

v. Deskundigheid

De waarde die een samenleving hecht aan het ‘recht op deskundige hulp’¹ weerspiegelt zich in beroepscode in de gedragsregels waarin men vakbekwaamheid definieert en waarschuwt voor grenzen aan het beroepsmatig handelen als gevolg van persoonlijke beperkingen of onvoldoende deskundigheid. Meer concreet leggen *beroepscode*s verplichtingen op om de vakbekwaamheid in stand te houden en te blijven ontwikkelen. Bovendien wordt ervoor gepleit om alleen die methoden te hanteren die doelmatig zijn. Een hulpverlener moet zijn grenzen kennen, dat wil zeggen: geen opdrachten aannemen waarvoor hij de deskundigheid mist en geen methoden gebruiken waarvoor hij onvoldoende gekwalificeerd is. Persoonlijke beperkingen nopen tot het inroepen van ondersteuning en advies. Psychische of fysieke problemen kunnen het beroepsmatig handelen negatief beïnvloeden; wanneer dat van zo’n aard is dat een verantwoorde beroepsuitoefening in het gedrang komt, verbieden beroepscode het verder praktiseren. Ethisch bewustzijn wordt in de beroepscode eveneens gezien als behorend tot iemands deskundigheid.

De basisprincipes die in de voorgaande hoofdstukken uitgewerkt werden – respect, integriteit en verantwoordelijkheid – krijgen hun specifieke invulling en waarborg vanuit de deskundigheid van de hulpverlener.

Zo is bijvoorbeeld goed informeren over de voor- en nadelen van bepaalde behandelvormen slechts mogelijk in zoverre de therapeut zijn vakgebied grondig kent en op de hoogte blijft van nieuwe ontwikkelingen. Of het geven van feedback kan maar op een integere wijze gebeuren wanneer de hulpverlener de regels van de kunst voldoende beheerst en vanuit de nodige zelfkennis kan onderscheiden waar hij ageert vanuit tegenoverdracht. Ook het

1. In Nederland geeft de Wet BIG (Beerse & Pluimakers, 1998) een juridische basis aan de professionele relatie. In België verloopt de erkenning van de ‘nieuwe gezondheidszorgberoepen’ moeizaam (Cools, 2003, 2004). Wettelijke erkenning van de psychotherapie is zowel in Nederland anno 2005 nog niet geregeld.

vermijden van schade veronderstelt een goed geschoold oog voor mogelijke verwickelingen en de nodige maturiteit om problemen op te vangen.

Onethisch gedrag gaat samen met een verminderde deskundigheid of een verzwakking van de professionele rol (Hebbrecht, 2000). Bij problemen is het aangewezen om te onderscheiden op welk niveau van deskundigheid de therapeut tekorten heeft, zodat het ook duidelijk is langs welke weg het remediëren het best kan plaatsvinden.

Men kan immers spreken van *verschillende niveaus* in de deskundigheid van de hulpverlener: een intellectueel, een vaktechnisch, een emotioneel en een moreel niveau. Opleidingen besteden aan die verschillende niveaus van deskundigheid wisselende aandacht. Intellectuele en vaktechnische kennis maken deel uit van de meeste trainingen. Emotionele bekwaamheid krijgt niet overal dezelfde waardering, maar omdat ze cruciaal is in het beroep van hulpverlener, zullen we ze hier meer in de kijker plaatsen. Morele deskundigheid begint in diverse opleidingen pas recent in de aandacht te komen en geven we hier uiteraard ook een plek. Een goede opleiding houdt met al die aspecten rekening.

Intellectuele deskundigheid

De complexiteit van problemen waarmee hulpverleners te maken krijgen, vraagt een goed verstand en scherp inzicht. Het analyseren van wat er aan de hand is, het onderscheiden van hoofdzaken en bijzaken, het doorzien van weerkerende patronen in diverse situaties, een goede synthese maken, talrijke gegevens op een bepaald moment tot een zinvol geheel kunnen samenbrengen, oordelen over het al dan niet toepassen van bepaalde behandelvormen... veronderstellen helder kunnen nadenken, allerlei dingen tegelijkertijd opmerken, veel onthouden over een langere termijn, verzamelde kennis creatief toepassen. Goede wil, intuïtie, zelf veel meegemaakt hebben, graag mensen helpen... zijn eigenschappen en ervaringen die allemaal mooi meegenomen zijn, maar die beperkte intellectuele capaciteiten niet kunnen compenseren. Vermits dit niveau van deskundigheid niet remedieerbaar is, moet bij de selectie voor de opleiding tot therapeut iemands intelligentie mee in de weegschaal liggen.

Vaktechnische deskundigheid

Vakkennis wordt ten dele verworven tijdens de opleiding, waar men een goed instrumentarium leert hanteren en de nodige knowhow verwerft om zich te lanceren in een beroep. 'Levenslang leren' is echter geen holle slogan wanneer men een ethische beroepsuitoefening nastreeft. De vaktechnische

deskundigheid die tijdens de opleiding verworven wordt, is meestal onvoldoende om de specifieke problemen uit de praktijk het hoofd te bieden. Bijscholingen in gespecialiseerde topics zijn vereist om tegemoet te komen aan de noden van de werkplek waarin men terechtkomt. Dat neemt niet weg dat de hulpverlener nog steeds geconfronteerd wordt met problemen waarbij hij de grenzen van zijn kunnen moet onderkennen en doorverwijzen naar andere deskundigen. Enkele voorbeelden.

