzoek en moeten we een prognose opstellen waarop de commissie voor voorwaardelijke invrijheidstelling haar beslissing omtrent vrijlating neemt, anderzijds is er een pretherapeutische functie waarin de therapeutische relatie centraal staat. Dit brengt ons vaak in een ethisch dilemma.”

De psycholoog wordt hier in een dubbele rol geplaatst: de diagnosticus die met zijn verslagen eventueel invloed uitoefent en de (pre)therapeutische begeleider die een herstelproces beoogt.

De vakliteratuur onderscheidt *drie rollen* voor de psycholoog in een forensische context (Hess, 1998; Greenberg & Shumann, 1997):

- een evaluatieve rol, waarin de psycholoog als expert de waarheid op het spoor moet trachten te komen;
- een consulterende rol, waarin hij informatie doorgeeft aan advocaten of onderzoeksrechters;
- een begeleidende of therapeutische rol.

Als die laatste functie niet duidelijk gescheiden is van de andere rollen, komt de rolintegriteit van de psycholoog in het gedrang en is het ethische conflict onvermijdelijk. Psychologische informatie, zoals een uitspraak over toerekeningsvatbaarheid, zou eigenlijk nooit mogen komen van de hulpverlener die tegelijkertijd instaat voor de begeleiding van de patiënt.

Hulpverleners kunnen ook door het gerecht worden ingeschakeld om diagnostiek te verrichten bij ouders van wie het *hoederecht* over de kinderen betwist wordt (Lee, Beauregard & Hunsley, 1998; Glassman, 1998; Kirkland & Kirkland, 2001). De hulpverlener moet dan de mogelijkheden van de ouders evalueren en de noden van de kinderen onderzoeken. Waar in andere situaties de hulpverlener het belang van de cliënt moet dienen, moet hij hier steeds prioriteit geven aan het belang van het kind. Betreffende het hoederecht gebeurt het dat de benadeelde ouder klacht indient tegen de hulpverlener. Behalve de emotionele stress heeft dat meestal geen negatieve gevolgen voor de hulpverlener. Blijft dat het tot de integriteit van de hulpverlener behoort om zorgvuldig af te wegen of hij in een voldoende neutrale positie verkeert om zich te mengen in delicate uitspraken. Wie al een therapeutische relatie heeft met een van de ouders of de kinderen, begeeft zich bij voorkeur

niet in een andere professionele rol waarin hij moet adviseren over belangrijke kwesties.

Ook hier gelden enkele vuistregels: indien het kan, meerdere rollen binnen dezelfde professionele relatie zoveel mogelijk vermijden; indien er toch een engagement is in meerdere rollen, zoveel mogelijk bespreekbaar maken wat de impact is voor de betrokkenen en maximaal scheidingen tussen de rollen aanbrengen; het verloop van de professionele relatie regelmatig bespreken met collega's die op geen enkele manier betrokken partij zijn.

✓ *Een beslissingsmodel*

Omdat beroepscode geen eenduidige richtlijnen kunnen verschaffen voor situaties waarin meervoudige relaties of het combineren van verschillende rollen wel of niet door de beugel kunnen, hanteert men soms een beslissingsmodel om de problematiek te evalueren. Zo hanteert bijvoorbeeld het model van Gottlieb (1993) drie dimensies: macht, duur van de relatie en einde van het professionele contact.

- In de eerste dimensie weegt de hulpverlener af hoeveel macht hij over de cliënt heeft in die bepaalde relatie. De psycholoog die bijvoorbeeld een spreekbeurt geeft voor een groep ouders, heeft veel minder macht in die situatie dan de psycholoog die examens afneemt van studenten.
- De tweede dimensie haalt naar voren dat een langerdurende relatie, zoals een therapie, meer gelegenheid biedt tot machtsmisbruik en beïnvloeding dan een kortstondig contact, zoals een adviesgesprek.
- De derde dimensie impliceert dat er bij een duidelijk einde van het professionele contact, zoals een persoonlijkheidsonderzoek waarin de doelstellingen beantwoord zijn, minder verdergaande verplichtingen blijven bestaan dan bij een relatie zonder duidelijk einde, zoals een begeleiding van een cliënt die regelmatig opnieuw een psychotische fase doormaakt.

Als de hulpverlener overweegt of een bestaande professionele relatie al of niet te combineren is met een tweede vorm van engagement, kan hij vijf stappen doorlopen.

- Hij evalueert de bestaande relatie op de drie dimensies. Als die hoog scoort op de drie dimensies (veel macht, lange duur, geen duidelijk einde), dan is het af te raden om ze te combineren met een andere relatie met dezelfde cliënt. Als de drie dimensies laag scoren (weinig macht, kortstondig, duidelijk afgerond), dan kan de volgende stap bekeken worden. Het is ook mogelijk dat de dimensies niet zo extreem geprofileerd zijn, dan zijn er misschien combinaties mogelijk.
- De relatie die er mogelijk wordt bijgenomen, wordt eveneens op de drie dimensies geëvalueerd. Een relatie met hoge scores op de drie dimensies is te combineren met een ander contact als dat laag scoort op de dimensies. Een therapeut kan bijvoorbeeld beslissen iemand in therapie te ne-

men die soms naar zijn lezingen komt luisteren. Een andere mogelijkheid is dat de eerste relatie middelmatig scoort op de dimensies en de bijkomende ook. Dan moet de volgende stap overwogen worden.

- De twee relaties worden beoordeeld op hun verenigbaarheid. Ze zijn incompatibel als de verwachtingen en de verplichtingen in de twee rollen erg uiteen liggen. Een psycholoog kan bijvoorbeeld zijn rol als docent verenigbaar achten met het aannemen van een student als onderzoeksassistent, terwijl het veel problematischer is om een student in kortdurende therapie te nemen.
- Er wordt overlegd met collega's die vertrouwd zijn met de beide soorten van rollen.
- De keuze én de implicaties die eraan verbonden zijn, worden doorgenomen met de cliënten, evenals de alternatieven die er zijn. Pas als cliënten erkennen wat de meervoudige rollen inhouden en ermee akkoord gaan, is het professioneel verantwoord.

✓ *Onvermijdelijke dilemma's*

Een goed beslissingsmodel kan echter niet alles oplossen. Vooral de situaties waarin de therapeut niet zelf de keuze heeft, maar – bedoeld of toevallig – voor 'voldongen feiten' komt te staan, leiden tot dilemma's.