Bij een vermoeden van mogelijke somatische of neurologische verwickelingen bestaat het deskundig handelen in een goede doorverwijzing naar medische specialisten.

Bij een echtscheidingsproblematiek zijn er vaak aspecten aan de orde waarbij het advies aan de cliënt om een jurist te raadplegen, getuigt van professionaliteit.

Als de problematiek van een gezin uitdrukking is van een sociocultureel gegeven waar de therapeut weinig voeling mee heeft, is het uitdrukking van deskundigheid om de juiste personen uit de omgeving van de cliënten erin te betrekken.

De vaktechnische bekwaamheid ernstig nemen, impliceert ook dat men niet lichtzinnig omspringt met nieuwe werkvormen waarin men te weinig geschoold is. Iets lezen bijvoorbeeld over een nieuwe behandelvorm biedt niet genoeg garantie dat de therapeut deze ook kan toepassen bij cliënten. In het tijdperk van de elektronica maakt kennis van computertechnologie eveneens deel uit van de vakbekwaamheid. Als men bijvoorbeeld dossiers bijhoudt op computer, dient men de technische onderlegdheid te hebben om gegevens afdoende te beveiligen tegen inzage door anderen. Ook zullen de wetenswaardigheden uit het vakgebied in de toekomst meer en meer via datacommunicatie zoals het internet beschikbaar zijn.

In België zijn hulpverleners niet verplicht om zich na hun opleiding te blijven bijscholen of lid te zijn van een beroepsvereniging die waakt over de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Ethische beroepsuitoefening zou nochtans kunnen inhouden dat men regelmatig vakliteratuur bijhoudt, lid is van een beroepsorganisatie en af en toe bijscholingen volgt. Op diploma's zou een soort 'vervaldatum' kunnen staan die waarschuwt wanneer de kennis die verworven is in een opleiding achterhaald is.

Emotionele deskundigheid

Behandelresultaten hangen meer samen met de persoon van de therapeut dan met de gebruikte technieken. Kenmerkend voor het werk van hulpverle-

ners is dat zij vaak in contact komen met psychisch lijden van mensen en noodsituaties waar niet direct oplossingen voorhanden zijn. Zij moeten in staat zijn aanwezig te blijven bij heftige gevoelens, verwarring tolereren, ambiguïteit aanvaarden, lijden en onzekerheid verdragen, rustig kunnen reageren in omstandigheden waarin anderen overspoeld worden door paniek. Onderzoek² brengt aan het licht dat succesvolle therapeuten beter omgaan met emotionele uitingen van cliënten en met de problematische impact van situaties. Wanneer hulpverleners een afstandelijke houding aannemen bij gevoelsuitingen van cliënten, blijkt dat ten nadele te gaan van het proces. Ook raakt de groei van cliënten geblokkeerd bij therapeuten die vijandige reacties van cliënten niet kunnen accepteren. Technieken die bedoeld zijn om affect te faciliteren, worden verschillend aangewend naargelang de therapeut zich meer of minder comfortabel voelt met gevoelsmatige uitingen bij zichzelf en anderen. Zoals voor zoveel andere kenmerken van de persoon van de therapeut, geven ook hier de niet-verbale boodschappen scherper weer wat de therapeut werkelijk hoopt of verwacht te bereiken dan de verbale inhoud van zijn interventies.

Om goed te kunnen omgaan met de gevoelswereld van de psychisch gekwetste mens en ‘als een rots in de branding’ te blijven staan in belastende omstandigheden, is emotionele deskundigheid essentiëler dan methodisch-technische interventies.

Het ontwikkelen van emotionele deskundigheid is niet zozeer een kwestie van theoretische kennis dan wel van doorleefd inzicht. *Leertherapie* kan daarbij een centrale rol spelen. “Dit wil in de eerste plaats zeggen dat de therapeut zijn eigen conflicten, zijn motivaties, zijn karaktereigenaardigheden, zijn intenties, grondig moet leren kennen om daarmee verbonden risicosituaties te voorkomen.” (Corveleyn, 1996)

Een van de sterke determinanten van de psychotherapie-beroepskeuze zou de (onbewuste) wens zijn om eigen emotionele problemen op te lossen. In de voorgeschiedenis van hulpverleners is er opvallend veel sprake van emotionele stresstoestanden in hun familie van oorsprong, waardoor zij van jongsaf aan getraind zijn in het ondergaan van en omgaan met emotioneel moeilijke levensomstandigheden. Twee dominante familiesysteem patronen komen op de voorgrond: ofwel had de toekomstige therapeut de rol van verzorger, die het aldus gewoon is gaan vinden om het op te nemen voor de noodlijdenden, ofwel speelde hij de rol van go-between tussen emotioneel onstabiele ouders en de kinderen. Dat leidt tot twee soorten moeilijkheden: therapeuten zijn zeer geoefend in het zich afstemmen op de emotionele noden van anderen en besteden daardoor onvoldoende aandacht aan de eigen noden; thera-

2. Voor een grondig uitgewerkt overzicht van diverse onderzoeksresultaten over de persoon van de therapeut, zie: Leijssen, 2003.

peuten hebben geleerd de eigen agressie te onderdrukken en gaan zich aldus onvoldoende afschermen tegen te hoge eisen of grensoverschrijdend gedrag in de omgang met hun cliënten. De overdreven ijver die sommigen aan de dag leggen om hun cliënten te ‘redden’, zou verband houden met onbewuste schuldgevoelens over reële of imaginaire schade die zij aan geliefden toegebracht zouden hebben of nog toebrengen. Men brengt dan professioneel enorme offers om dit gevoel te verzachten. Anderen bestrijden voornamelijk de angst voor de psychische stoornis die ze in hun gezin van oorsprong hebben meegemaakt door zich met de problemen van anderen bezig te houden. Indien men echter aan deze moeilijkheden voldoende aandacht besteedt, zo wijst het onderzoek uit, dan kunnen die moeilijkheden in feite zelfs de bekwamheden van de hulpverlener bevorderen.

Therapeuten rapporteren vaak dat ze de eigen leertherapie beleefd hebben als een zeer krachtige en constructieve bron van leren, die hun emotionele deskundigheid sterk bevordert heeft. Wat therapeuten vooral geleerd hebben uit hun therapie, betreft het interpersoonlijke: warmte, empathie, geduld, respect, overdracht en tegenoverdrachtgevoelens onderkennen en ten goede gebruiken. Ook geven ze aan dat hun emotioneel en mentaal functioneren erdoor verbeterde, dat ze tot meer begrip kwamen van persoonlijke drijfveren en interpersoonlijke voorkeuren, dat conflictonderwerpen duidelijker werden, dat ze gevoeliger werden voor noden van cliënten en dat de stress van het beroep verminderde. Ook blijkt dat het zelfvertrouwen van therapeuten toeneemt ten gevolge van hun persoonlijke therapie en dat ze het subjectieve gevoel hebben daardoor beter te functioneren in hun werk. De eigen therapie dient tevens om zich weerbaar te maken tegen zeer grote stress die bepaalde hulpverleningssituaties of probleemgroepen teweegbrengen.

Het is onvermijdelijk dat de hulpverlener in de therapeutische relatie in contact komt met een breed gamma van gevoelens en bij tijd en wijle overwelgd wordt door emoties. Dit verschijnsel is des te ingrijpender naarmate men met meer gestoorde of gekwetste patiënten werkt. In het beroep van therapeut is het niet mogelijk om problematische levenservaringen te begraven. Eigen kwetsuren en gevoeligheden worden onherroepelijk naar boven gehaald en gaan – beseft of onbeseft – levendig interageren met de thema’s die de cliënt binnenbrengt in de therapeutische relatie. In zijn rol als getuige kan de therapeut in mindere mate dezelfde gevoelens als zijn cliënten beleven en last krijgen van diverse symptomen. Herman (1993) beschrijft de emotionele reacties van therapeuten in de context van het werken met traumatische gebeurtenissen. Deze vormen van ‘secundaire traumatisering’ zijn voor de meeste hulpverleners zo herkenbaar dat wij ze als leidraad gebruiken om iets van de psychische gesteldheid van de hulpverlener in kaart te brengen.

De betrokkenheid van de therapeut levert een zeker gevaar op voor zijn eigen psychische gezondheid: het voortdurend aanhoren van problemen en verha-

len over slechte relaties geeft niet alleen een sterker besef van de kwetsbaarheid van de mens, maar het kan ertoe leiden dat de hulpverlener pessimistisch wordt, cynisch en wantrouwig tegenover mensen in het algemeen, *hulpeloosheid* ervaart en zich incompetent en machteloos voelt. Wanneer een therapie tijdelijk in een impasse raakt, kan de therapeut zijn zelfvertrouwen verliezen en ook het vertrouwen kwijtraken in de doeltreffendheid van zijn benadering.

Bij een patiënte met een posttraumatisch stresssyndroom dat gepaard ging met dwangmatige symptomen, twijfelde de therapeut dermate aan zijn meest wezenlijke vaardigheid van luisteren dat hij zich beperkte tot het geven van praktische adviezen. In zijn supervisie ontdekte hij hoe hij overweldigd was door een gevoel van hulpeloosheid. Tijdens de volgende zitting vroeg hij zijn patiënte of zij al ooit aan iemand alles verteld had wat haar overkomen was. Daarop zei de patiënte dat niemand haar verhaal wil horen en dat iedereen vindt dat zij zich eroverheen moet zetten en normaal moet doen. Ze had ook het gevoel dat de therapeut niet wilde luisteren. Tijdens de daaropvolgende zittingen deed ze haar verhaal en geleidelijk namen de symptomen af. (Herman, 1993)

Om zich te verdedigen tegen het ondraaglijke gevoel van hulpeloosheid probeert de therapeut soms de rol van *redder* aan te nemen. In deze situatie komt de hulpverlener te weinig voor zichzelf op en gaat hij eigen gerechtvaardigde belangen veronachtzamen: hij laat de contacten bijvoorbeeld te lang duren, staat veelvuldige contacten toe, laat zich niet of te weinig betalen. In een houding van zelfoverschatting kan hij over de schreef gaan en gedragingen stellen die niet thuishoren in een professionele relatie. Hier loeren ook narcistische valstrikken en kan de therapeut die alles meent te kunnen genezen, zijn toevlucht nemen tot magische en destructieve praktijken.