Tijdens zijn therapie begint een cliënt aan studies waardoor hij zijn therapeut in de rol van docent tegenkomt. Volgens het hierboven geschetste beslissingsmodel komt de psycholoog in twee niet te verzoenen rollen. Maar wat kan de psycholoog doen? Zelfs bij de beslissing dat de therapie beëindigd wordt, beschikt de therapeut over voorkennis die hem kan besmetten in zijn oordelen als docent. De therapeut kan met de cliënt bespreken wat zijn motieven voor de studiekeuze zijn en ze kunnen samen evalueren wat de impact zal zijn van de meervoudige relatie. Maar wat kan de psycholoog doen als hijzelf de combinatie niet ziet zitten? Kan hij de cliënt afraden die studies te doen? Is het ethisch te verantwoorden dat hij de student weigert in een opleiding met selectie van kandidaten?

Moet de autonomie van de cliënt het overwicht krijgen bij dilemma's of heeft de hulpverlener evenzeer het recht eigen grenzen te stellen? Therapeuten verschillen in hun gevoeligheden: wat de ene zal beleven als een grensovertreding die wel een uitdaging inhoudt, maar toch hanteerbaar is, kan door de andere gezien worden als een schending die doorslaggevend is om de meervoudige relatie te weigeren. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld systematisch uitzoekt waar zijn therapeut naartoe gaat voor ontspanning, om dan uitgerekend naar diezelfde gelegenheden te gaan, kan de ene therapeut ervoor kiezen om deze grensovertredingen met de cliënt te bespreken, terwijl de andere dat als een schending van zijn privacy ervaart en het stopzetten van dat ge-

drag als voorwaarde stelt om de therapie voort te zetten. In de context van meervoudige relaties is het niet alleen aan de therapeut om helder te zijn over zijn rol, hij heeft evenzeer het recht, zelfs de plicht, om duidelijk te maken wat de rol van de cliënt inhoudt.

Seksueel contact tussen hulpverlener en cliënt

Waar bij de vorige aspecten betreffende rolintegriteit de beroepscode regels geven voor ‘wenselijk gedrag’, verwoorden alle beroepscode ondubbelzinnig het verbod op seksuele omgang tussen de hulpverlener en zijn cliënten. Seksuele relaties zijn een verbijzondering van rolintegriteit omdat seksuele relaties met cliënten in alle omstandigheden onverenigbaar zijn met de professionele rol van hulpverlener. Sommige codes specificeren nog verder dat de therapeut zich moet onthouden van gedragingen die seksueel getint zijn of als zodanig kunnen worden opgevat. Verschillende codes trekken het verbod op seksuele omgang een tijd door – variërend van één tot tien jaar – na de beëindiging van de professionele relatie.

Dat hoeft niet te betekenen dat goede professionele relaties gekenmerkt zijn door aseksualiteit. Seksualiteit is moeilijk weg te denken uit menselijke contacten en het leven zou veel van zijn charme verliezen als mensen aseksuele wezens zouden zijn. Het probleem stelt zich wanneer professionele relaties overstemd worden door seksuele aspecten en de hulpverlener misbruik maakt van zijn bijzondere positie.

Seksueel misbruik in de professionele relatie is te situeren op een *continuüm* gaande van subtiel misbruik, waarin de cliënt moet tegemoetkomen aan de emotionele behoeften van de hulpverlener, naar een seksuele atmosfeer met bedekte toespelingen, verleidingsgedrag, aanhoudende seksuele fantasieën, tot meer openlijk seksueel misbruik zoals tongkussen, aanraken of strelen van geslachtsorganen of andere lichaamsdelen die normaliter met seksualiteit geassocieerd worden, aanzetten tot masturbatie, orale of anale seks, vaginale penetratie met voorwerpen of seksuele gemeenschap. In de praktijk vindt er bij seksueel misbruik meestal een geleidelijke verschuiving op dat continuüm plaats. In de onderzoeksgegevens beschouwt men gedrag als seksuele toenadering wanneer het gaat om openlijk seksueel misbruik. Sinds de jaren negentig is er echter een duidelijke tendens om seksueel getinte gedragingen vlugger als misbruik te interpreteren, zoals de onderstaande klachten tegen hulpverleners illustreren.

Een hulpverlener geeft ontspanningsoefeningen tijdens groepssessies. Om te voelen of het lichaam van de cliënten voldoende ontspannen is, betast hij hen regelmatig. Daarbij raakt hij soms delen van het lichaam aan die niets te

maken hebben met spierspanningen. Enkele deelnemers wier borsten onnodig betast werden, stappen naar de ethische commissie van de beroepsorganisatie van de hulpverlener.

Een meisje van 5 jaar, enig kind van een alleenstaande moeder, kruipt tijdens de speltherapie regelmatig op de schoot van de psycholoog. Daarbij merkt de psycholoog – tot zijn eigen ontsteltenis en verwarring – dat zijn penis stijf wordt. Het kind is erg opmerkzaam en nieuwsgierig en zij dringt aan om de penis te zien. De psycholoog geeft daaraan toe. Het meisje vertelt nadien enthousiast aan haar moeder dat ze nu ook gezien heeft “wat papa’s hebben om kindjes te maken”. De moeder dient verontwaardigd klacht in tegen de psycholoog.

Het verbod op seksueel contact kent met de eed van Hippocrates al een bijzonder lange traditie in de gezondheidszorg. Deze regel is zinvol, niet vanuit een puriteinse bekommernis, maar op grond van ethische overwegingen. Binnen een relatie veronderstelt gezonde seksualiteit evenwaardige partners die wederzijds toestemmen. Een professionele relatie is per definitie een asymmetrische relatie, waarin de cliënt in een meer afhankelijke en kwetsbare positie verkeert. De cliënt moet er in een professionele relatie op kunnen vertrouwen dat de hulpverlener de discipline heeft om geen misbruik te maken van de bijzondere kwetsbaarheid die eigen is aan de cliëntpositie.

Gevoeligheid voor seksueel misbruik binnen machtsrelaties is al enige jaren een maatschappelijk thema. Wat psychotherapeuten betreft, is het thema in de openbare belangstelling gekomen sinds de jaren zeventig. Dat heeft in de jaren tachtig geleid tot een grote toename in het aantal klachten over slechte beroepsuitoefening op basis van seksueel misbruik. Recent is er een daling merkbaar in de klachten over seksueel misbruik door hulpverleners. Een korte samenvatting van de *onderzoeksgegevens* over seksueel misbruik verschaft meer details.²

Seksueel contact in de therapeutische relatie zou – volgens variërende cijfers – bij 5 tot 10% van de therapeuten ooit zijn voorgekomen. Ter vergelijking: in het onderwijs vermeldt bijna 20% van de kinderen dat ze ooit seksueel benaderd werden door leerkrachten of opvoeders. Therapeuten die seksueel contact hebben binnen de professionele relatie, zijn in hoofdzaak mannen (cijfers liggen steeds boven 90%), ze zijn meestal tussen 38 en 52 jaar en ze zijn doorgaans twaalf tot zestien jaar ouder dan hun cliënten. Uitzonderingen: 3 tot 5% van de overtreders zijn vrouwen; er is een tendens tot

2. De gegevens zijn gebaseerd op: Pope, Sonne & Holroyd, 1996; Trijsburg, 1991; Aghassy & Noot, 1990; Pope & Bouhoutsos, 1986; Bates & Brodsky, 1989; Jehu, 1994; Glaser & Thorpe, 1986; Hamel, Olkin & Taube, 1996; Olarte, 1997; Pope, 1988; Smith & Fitzpatrick, 1995; Lamb & Catanzaro, 1998.

‘verjonging’ merkbaar, waardoor het leeftijdsverschil met de slachtoffers minder groot wordt.

Hulpverleners die betrokken zijn in seksueel misbruik, bekleden vaak een belangrijke positie in hun beroepsgroep. Meestal werken ze professioneel geïsoleerder. Ze zijn gekenmerkt door behoefte en eenzaamheid en hebben dikwijls zelf emotionele problemen. De sterkste predictor voor ‘risico’ is eerder misbruik: de kans dat hulpverleners seksueel contact hebben met hun cliënten is het grootst bij hen die reeds in het verleden seksueel contact hadden in de professionele relatie. Naast het feit dat deze therapeuten soms ook op andere vlakken gebrek aan zelfbeheersing vertonen (bijvoorbeeld: alcoholgebruik), geloven ze dat ze bekwaamder zijn dan anderen, dat ze onorthodoxe methoden kunnen hanteren waarvoor andere vakgenoten niet competent zijn, dat ze patiënten kunnen helpen die niemand anders kan helpen en dat ze de unieke eigenschap bezitten om aan de noden van patiënten tegemoet te komen. Cliënten omschrijven hen vaak als charismatische persoonlijkheden. Dat deze therapeuten in de eigen beroepsgroep vaak machtsposities bekleden, blijkt nog uit andere feiten. Van de vrouwelijke leden van de American Psychological Association rapporteert 17% dat ze tijdens hun studies seksueel contact hadden met hun opleiders. Ten tijde van de seksuele relatie beleefde twee derde het als een vrijwillig contact, maar nadien percipieerden de meeste vrouwen het als een dwingend gebeuren.

Onderzoekers zijn het eenduidig eens over het feit dat intiem seksueel contact in de professionele relatie – zowel op korte als op langere termijn – altijd *schadelijk* is voor de cliënt, ook als het gebeurde met ‘instemming’ van de cliënt. Als gevolg van het seksuele contact in de professionele context lijden cliënten aan een negatief zelfgevoel, verstoring van hun identiteit, schuldgevoelens, schaamte, leegheid, verwarring, onderdrukte kwaadheid, depressie, toenemend wantrouwen tegenover mannen in het algemeen, achteruitgang van de intieme privé-relatie. Bij lichtere seksuele grensoverschrijdingen hangt de ondervonden schade samen met de ruimere context waarin het misbruik plaatsvond en de manier waarop de omgeving daar al dan niet op reageerde. Wanneer bijvoorbeeld in een organisatie de slachtoffers vrij snel steun krijgen van andere werknemers of kaderleden, blijft de schade voor het slachtoffer doorgaans beperkt.

Het argument dat de cliënt zelf de seksuele relatie uitlokte, is een pure rationalisatie waarmee de beroepsbeoefenaar zijn verantwoordelijkheid ontkent. Elke cliënt heeft het recht de hulpverlener uit te dagen om vervolgens te kunnen ervaren dat de grenzen desondanks overeind blijven. Vooral mensen die eerder grensoverschrijdingen gekend hebben, zullen de professionele relatie beproeven om uit te testen hoe betrouwbaar deze relatie al dan niet is. Ook hebben sommigen vanuit hun sociale interacties in het verleden geleerd dat ze in de ogen van anderen alleen waarde hebben als seksueel object; of ze willen hun genegenheid voornamelijk tonen met hun genitaliën en verwarren

intimiteit met seksualiteit. “Enkele patiënten zullen zelfs een seksuele relatie eisen, omdat het voor hen het enige overtuigende bewijs is dat de therapeut om hen geeft. Toch zijn ook deze patiënten doodsbang voor het in therapie recreëren van de seksuele relatie; het sterkt hen alleen maar in de overtuiging dat alle intermenselijke relaties gecorrumpeerd zijn” (Herman, 1993, p. 183).

De therapeut die het initiatief neemt of ingaat op een appèl van de cliënt – in feite doet dit onderscheid er niet toe – bevestigt daarmee de verwarring tussen lichamelijke, seksualiteit, dominantie, zelfwaarde, intimiteit en genegenheid. Ook getuigt de hulpverlener van het ondeskundig hanteren van overdrachtsgevoelens: de kwetsbare verlangens om bemind te worden en het controleverlies waarop de cliënt recht heeft, moeten met respect én afstand doorgewerkt worden om een groeiproces mogelijk te maken.

De onverzoenbaarheid van een professionele relatie en een seksuele relatie wordt in sommige gevallen ‘opgelost’ door de professionele relatie te beëindigen en verder te gaan met de intieme relatie. De dynamiek van een professionele relatie blijft echter nog lang doorwerken in de zin dat vaak eenzelfde machtsverhouding en onevenwicht aanwezig blijven. Daarom hebben verschillende beroepscodes het nodig gevonden om het verbod op een intieme relatie door te trekken *na het beëindigen* van een professionele relatie. Sommigen achten één jaar het strikte minimum, maar er zijn er ook die daar tien jaar op zetten. Er gaan zelfs stemmen op om dit ‘voor altijd’ uit te sluiten omdat men veronderstelt: ‘eens cliënt, altijd cliënt’ (Van Berkestijn, 2000). Deze laatste stelling getuigt wellicht van te veel betutteling. De termijn die noodzakelijk is opdat twee mensen voldoende afstand hebben van hun eerdere professionele verwikkeling, kan erg verschillend zijn, afhankelijk van de duur van hun professionele relatie en de specifieke cliëntproblematiek.