Wanneer de hulpverlener besmet wordt door het *verdriet* en de wanhoopsgedvoelens van de cliënt, kan hij soms zelf een rouwproces doormaken. Mollica (1988) merkt op dat deze 'begrafenisstemming' nog het best met *humor* te remediëren is. Dat is iets wat veel hulpverleners intuïtief aanvoelen; wellicht wordt er daarom zoveel gelachen op afdelingen waar men permanent met de dood geconfronteerd wordt. "Humor is een uiting van geestkracht en kameraadschap midden in een afdaling naar de onderwereld, het is een manier van commentaar leveren op de werkelijkheid, om onzekere tijden vol gevaar en pijn door te komen. Wanneer men van alle uiterlijke tekenen van zijn waardigheid is ontdaan en er nergens iets van geborgenheid of veiligheid te vinden lijkt, ontspringt de humor aan de inzichten van de ziel en wijzigt de lach ons biochemisch en psychologisch functioneren. Al kunnen grappen on-eerbiedig klinken en ver afstaan van oude mythen en verhalen, toch hebben mythe en humor veel met elkaar gemeen wat betreft de wijze waarop ze ons

door een periode in de onderwereld helpen. Beide voeden de geest en zijn uitingen van het onoverwinnelijke element in ons. Humor en mythe plaatsen ons lijden in perspectief en maken pijn gemakkelijker te dragen” (Bolen, 1997).

De hulpverlener kan zich ook identificeren met de *woede* van de cliënt. Hij ervaart dan boosheid, frustratie, prikkelbaarheid tot heilige verontwaardiging, die zich eveneens tegen de samenleving kan richten. De therapeut die zich bewust is van de intense woede van de patiënt, kan bovendien angstig worden. Contact met getraumatiseerde patiënten kan de therapeut ook dwingen zich rekenschap te geven van het kwade in zichzelf en eigen wraakzuchtige of sadistische gevoelens onder ogen te zien. Zijn identiteit als zorgzaam en meevoelend medemens kan daarmee op losse schroeven komen te staan en het geïdealiseerde beeld van zichzelf en de samenleving of de wereld wordt hierdoor aangevreten.

Snelle wisselingen in de geestestoestand van patiënten kunnen bij de hulpverlener een gevoel van innerlijke *verwarring* en onwezenlijkheid veroorzaken, wat soms tot angstige spanning leidt. De therapeut kan zich op den duur slachtoffer voelen en erover klagen dat hij zich gemanipuleerd, uitgebuit of benadeeld voelt. Kernberg (1984) verheldert hoe snelle, verwarrende fluctuaties in de tegenoverdracht van de therapeut een afspiegeling zijn van fluctuaties in de overdracht van de patiënt. Deze interpretatie houdt een erkenning in van de onzichtbare krachten die de therapeutische relatie kunnen verstoren. Wanneer dat niet begrepen wordt, kan de hulpverlener geheel van slag raken en niet meer in staat zijn om de werkrelatie overeind te houden.

Om de vele vormen van tegenoverdracht juist te verstaan in hun complexiteit en subtiliteit, is een duurzaam *ondersteuningssysteem* voor de hulpverlener onontbeerlijk. Overleg en intervisie met collega's zijn noodzakelijk om een vangnet te bieden voor de gevoelens die zich bij de therapeut opstapelen. Het moet de therapeut er ook voor behoeden om in een geïsoleerde positie te werken en aldus kwetsbaarder te worden voor grensoverschrijdingen en ondeontologisch handelen.

Een welbepaalde vorm van verminderde emotionele deskundigheid kan zich bij hulpverleners manifesteren als *'burn-out'* (De Jong, 2000). Doordat het belangrijkste instrument van de therapeut zijn eigen persoon is, is het gevaar voor persoonlijke beschadiging voor niemand denkbeeldig. Hulpverleners zijn niet immuun voor de invloed van langdurige blootstelling aan menselijke wanhoop, lijden en conflicten. Vaak zijn juist werknemers met hooggestemde idealen en een grote betrokkenheid gevoeliger voor dit probleem. Ook lopen de mensen die voor hun behoefte aan waardering afhankelijk zijn van het werk en die zich onvoldoende beloond voelen voor hun inzet, een verhoogd risico. Signalen dat men overbelast en uit evenwicht is, zijn: verminderde concentratie, ondermijnd zelfvertrouwen, verstoord slaappatroon, toe-

genomen behoefte aan orale bevrediging, zichtbare sufheid en uitputting, opgejaagdheid, problemen van mensen boeien niet meer, er lijken overal problemen te zijn, behoeften van familie of vrienden zijn te veel en men kan nog onvoldoende meeleven met anderen (Karp, 1989).

Een jonge kinderpsycholoog is met veel enthousiasme beginnen te werken in een instelling waar kinderen door de jeugdrechter geplaatst worden. Ze wordt met uiteenlopende problemen geconfronteerd: sommige kinderen ageren zeer agressief, veel ouders willen niet meewerken aan een behandelingsplan, de school stoot de kinderen vaak af, er is veel administratie bij te houden, de directie hamert voortdurend op besparingsmaatregelen, terwijl er zelden iets van waardering wordt uitgedrukt voor de creativiteit die de psycholoog in haar werk aan de dag legt. De psycholoog lijdt er vooral onder wanneer een kind na een weekend terugkeert met tekens van mishandeling. Ze kan 's avonds moeilijk haar werk achterlaten en op tijd naar huis gaan. Op het werk barst ze soms uit in een huilbui wanneer een van de jongens brutaal is, ze vergeet afspraken die in het team overeengekomen waren, ze wordt pessimistisch en verbitterd.

Burn-out is niet zomaar een toestand van vermoeidheid; het gaat om frustratie als gevolg van toewijding aan iets wat niet de verwachte bevrediging heeft geschonken. Het heeft te maken met tekortschieten in persoonlijke doelstellingen, desillusies bij hooggestemde idealen, verlies van geloof in zichzelf en de onderneming. In dat opzicht verschilt burn-out ook van stress (Trijsburg, 1997).

Behalve individuele kenmerken spelen situationele factoren een rol bij werkgerelateerde stress. In sommige *organisaties* heerst een permanente crisis sfeer. De hulpverlener doet er in een dergelijke omgeving goed aan meerdere aspecten in het oog te houden om zich te beschermen tegen burn-out (Carroll, 1996):

- zich niet laten besmetten door de crisissfeer die in sommige organisaties de normale gang van zaken is;
- onderhandelen over taken, rollen, werkcondities in plaats van dubbelzinnigheden over taken en rollen te accepteren, want dat veroorzaakt nog meer emotionele uitputting;
- tijdmanagement zelf in de hand houden, zelf prioriteiten bepalen, slechts een redelijke belasting aanvaarden, want een organisatie stelt na verloop van tijd meer eisen en verwacht dat de hulpverlener er steeds meer taken bijneemt;
- tijd voorzien voor dringende gevallen en noodsituaties;
- tijd nemen om te reflecteren op het werk en om 'bij te tanken', letterlijk door voldoende lunchtijd te nemen, maar ook regelmatig bijscholingen en

trainingen volgen om nieuwe ideeën en energie op te doen (bij tijdgebrek wordt er vaak eerst gesnoeid op ontspanningstijd en bijscholingstijd);

- een sociaal ondersteuningssysteem onderhouden waarin men gezondheid naar lichaam, geest en ziel behartigt, door ruimte te maken voor lichaamsbeweging, zinvolle activiteiten en goede vriendschappen.

Naast de hulpverleners in overvraagde organisaties zijn therapeuten die geïsoleerd werken bijzonder kwetsbaar. Vaak gaat het om *zelfstandigen* van wie het inkomen afhankelijk is van hun individuele prestaties. De druk en de verleiding om zoveel mogelijk opdrachten aan te nemen zijn erg groot. Daarbij kan men het zich zelden veroorloven om slecht betaald werk te weigeren of toe te geven dat men niet competent is voor sommige opdrachten. De genadeslag komt vaak op het moment dat men belastingen en diverse bijdragen moet betalen, terwijl men soms onzorgvuldig geweest is in het bijhouden van bewijzen voor gemaakte onkosten. Dat wordt bij burn-out een vicieuze cirkel: de chaos neemt toe, de kwaliteit van de geleverde prestaties vermindert, maar men kan het zich niet veroorloven om tijdelijk het werk te onderbreken. In het ergste geval maakt men dan ook nog beroepsfouten waarvoor men aangeklaagd wordt.

Werken als zelfstandige is een creatieve oplossing in tijden dat de werkaanbiedingen niet voldoen aan wat de therapeut zich van zijn professioneel leven voorstelt. Beroepscodes verplichten de zelfstandig werkende therapeut niet om collegiale ondersteuning in te bouwen, maar het zou ethisch een goede zaak zijn indien elke hulpverlener die in een geïsoleerde positie werkt, zich verbindt met een netwerk waarin intervisie en collegiaal overleg vanzelfsprekende onderdelen van de werkroutine zijn.

Voor het opbouwen van emotionele deskundigheid behoren niet alleen leertherapie en zich beschermen tegen burn-out tot de mogelijkheden. Binnen de wereld van de ethiek kan de *bestaansethiek* een inspirerend perspectief bieden (Graste, 1997, 1998, 2000). Bestaansethiek vindt haar oorsprong in het Griekse denken, waarin een continue kritische reflectie op de kwaliteit van het persoonlijk functioneren en over wat waarde heeft in het dagelijkse leven, centraal stond. Het Griekse woord ‘èthos’ betekent: persoonlijke houding of karakter. Bestaansethiek is gericht op ‘de bekwaamheid om met jezelf om te gaan’ en geeft een beeld van een positieve zorg voor de psyche. Het is een gewone praktische levenswijsheid, een soort ‘deugdzaamheid’ voor de dagelijkse taken en bezigheden. In het werk van Aristoteles bijvoorbeeld wordt over bestaansethiek geschreven aan de hand van drie begrippen: ‘optimaal functioneren’, ‘vriendschap voor zichzelf’ en ‘streven naar een bloeiend leven’.

Optimaal functioneren heeft te maken met het zoeken naar de juiste houding, een houding waarin je een evenwicht kunt bewaren, waarin je je niet te snel en op de verkeerde momenten en om de verkeerde redenen laat meeslepen door je gevoelens. In het geval van de emotie ‘woede’ bijvoorbeeld is er

de ene kant van te snel of te heftig kwaad zijn en de andere kant van in het geheel niet kwaad kunnen worden; daartussenin ligt een optimale houding die men kan omschrijven als een kordate zachtmoedigheid.

Vriendschap voor zichzelf is de positieve houding die je ten opzichte van jezelf inneemt. In de tegenovergestelde houding is men in conflict met zichzelf en doet men dingen die niet goed zijn voor de gezondheid en het geestelijk welzijn. Vriendschap voor zichzelf betekent dat je het beste voor jezelf in praktijk brengt, er plezier aan beleeft met jezelf te zijn, eenheid in je ziel hebt. Iemand met de juiste vorm van zelfliefde doet de goede dingen omdat hij nadenkt over wat echt belangrijk is, in plaats van zich te laten leiden door zelfzucht of door verwachtingen van anderen.