Ook al zijn seksuele grensoverschrijdingen ernstige beroepsfouten die op geen enkele manier gerelativeerd mogen worden, er zitten ook gevaren aan de creatie van een ‘achtervolgingssfeer’. Het gevaar bestaat dat *seksuele gevoelens* van de hulpverlener tegenover cliënten in de taboezone belanden, waardoor de hulpverlener zijn eigen gevoelens niet meer durft te onderkennen, laat staan er nog met collega’s over te spreken. Toch is het normaal dat therapeuten ook seksuele gevoelens hebben voor cliënten. In het onderzoek van Pope, Keith-Spiegel en Tabachnick (1986) antwoordt slechts 9,2% van 585 respondenten dat het hen nog nooit overkomen is dat ze zich seksueel aangetrokken voelen tot cliënten. Ondanks het feit dat het bij de grote meerderheid nooit tot seksueel contact met cliënten komt, voelen de hulpverleners zich onbehaaglijk en ongemakkelijk bij hun gevoelens van seksueel aangetrokken zijn tot cliënten. Ze denken ook alleen te staan met die gevoelens. Vanwege de neiging om gevoelens en gedrag met elkaar te verwarren, wordt het moeilijker om de erotische respons te ontrafelen. Toch moet het zich aangetrokken voelen tot cliënten duidelijk onderscheiden worden van daadwerkelijke seksuele intimiteiten met cliënten. Indien men wil vermijden dat er op

dit vlak fouten gebeuren, is het juist cruciaal dat de hulpverlener zijn seksuele gevoelens en reacties kan erkennen en er openlijk over kan praten met collega's. Pas dan is men ook in staat tot reflecteren, wat een eerste voorwaarde is om misbruik te voorkomen. Het eigene van een therapeutische relatie is niet dat seksuele gevoelens vermeden moeten worden, wel dat deze gevoelens niet onopgemerkt mogen blijven. Eens men erkent dat men zich aange-trokken voelt, kan men de redenen van de aantrekking onderzoeken. Men kan zich afvragen of deze persoon iets verpersoonlijkt dat tegemoetkomt aan specifieke behoeften bij de hulpverlener. Vervolgens kan men kijken wat er gaande is in het eigen leven waardoor deze intense behoefte zich uit in de professionele relatie. Wat ontbreekt er in de niet-professionele leefwereld waaraan de therapeut misschien te weinig zorg besteedt of welke drijfveren in de persoonlijke dynamiek krijgen te weinig aandacht? Verder wordt er aangeraden om juist als men zich aangetrokken voelt, geen acties te ondernemen die de nabijheid met de cliënt extra bevorderen, zoals fysiek contact of de cliënt vaker zien. Steeds wordt erop aangedrongen om met collega's te spreken over die professionele relaties waarvan er een bijzondere aantrekking uitgaat voor de hulpverlener en met des te meer zorg het gedrag te evalueren en de achterliggende motieven te exploreren.

Seksuele grensoverschrijdingen zijn meestal pas de laatste in een rij van eerdere *grensvervagingen* waaraan te weinig aandacht besteed is, zoals sessies verlengen, betalingscontracten niet respecteren, ontmoetingen buiten de werksetting, bepaalde cliënten steeds als laatste van de dag plaatsen of ze nooit in supervisie brengen, troetelnamen gebruiken voor cliënten, makkelijk commentaren hebben bij hun fysieke aantrekkelijkheid, weinig zakelijke in-richtingen verkiezen voor de werkruimte, vertrouwelijke mededelingen doen over zichzelf of andere mensen. Een opvallend gegeven in deze context is dat therapeuten die betrokken zijn bij seksuele relaties met cliënten, minder negatief oordelen over rolvermengingen en meervoudige relaties met cliënten dan hun collega's die zich houden aan de professionele grenzen.

Uit het verbod op seksueel contact hebben sommigen de verregaande conclusie getrokken dat alle aanrakingen in therapie te mijden zijn. De tendens om elk lichamelijk contact verdacht te vinden, stamt uit de Anglo-Amerikaanse cultuur, waarin de dominante mannelijke visie lichamelijke vereenzelviging met seksualiteit. Er zijn echter heel wat wetenschappelijke bewijzen dat aanrakingen de cliënt ten goede komen, omdat ze betrokkenheid, troost, bemoeiding, steun, zorg of een positieve attitude van de hulpverlener kunnen uitdrukken (Hunter & Struve, 1998). Daarom kan men zich afvragen of het wel ethisch is om cliënten in sommige omstandigheden niet aan te raken! Omdat lichamelijk contact met cliënten zo'n beladen thema is, waarmee hulpverleners vaak geen raad weten, geven we het hier wat uitvoeriger aandacht.

Lichamelijk contact in de professionele relatie³

Mensen kunnen niet ‘niet communiceren’ en zo is lichamelijke bij mensen altijd aan de orde, zelfs als ze dat willen vermijden. Een handdruk geven bij een begroeting, al of niet kijken naar de cliënt, de wijze waarop men zich kleedt of de ruimte inricht, de intonatie van het spreken, de (on)bewegelijkheid van het lichaam... het zijn altijd aspecten die de cliënt onvermijdelijk raken. Onderzoek leert dat het non-verbale gedrag van de hulpverlener meer bepalend is voor de ervaring van de cliënt en de interactie tussen hen beiden, dan het verbale gedrag.

Aanrakingen hebben te maken met machtsverhoudingen en genderdynamiek, en naargelang iemands persoonlijke geschiedenis en de bredere culturele context worden er andere betekenissen aan gegeven. Zo is er bijvoorbeeld de impliciete sociale norm dat de hogere in status beslist om de lagere in status aan te raken; wie het initiatief neemt tot fysiek contact, bevestigt daarmee zijn dominantie. Het socialiseringsproces stimuleert mannen om het initiatief te nemen om vrouwen aan te raken als aanloop voor seksueel contact; vrouwen worden verondersteld vooral verzorgend fysiek contact te maken met kinderen of zwakkeren. In Afrikaanse, Latijns-Amerikaanse en Zuid-Europese culturen vinden meer aanrakingen plaats in een niet-seksuele context. In de westerse patriarchale cultuur, waar aanraken vanuit de heersende mannelijke visie geassocieerd is met seksualiteit, heeft men de kwestie trachten op te lossen door een niet-tactiele samenleving te installeren.