Een bloeiend leven slaat niet op het uitwendige goed, ook al is enige voorspoed wel wenselijk. Het is niet gericht op het verkrijgen van geld en genot, het is ook niet gericht op status en eer. Het is een bewust leven; voor geluk moet je iets doen, je moet eraan werken en daar heb je voldoende vrije tijd voor nodig. Die tijd moet vooral besteed worden aan nadenken, reflecteren en beschouwen. Wie dat in de praktijk brengt, is – volgens Aristoteles – een gelukkig mens.

De meeste hulpverleners zijn met dit soort werk begonnen vanuit een authentiek verlangen om via hun beroepsuitoefening zorg te dragen voor anderen en voor zichzelf een zinvol leven uit te bouwen. Een bestaansethiek – waarvoor men inspiratie uit diverse bronnen kan putten – geeft de noodzakelijke basis voor een beroepsleven waarin de therapeut de kwaliteit van leven voor anderen en zichzelf kan bevorderen en zijn emotionele én morele deskundigheid kan voeden.

Morele deskundigheid

Beroepscodes verplichten therapeuten om rekening te houden met de ethische dimensies in hun werk en daar gepaste oplossingen voor te vinden. Maar voor veel opleidingen is het onduidelijk op welke wijze morele deskundigheid bijgebracht en bevorderd wordt. Therapeuten worden bij hun vorming voornamelijk opgeleid om de technische aspecten van de job te leren en ze zijn beroepsmatig zo gesocialiseerd om juist niet de morele problemen of ethische implicaties in hun werk te onderkennen. Ethisch denken is nooit waarde vrij en daar wringt de schoen voor de therapeut. Terugblikkend op zijn lange carrière in het College van Toezicht van het Nederlands Instituut voor Psychologen zegt Boecke: “Wij psychologen zijn niet gewend te beoordelen of iets aan de beroepscode voldoet. Wij hebben de neiging om een waardeoordeel te vermijden; *tout comprendre c’est tout pardonner*” (Bakker, 1995). Daarnaast komt nog dat het werk van therapeuten zich ‘achter geslo-

ten deuren' afspeelt; in dergelijke beroepen is er een traditie om 'zich niet te moeien met anderen' (Feimen-Nemser & Floden, 1986). Dat alles heeft als gevolg dat therapeuten slecht voorbereid zijn om ethische thema's te benaderen.

In zijn overzicht betreffende onderzoek naar *ethisch handelen* komt Rest (1984) tot de bevinding dat morele deskundigheid niet te beschouwen is als een persoonlijkheidstrek of een deugd van de ideale mens. Het gaat veeleer om een complexe interactie tussen verschillende cognitieve en affectieve processen die plaatsvinden bij het ondernemen van een bepaalde actie in een specifieke context. Hierbij onderscheidt hij vier componenten:

- ethische gevoeligheid;
- ethisch redeneren;
- ethische keuze maken;
- uitvoering van het ethische gedrag.

Ethische gevoeligheid of het inzicht dat het gaat om een situatie met ethische implicaties, waarbij iemands gedrag invloed heeft op het welzijn van iemand anders. Dat veronderstelt dat men empathisch kan inschatten wat de gevolgen voor anderen zullen zijn. De persoon beseft dat zijn gedrag schadelijk kan zijn voor anderen, of de persoon is zich ervan bewust dat hij een morele norm overtreedt. Uit onderzoek blijkt dat dit niet evident is; mensen hebben vaak problemen om de ernst van een situatie te taxeren. Ook zijn er individueel grote verschillen in de gevoeligheid voor het welzijn van anderen; vaak is er een eerste impulsieve reactie van aantrekking of afstoting die bepaalt of men al dan niet zal reageren. Zo blijken bijvoorbeeld gezondheidswerkers uiteenlopende interpretaties te hebben in situaties waarbij zij geconfronteerd worden met kinderen die sporen van mishandeling vertonen. Verder blijkt dat de gerichtheid van iemands aandacht bepaalt of men al dan niet specifieke morele problemen onderkent en erop reageert. Iemand kan bijvoorbeeld zodanig opgaan in de uitvoering van een bepaalde taak, dat hij ondertussen voorbijloopt aan 'concurrerende' morele aspecten. Het beroemde experiment met de seminaristen die de opdracht kregen om een lezing te geven over het thema van de 'barmhartige Samaritaan' en ondertussen een hulpeloos slachtoffer op hun weg geen hulp bieden, illustreert dat.

Ethisch redeneren of oordelen welke actie juist, rechtvaardig of goed is. Kan men identificeren wat het ethische ideaal zou zijn in een specifieke situatie en komt men tot een formulering van ethisch verantwoord gedrag? Dat veronderstelt dat men beschikt over een systeem van morele betekenisgeving, dat men kan halen uit een bepaalde cultuur, uit kennis van beroepscode, of uit een intuïtief rechtvaardigheidsgevoel. De ontwikkeling van het intuïtieve oordeelsvermogen werd in de psychologie voornamelijk bestudeerd door Kohlberg (1969, 1980). Hij beschreef een transformatieproces van kind tot volwassene doorheen zes fasen.

- Eerst geldt voornamelijk de wet van de sterkste en wordt men geleid door de eisen van hogergeplaatsten.
- Vervolgens spelen angst voor straf en verlangen naar beloning een rol.
- Dan komt er besef van wederkerigheid waarin een eerlijke ruil en inleving in argumenten en gevoelens van anderen mogelijk worden.
- In een volgende fase wordt de groepsnorm of ‘wat iedereen doet’ door-slaggevend.
- Vervolgens komen er gevoeligheid voor maatschappelijke orde en respect voor regels en gemaakte afspraken.
- Ten slotte gaat het ideale morele oordeel verder dan wat bij wet vastgelegd is en handelt men uit eerbied voor het leven en gevoel voor medemenselijkheid en universele rechtvaardigheid.