Een continuüm van lichaamsgerichte interventies

Een echt veranderingsproces betekent dat het hele organisme erbij betrokken is. Sommige mensen leven en spreken van nature vanuit een lichamelijk doorvoeld niveau. Voor hen kan een gesprek vruchtbaar zijn, ook zonder dat de hulpverlener expliciete lichaamsgerichte interventies gebruikt. Maar veel mensen zijn niet ‘vanzelfsprekend’ in contact met dat lichamelijk doorleefde niveau en het is juist dan dat meer expliciete lichaamsgerichte interventies een noodzakelijke hulp kunnen zijn om een echt veranderingsproces mogelijk te maken (Nagels & Leijssen, 2004). Die interventies hoeven niet spectaculair te zijn; lichaamsgerichte interventies kunnen verweven zijn met het ‘normale’ gesprek en ze onderscheiden zich eerder door hun subtiliteit dan door hun opvallendheid. We illustreren dit met een continuüm van mogelijke lichaamsgerichte interventies.

3. De geïnteresseerde lezer kan een uitvoerige publicatie over dit thema en verwijzingen naar de literatuur vinden in Leijssen (2001) in *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* en tevens op de website van de auteur: <http://perswww.kuleuven.ac.be/~u0004551/>.

Aan het begin van het continuüm bevinden zich de expliciet *verbale interventies* waarmee de hulpverlener de aandacht van de cliënt richt naar het aanwezige gevoel of naar de uitdrukkingsvormen waarmee het lichaam communiceert.

Vervolgens zijn er *uitvoeriger instructies* waarmee de cliënt begeleid wordt om systematisch met de aandacht doorheen het lichaam te gaan, of te experimenteren met bepaalde lichaamshoudingen.

De hulpverlener kan soms ook non-verbale wegen kiezen door het *spiegelen of modelleren* van lichaamshoudingen of bewegingen. Zo geeft de hulpverlener die een gebalde vuist maakt bijvoorbeeld een extra ondersteuning of uitnodiging aan de cliënt om agressieve gevoelens uit te drukken.

Als volgende stap op het continuüm van lichaamsgerichte interventies is er het gamma van aanrakingen. Iedereen weet intuïtief dat er veel varianten van lichamelijk contact zijn en dat elke aanraking gepaard gaat met een subjectieve kwaliteit. Dezelfde sensorische prikkel (bijvoorbeeld een tik op de schouder) kan voor de ene een aanmoediging betekenen, voor de andere een berisping. Aangezien men hierbij letterlijk raakt aan iemands lichaamsgrens, komt er een verhoogde gevoeligheid en intimiteit in het spel. We onderscheiden diverse soorten aanrakingen – van neutraler maar meer seksueel geladen – waarbij we specifieke aandachtspunten beschrijven.

Accidentele aanrakingen gebeuren bijvoorbeeld als de hulpverlener zijn benen kruist en daarbij per ongeluk met zijn voet stoot tegen de voet van de cliënt. Alhoewel deze aanrakingen zonder betekenis zijn, dient men toch alert te zijn voor wat het bij de cliënt eventueel teweegbrengt en dient men ook verbaal te laten blijken dat het onbedoeld was door iets te zeggen in de zin van ‘sorry’.

Bij *taakgerichte* aanrakingen is het fysieke contact niet de bedoeling maar het gevolg van de actie, bijvoorbeeld wanneer de therapeut schrijfgerief of een zakdoek aanreikt en daarbij even de hand van de cliënt raakt. Mensen met weinig gevoeligheid voor fysiek contact zullen dit amper opmerken, maar voor sommige cliënten kan die aanraking wel nazinderen.

Aandachtsaanrakingen zijn functioneel. Zo kan men bijvoorbeeld met het geven van een tikje op de arm aanduiden wie in een groep aan de beurt is. Ook een handdruk bij aankomst of vertrek valt hieronder. Typisch voor dit soort contact is dat het kortdurend is; zo niet heeft het een andere betekenis.

Affectieve aanrakingen zijn een uitdrukking van vriendelijke, hulpvaardige, ondersteunende intenties: het langer vasthouden van een hand of een schouderklop kan bijvoorbeeld extra steun uitdrukken. De affectief gekleurde aanrakingen kunnen in de psychologische gespreksvoering worden aangewend, maar zijn bij voorkeur vergezeld van verbale commentaar, zodat de cliënt ze niet verkeerd interpreteert.

Dicht bij de affectieve aanrakingen liggen de *expressieve* aanrakingen, zoals een omhelzing uitdrukking van dankbaarheid kan zijn. Zo'n initiatief kan soms van de cliënt komen, terwijl het eerder ongepast is om in de rol van hulpverlener de cliënt te omhelzen uit dankbaarheid. Meestal is dat laatste een signaal dat er ook werkelijk een omkering van de rollen plaatsvindt. Soms worden expressieve aanrakingen door de therapeut gebruikt als een vorm van bekrachtiging, bijvoorbeeld: de cliënt feliciteren met een krachtiger handdruk.

Intensiever en meestal ook langerdurend zijn de *ondersteunende* aanrakingen, die noodzakelijk kunnen zijn op momenten dat iemand de pijn of de last van een confronterende ervaring niet alleen kan dragen en daarom dreigt te decompenseren. Ondersteunende aanrakingen introduceren veiligheid en bescherming en ze vergemakkelijken het omgaan met interne en externe stimuli. Het is een vorm van 'moederen' zoals dat in een moeder-kindinteractie zeer natuurlijk is. De hedendaagse psychotherapie herontdekt het belang van de primaire hechtingsrelatie bij de regulatie van affect en het ontwikkelen van bepaalde breinfuncties. Men spreekt hier ook van 'holding- of containmetaanrakingen': de therapeut helpt de cliënt zichzelf te bevatten. In ernstige crisissituaties, die vaak gekenmerkt zijn door overspoeling van affect, grijpen hulpverleners dikwijls naar dit soort van interventies. Bij grote rampen bijvoorbeeld hebben psychisch getraumatiseerde slachtoffers er in eerste instantie nood aan om veilige lichamelijke nabijheid te voelen, want meestal horen ze amper wat iemand zegt. Men geeft de cliënt letterlijk houvast in traumatische omstandigheden of bij herbelevingen van ervaringen die de cliënt onderuit dreigen te halen. Het zijn aanrakingen die het mogelijk maken dat iemand de situatie of de problemen onder ogen kan zien zonder eronder te bezwijken.