Veel volwassenen blijven echter functioneren op een ‘kinderlijk’ niveau. Onderzoek heeft bevestigd dat er een significant verband is tussen de verschillende fasen in de morele ontwikkeling en het gedrag van hulpverleners: de scores in ‘moreel oordeel’ blijken zelfs een van de weinige variabelen te zijn die de kwaliteit van het werk van geneesheren voorspellen!

Ethische keuze maken. Hierbij maakt men een keuze tussen verschillende mogelijkheden en valt er een beslissing om al dan niet het morele ideaal op te volgen. Dat veronderstelt dat men de relatieve waarde van diverse doelstellingen afweegt, waarbij men ook anticipeert welke invloed de beslissing zal hebben op de eigen stemming en op die van anderen. Meestal zijn er in een gegeven situatie verschillende reacties mogelijk, waarbij elke reactie uitdrukking is van andere waarden en motieven. Omdat waarden vaak met elkaar in competitie treden en ze niet allemaal tegelijkertijd te realiseren zijn, kiezen mensen in dit waardeconflict dat wat voor hen de meest urgente waarde is. Waarom zou iemand moreel gedrag verkiezen boven bijvoorbeeld eigen plezier of winst? Bepaalde theorieën omtrent morele motivatie geven mogelijke antwoorden op deze vraag: empathie kan aanleiding geven tot altruïsme; schaamte, schuld, Godsvrees kan iemand drijven; een gevoel van eerbied en onderwerping aan iets dat groter is dan het zelf of toewijding aan een onderneming doet iemand uitstijgen boven egoïsme; mensen leren sociaal handelen op basis van bekrachtiging en voorbeelden; de ervaring van te leven in een rechtvaardige en zorgzame samenleving inspireert tot moreel engagement; moreel handelen en begaan zijn met integriteit kunnen deel zijn van iemands identiteit.

Steeds is er een wisselwerking tussen cognitie en affect: men heeft een cognitieve voorstelling van het beoogde doel en de gevolgen voor al de betrokkenen en er is de wens dat het tot positieve resultaten zal leiden. Ook blijkt er verband te zijn tussen een positieve stemming en de beslissingen die men neemt: bij een goed humeur zijn mensen bijvoorbeeld vrijgeviger en coöperatiever. Onder tijdsdruk neemt men echter andere beslissingen dan na rijp beraad en is men vaak niet in staat om nieuwe situaties te benaderen in hun ethische implicaties.

Uitvoering van het ethische gedrag. De toepassing en de uitvoering van wat men van plan is, veronderstellen volharding en verdere affectieve en cognitieve bewerking van het vooropgestelde doel. Er is nog een lange weg tussen iemands goede bedoelingen en de volledige uitvoering van een plan. Hindernissen, onverwachte moeilijkheden, frustraties, afleidingen, vermoeidheid... kunnen iemand doen stranden. Voldoende ik-sterkte is hierbij nodig en ook deugden als doorzettingsvermogen, beslistheid, bekwaamheid, discipline, uitstel van onmiddellijke bevrediging... zijn aan de orde. Om voldoende zelfcontrole te behouden en het morele ideaal uit te voeren is het belangrijk dat de persoon bij zichzelf een positieve affectieve houding kan creëren en in standhouden, door bijvoorbeeld voor zichzelf te herhalen: 'ik kan dit', 'het is goed wat ik doe'.

In de vakliteratuur omtrent het omgaan met ethische problemen vindt men diverse modellen en methodes voor *ethische reflectie*. Kitchener (1984)³ heeft bijvoorbeeld onderstreept dat bij complexe problemen en nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied bestaande beroepscode vaak ontoereikend zijn. Daarom stelt zij voor zich te baseren op vijf fundamentele principes, die een zekere hiërarchische orde inhouden, en steeds te toetsen of deze principes geëerbiedigd worden:

- het welzijn van anderen bevorderen;
- geen schade veroorzaken;
- de autonomie van anderen respecteren;
- eerlijk zijn;
- betrouwbaar zijn.

Dat kan vertaald worden als het deskundig toepassen van verantwoordelijkheid, respect en integriteit. Omdat morele deskundigheid vooral opgebouwd wordt aan de hand van *casuïstiek*, volgt hier een voorbeeld dat minder spectaculair is, maar dat illustreert hoe in de praktijk kleinere en grotere ethische keuzes gemaakt kunnen worden op basis van deze principes wanneer er geen regels voorhanden zijn.

Een cliënt vraagt of de therapeut haar wil omhelzen bij het verlaten van een therapieessie. Is het ethisch de beste keuze om haar te omhelzen of het te weigeren?