Containmetaanrakingen moeten niet verward worden met *sussende* aanrakingen. Sommige hulpverleners voelen zich te snel geroepen om via aanrakingen ter hulp te komen als een cliënt het moeilijk heeft. Daarmee bewijzen ze de cliënt meestal geen dienst, maar reageren ze eerder vanuit een angst voor uitbarstingen, behoefte om te troosten, te knuffelen of te moederen. Maatschappelijk wordt er minder zwaar aan getild, maar het daadwerkelijk invullen van behoeften behoort niet tot de taak van de therapeut. Zijn taak bestaat erin de cliënt dusdanig bij te staan om de diepte van de pijn of het gemis te kunnen voelen, zodat de cliënt de kracht ontwikkelt om zijn weg te vinden in zijn normale leefomgeving.

Speelse aanrakingen kunnen voorkomen in therapie, maar vinden eerder plaats tussen cliënten in een groep. Soms kan de hulpverlener er wel gebruik van maken om iets van lichtheid en beweeglijkheid in de sessie te brengen. Vooral obsessieve cliënten kunnen soms doodserieus en rigide met hun problemen bezig zijn. Een speelser gedrag van de hulpverlener, bijvoorbeeld

met een kussen naar de cliënt gooien of hem een duw tegen de schouder geven, kan dan ontwapenend werken en de cliënt uitnodigen tot spontaner gedrag.

Wat duwen en stoten of ‘speelvechten’ gaat soms over in *agressieve* aanrakingen. De hulpverlener moet erover waken zelf niet betrokken te raken bij agressieve aanrakingen. Hij dient wel te verduidelijken op welke wijze agressief gedrag in sommige situaties relevant kan zijn. De therapeut begeleidt, structureert, begrenst en geeft betekenis aan de fysieke expressie van agressie in therapie. Wanneer bijvoorbeeld een cliënt heftig slaat en stampt op een groepslid die voor haar het symbool van haar verkrachter is geworden, kan de therapeut een kussen plaatsen tussen de cliënt en het andere groepslid zodat niemand gewond wordt.

Verder op het continuüm zijn er *cathartische aanrakingen* die bedoeld zijn om een therapeutisch proces te faciliteren. Daarbij raakt de therapeut lichaamszones aan die verbonden zijn met de gestremde ervaring. Zo kan bijvoorbeeld het vriendelijk aanraken van een schouder ingehouden emoties losmaken bij een cliënt die zich stoïcijns recht blijft houden bij verschrikkelijk nieuws. Heel wat lichaamswerk is expliciet gericht op het losmaken van emoties, het deblokken van spanningen, het herbeleven van ervaringen en het ontwikkelen van nieuwe reactiewijzen door rechtstreeks lichamelijk contact met bepaalde spieren en gevoelige zones. Men koestert daarbij vaak ten onrechte de gedachte dat de herbeleving van heftige emoties essentieel is. De cruciale therapeutische factor ligt echter veel meer in de wijze waarop men dat gebeuren relationeel hanteert én verbaal begeleidt. Dat is de belangrijkste reden waarom het onverantwoord is dat er geëxperimenteerd wordt met lichaamsgerichte technieken door mensen die niet degelijk geschoold zijn in relationele en gesprekstechnische vaardigheden.

Verder op het continuüm van lichaamsgerichte interventies zijn er de *sensuele* aanrakingen, bedoeld om de zinnen te plezieren. Uiteraard is het waardevol in een mensenleven om dit volop te mogen verkennen, maar wanneer de hulpverlener zich geroepen voelt om zijn cliënten deze vorm van aanrakingen te bieden, wordt het problematisch. Waar sensuele aanrakingen op hun plaats kunnen zijn (bijvoorbeeld in partnertherapie), is de taak van de therapeut beperkt tot het begeleiden van de partners. De stap naar *seksuele* aanrakingen is niet groot en sensuele aanrakingen lenen zich gemakkelijk tot seksuele interpretaties.

Onderzoek over lichamelijk contact

Het lijkt of de golf van publicaties over ongewenste intimiteiten door hulpverleners nu tegenwind krijgt door een verhoogde belangstelling voor de po-

satieve effecten van fysiek contact in de hulpverlening. We illustreren dat met enkele markante bevindingen.⁴

Bij kinderen van 5 tot 14 jaar die door de rechter geplaatst werden omwille van agressief en delinquent gedrag, constateerde men een significante afname van het probleemgedrag wanneer het kind regelmatig op de schoot van de therapeut mocht liggen. Bij mishandelde kinderen werden het interpersoonlijke vertrouwen en de zelfacceptatie hersteld door het lichamenlijk contact met de therapeut. Bij jeugddelinquenten vond men dat gewelddadig gedrag en seksuele uitspattingen duidelijk verminderden wanneer in de groepstherapie niet-seksueel fysiek contact werd aangemoedigd en gemodelleerd door de groepstherapeuten.

Bij premature kinderen neemt als gevolg van massage het gewicht sneller toe dan in de controlegroep; bij de kinderen die gemasseerd worden, zijn de reflexen beter en de stresshormonen (norepinephrine, epinephrine) minder. Kinderen die chronisch ziek zijn, vertonen minder angst, worden algemeen rustiger en beter gehumeurd en ze hebben minder klachten wanneer ze naast de medische behandeling regelmatig massage krijgen.

Er werd ook empirisch aangetoond dat demente bejaarden significant minder disfunctioneel gedrag vertonen en minder angstig zijn met een dagelijkse handmassage van vijf minuten gedurende tien dagen. Ook werd vastgesteld dat het verbale en non-verbale gedrag van geriatrische patiënten sterk verbeterd als gevolg van regelmatige rugmassage. Opvallend is dat al deze experimenten met massage door vrouwelijke hulpverleners uitgevoerd werden.

In groepstherapie durven mannen eerder emotionele thema's ter sprake te brengen als ze onderscheid leren maken tussen bonding en seks, en de therapeut ook fysiek contact maakt. Fysiek en seksueel misbruikte cliënten en cliënten met seksueel compulsief gedrag evolueren positiever bij hulpverleners die niet-seksueel contact opnemen in hun behandeling. Het blijkt dat patiënten die aangeraakt worden door de therapeut, zich meer kunnen herinneren en meer emotie toelaten betreffende pijnlijke en beschamende ervaringen. In suïcidale crisismomenten en bij trauma en verlies geeft rechtstreeks fysiek contact het meeste containment en het snelst een gevoel van veiligheid, heroriëntatie en controle over de situatie.

Bij dat lichamenlijk contact moeten vier voorwaarden vervuld zijn: duidelijkheid omtrent wat wel en niet kan bij lichamenlijk contact; de cliënt houdt zelf controle over het contact; de aanraking moet ervaren worden als authentiek en passend bij het thema; de cliënt moet ervaren dat de hulpverlener niet handelt uit eigen nood, maar uit bekommernis voor het welzijn van de cliënt.

4. Uitvoerige verwijzingen naar de onderzoeksliteratuur is te vinden in Leijssen (2001) in *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* en tevens op de website van de auteur: <http://perswww.kuleuven.ac.be/~u0004551/>.

Er zijn ook situaties waarbij fysiek contact niet aangewezen is. Aanraking is te ontraden bij acuut vijandige of paranoïde cliënten. Wanneer de hulpverlener vermoeid is, zich niet goed in zijn vel voelt, agressieve gevoelens heeft, een seksuele lading ervaart of overbetrokken is, zich onzeker voelt omtrent aanraken, dan heeft het lichamelijke contact een negatieve uitwerking op de cliënt. In een beginnend therapeutisch contact is het doorgaans te vroeg om met lichaamsgerichte interventies te werken, ze worden dan als te indringend en confronterend beleefd. Ook worden onverwachte aanrakingen negatief beleefd.

Therapeuten die lichamelijke contact als systematische communicatietechniek aanwenden, verschillen significant van niet-aanrakende therapeuten in de volgende kenmerken: meer behorend tot humanistische theoretische oriëntatie; positieve kijk en doelbewust aanraking gebruiken als communicatievorm; geloven in het aanrakingsdeficit verbonden met ontwikkeling; meer positieve ervaring met lichamelijke contact in therapie in de cliëntpositie; meer contact met opleiders die positief staan tegenover die technieken; meer getraind in lichaamsgerichte technieken; vaker zelf slachtoffer van seksueel misbruik. Vrouwelijke hulpverleners maken meer lichamelijke contact met cliënten dan hun mannelijke collega's, terwijl juist die vrouwelijke hulpverleners zelden terecht komen in seksuele grensoverschrijdingen.

Ethisch aanraken

Omwille van de duidelijkheid kan de hulpverlener beslissen bepaalde plaatsen van het lichaam niet aan te raken: genitale zones, billen, borsten bij vrouwen en de plekken die voor de cliënt een subjectief erotische betekenis hebben. Doorgaans zijn de handen, de schouders en de rug de meest aangewezen plekken om lichamelijke contact te maken in een niet-seksuele betekenis.

Het is echter misleidend wanneer men het al dan niet aanraken van bepaalde lichaamsdelen als doorslaggevend criterium voor het ethisch handelen van de hulpverlener zou vooropstellen. In uitzonderlijke situaties is het zelfs denkbaar dat de hulpverlener zonder enige seksuele intentie op een ethische manier genitale zones aanraakt.

Een therapeut die werkt op een palliatieve afdeling, komt soms in situaties waarbij de patiënt als gevolg van zijn ziekte zichzelf dermate bevuilt, dat de therapeut alvorens het gesprek verder te zetten, de patiënt verschoont en ook diens intieme delen wast. Dergelijke momenten worden door de patiënten als bijzonder respectvol ervaren en ze voelen zich daardoor hersteld in hun waardigheid. (De Hennezel, 1997)

Ethisch hanteren van lichamelijke contact betekent vooral dat de hulpverlener voor zichzelf helder kan ervaren wat zijn motieven zijn voor het al of niet ge-

bruiken van die communicatievorm. Dat hij ook ondubbelzinnig aan de cliënt kan verduidelijken wat hij van plan is en daarbij zorgvuldig registreert of de cliënt expliciet toestemming geeft. Een cliënt die 'ja' zegt, maar zich ondertussen niet-verbaal subtiel terugtrekt, geeft geen toestemming. Vervolgens is het aan de hulpverlener om het effect van de interventies bespreekbaar te maken en de emoties die daarbij gewekt worden, op te vangen zonder zelf overspoeld te worden.

Het ethische criterium voor al of niet aanraken in psychotherapie ligt in de vraag hoe integer en respectvol de communicatie verloopt. Een hulpverlener die onvoldoende in contact is met eigen verlangens, kan bijvoorbeeld met een grote fysieke afstand de cliënt dusdanig bekijken dat de cliënt het gevoel krijgt dat er een grens overschreden wordt. Dat zal niet bespreekbaar zijn in hun interactie indien de hulpverlener zich zijn gevoelens niet toe-eigent. De communicatie wordt daardoor onbetrouwbaar. Het nalaten van fysiek contact uit vrees voor nabijheid of intensiteit, of omdat men wil vermijden dat er seksuele gevoelens gewekt worden, getuigt niet van professionaliteit. Bovendien kan een taboe op aanraking soms nog meer erotiserend werken. Het eigene van een respectvolle professionele relatie is niet dat seksuele gevoelens te mijden zijn, wel dat ze bespreekbaar worden. Het bespreekbaar maken van die gevoelens – voor de cliënt binnen de interactie met de therapeut, voor de therapeut doorgaans in supervisie of collegiaal overleg – voorkomt juist dat ze uitgeageerd worden in de professionele relatie en dat het lichamelijk contact ontspoord in seksuele grensoverschrijding.

Problemen ontstaan voornamelijk wanneer hulpverleners te zeer vasthouden aan een bepaalde stijl ten gevolge van rigide persoonlijke opvattingen. Hoe onveiliger men zich voelt, hoe waarschijnlijker het wordt dat men zich verschuilt achter een dogmatisch standpunt, ook als dat niet in het belang van de cliënt is. Dat gaat ook op voor de houding van hulpverleners met betrekking tot lichamelijk contact: fervent pro of contra zijn, getuigt eerder van dogmatisme dan van goed vakmanschap. Verder blijft het relevant om zich bewust te zijn van het achterliggende waardesysteem waarmee men interventies beoordeelt. Het valoriseren van lichaamsgerichte werkvormen stemt overeen met een 'vrouwelijk' waardesysteem. Dat blijkt ook uit een Nederlandse enquête over de alternatieve hulpverlening waarin de lichaamstherapieën floreren: 73% van deze hulpverleners zijn vrouwen, alsook driekwart van hun cliënten (Van Reenen et al., 1997).

Tot besluit: de betrouwbare hulpverlener

Integriteit is een sterk geprezen deugd in de beroepsethiek, maar riskeert een abstracte, ietwat koele volmaaktheid te impliceren, die veraf staat van de hulpverlening van vlees en bloed. Cliënten verwachten geen onkreukbare

therapeuten. Ze accepteren zelfs dat er fouten gemaakt worden, tenminste als de hulpverlener zo fair is om te erkennen dat hij zich vergist heeft. Een hulpverlener blijft betrouwbaar door zijn bereidheid tot reflectie en zijn inspanning om eventuele schadelijke gevolgen voor de cliënt zo goed mogelijk te herstellen. Werken in de hulpverlening is soms dansen op een slappe koord: er is vaak geen duidelijk houvast voor 'het juiste'; alleen het persoonlijke geweten kan dan – in overleg met collega's – uitzoeken wat een eerlijke en oprechte bejegening kan zijn. In een pluralistische samenleving wordt het bovendien complexer om te oordelen wat van waarde is en hoe men recht kan doen aan andersdenkenden. De betrouwbare hulpverlener is iemand die niet achteloos reageert, maar bewust van verschillende gevoeligheden 'het goede' tracht te doen, met als leidmotief: het belang van de cliënt in de specifieke context.

Essentieel voor de hulpverlening is dat de cliënt zich moet kunnen toevertrouwen aan een therapeut die geen misbruik maakt van de kwetsbare positie waarin de hulpvragende altijd verkeert. De cliënt heeft op zijn minst het recht om niet bedrogen te worden door diegene die zich als therapeut uitgeeft. De betrouwbare therapeut profiteert niet van de nood of de argeloosheid van de cliënt, en zijn handelingen zijn ook wat ze lijken te zijn, zodat de cliënt niet bang of achterdochtig hoeft te zijn. De hulpverlener heeft voldoende discipline om zijn eigenbelang ondergeschikt te maken aan het therapeutisch handelen. Dat hoeft geen 'opoffering' te zijn, maar wel een werkatitute waarin het ego plaatsmaakt voor de oprechte bekommernis om het welzijn van de cliënt te bevorderen.

De hulpverlener heeft tevens het recht om voordeel uit zijn werk te halen. Dat is niet alleen zijn rechtmatige loon; ook de voldoening om van betekenis te zijn voor anderen kan een drijvende kracht zijn voor een goede hulpverlener. Maar de hulpverlener moet zijn plaats kennen in het leven van de cliënt. Dat wil zeggen: niet te veel en niet te weinig ruimte nemen en geen relaties aangaan die niet te verzoenen zijn met de hulpverlenersrol. De cliënt moet erop kunnen vertrouwen dat de hulpverlener zijn taak naar behoren doet, zonder de professionele grenzen te schenden, zonder uitbuiting, zonder bedrog. Ook de samenleving steunt op duidelijke afspraken omtrent rolverdelingen: de veiligheid en de harmonie van het samenleven worden mee bepaald doordat iedereen zijn rol naar behoren vervult. Als mensen 'hun boekje te buiten gaan', ondermijnt dat niet alleen de professionele relatie tussen de betrokkenen, het creëert een onbetrouwbare samenleving, waarin men zich niet meer kan toevertrouwen aan beroepsbeoefenaars.

Onerlijkheid en misbruik verwijzen enerzijds naar een innerlijke dynamiek: de hulpverlener moet zorgvuldig bij zichzelf exploreren wat er in het eigen leven scheef zit dat hij op een ongelukkige manier probeert recht te trekken. Maar anderzijds is het ook op grotere schaal noodzakelijk om te kijken of het bedrog verwijst naar een ruimer verstoord evenwicht tussen geven en nemen

in de samenleving. Wanneer het bijvoorbeeld vanzelfsprekend wordt in een organisatie dat mensen foefelen, verdoezelen, hun eigenzinnige normen voor 'het rechtvaardige' hanteren... kan dat een belangrijk teken zijn dat de eisen en verwachtingen van de organisatie niet meer op een eerlijke mensenmaat zijn. Dat is voor therapeuten niet anders dan voor de gewone sterveling: wanneer ze ervaren dat hun werk maatschappelijk ondergewaardeerd wordt, zoeken ze andere manieren om die onrechtmatigheid te compenseren.

Integriteit is een hoogstaand ideaal dat de mens niet vanzelf gegeven is. De menselijke natuur neigt er eerder toe om het gemakkelijke te kiezen of zich te laten verleiden tot prettige bezigheden en genoegens, zelfs als het verstand weet dat het beter is dat niet te doen. De deugd bestaat er vaak in om precies die verleiding te weerstaan (Van Asperen, 1993). De natuurlijke menselijke beperkingen nopen ons tot de realistische erkenning dat hoogstaande morele idealen om nuanceringen vragen. Immers, wie doorziet zichzelf zo goed dat hij steeds integer handelt, of wie heeft zo weinig ego dat zijn betrokkenheid echt vrij is van zelfbelang? Wie kent er niet het onbedaarlijke verlangen om te midden van heel veel deugdzaamheid uit de band te willen springen? Men kan zich zelfs afvragen of een deugdzaam leven waarin men geen duimbreed van 'het goede' afwijkt, het leven niet ondraaglijk maakt.

We leren vaak slechts door schade en schande wat er werkelijk toe doet; zonder de aanvaarding van onze feilbaarheid kunnen we niet groeien in ons professioneel handelen. Deugden vereisen oefening en vorming. We verwerken ze geleidelijk door er ons bewust op toe te leggen, waakzaam en aandachtig te zijn, tijd te nemen om de blik naar binnen te richten voor zelfevaluatie en ons in wisselwerking met anderen te laten bijsturen. Deugden worden ook gewekt door voorbeelden in onze omgeving die respect afdwingen en tot navolging inspireren. En omdat er altijd menselijke neigingen en tekorten in het spel blijven, is het goed dat er beroepscode's zijn die ons met hun geboden en verboden kunnen herinneren aan het rechte pad.