Denkend aan haar *welzijn* kan men zich afvragen of het goed is dat de therapeut voor haar een bron van affectie zou zijn. Met een omhelzing zal de therapeut misschien een onmiddellijke invulling geven voor een legitieme behoefte, maar cliënten hebben er meer baat bij dat zij met hun behoeften aan hun trekken leren komen in hun gewone leefrelaties. Op zich is lichamelijk

3. In het tijdschrift *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(2), 1992, werden diverse bijdragen gepubliceerd die de toepassing van dit referentiekader illustreren.

contact in de therapeutische interactie niet schadelijk, soms is het een zeer waardevolle communicatievorm waarmee het welzijn van de cliënt bevorderd wordt. Indien deze cliënt overspoeld zou zijn door wanhoop of in een ontoerekeningsvatbare toestand zou zijn, dan zou het *schadelijk* kunnen zijn als de therapeut haar liet vertrekken zonder extra blijk van engagement of steun. Vanuit zijn deskundigheid moet de therapeut inschatten of de situatie zorgwekkend is. Het zou kunnen dat de cliënt zich afgewezen voelt door de weigering van de therapeut en dat ze daarover fantasieën maakt, of dat het gevoelens oproept die ze herkent van vroegere pijnlijke ervaringen met belangrijke anderen. Het zou tevens kunnen dat ze daarover niets ter sprake brengt, maar dat ze het uitageert in gedrag dat destructief is voor haarzelf en lastig voor de therapeut. Het voorval kan de therapie doen stagneren.

Om schadelijke gevolgen te voorkomen, moet de therapeut de volgende sessie zijn *verantwoordelijkheid* opnemen en ter sprake brengen wat de betekenis is van haar vraag naar deze communicatievorm en welk effect zijn reactie op haar heeft. Een dergelijk gesprek wordt beter niet gehouden op de gang buiten de sessietijd; de therapeut heeft de verantwoordelijkheid voor het bewaken van het therapiecontract en er is geen goede reden om de grenzen te laten vervagen. De therapeut kan haar beter een duidelijke volgende afspraak geven om daarmee de zorg voor de continuïteit te verzekeren en haar te herinneren aan hun engagement voor hun werkrelatie.

Hoe zit het hier met *respect voor haar autonomie*? Als deze cliënt het initiatief neemt om de therapeut te omhelzen, zou hij haar autonomie niet schenden indien hij haar gebaar zou beantwoorden. Maar respect voor autonomie betekent niet dat de therapeut moet instemmen met de keuze van de cliënt. Respect houdt in dat hij haar wens van meer lichamelijke nabijheid niet veroordeelt; dat hij zich verplaatst in haar situatie en bedenkt hoe hij dan benaderd zou willen worden. Het is niet echt respectvol als iemand een gebaar beantwoordt uit medelijden of schrik voor de gevolgen van een weigering. Respect voor haar autonomie zou hier eerder kunnen zijn dat de therapeut opmerkzaam is voor de beleving van de cliënt, dat hij in de volgende sessie aandachtig luistert naar wat er in haar omging en dat ze samen deze situatie verbaal overdenken op haar betekenis in de context van de therapiere relatie en het leven van de cliënt.

Uiteraard worden al die voorgaande bedenkingen niet gemaakt in die ene seconde waarin de therapeut kiest om de cliënt niet te omhelzen. Op dat moment laat hij zich leiden door een onmiddellijke lichamelijke reactie, die hem fysiek doet achteruitgaan en zijn armen inhouden. Als hij *eerlijk* naar zichzelf kijkt, is hij echter geen man die problemen heeft met lichamelijk contact. Hij weet wel vanuit zijn eigen leertherapie dat hij alert is voor verstikkende relaties en machtsverhoudingen. Hij kan in een volgende intervisie even nagaan in hoeverre er misschien bij hem onbewuste kinderlijke gevoelens geraakt werden en of hij met deze cliënt toch een subtiele machtsstrijd voert.

Hoe dan ook zou het in de beschreven situatie een inauthentiek gebaar geweest zijn indien hij haar omhelst had, want eigenlijk wilde iets in hem dat niet. Indien hij haar dan toch zou omhelzen, zou de communicatie ook onbetrouwbaar worden. Eerlijkheid en *betrouwbaarheid* worden op dat moment uitgedrukt door non-verbaal te communiceren dat hij de afstand wil bewaren. Hij is ook betrouwbaar geweest door juist niet ongenueanceerd de waarheid te zeggen en haar op te zadelen met een confrontatie waarvoor er op dat moment geen tijd was om er zorgzaam mee om te gaan. Hij moet wel in zijn achterhoofd houden dat hij in de volgende sessie met de cliënt zal bespreken wat dit incident uitdrukt over hun interactiestijl. Daarbij kan hij transparant zijn over zijn gevoelens in zoverre dat de cliënt verder helpt om 'in-zicht' te krijgen in wat ze teweegbrengt, nu bij de therapeut, maar vooral als 'oogopener' voor problematische interactiewijzen in haar dagelijkse omgeving.

Het voorval illustreert ook hoe het ethisch hanteren van zo'n incident een beroep doet op veel aspecten van *deskundigheid*. Wat weet de therapeut over de betekenis van aanraken en is hij voldoende getraind in non-verbale communicatievormen? Hoe vertrouwd is hij met psychopathologie om de ernst van de situatie juist in te schatten? Respectvol en integer reageren heeft niets van sentimenteel begrip of 'spontaan' zeggen wat men denkt. Het veronderstelt integendeel kritische reflectie en gedisciplineerd hanteren van zelfonthulling en feedback. Zonder vakkennis en technische vaardigheid richten 'waarheidsmomenten' meer schade aan bij de cliënt dan dat ze helpend zijn.

Bij ethische dilemma's wordt er een extra beroep gedaan op de morele competentie van de hulpverlener. In het vorige hoofdstuk werd bij de verantwoordelijkheid om schade te voorkomen reeds de *dilemmamethode* uiteengezet. Graste (2003) ontwikkelde deze ethische reflectiemethode om stil te staan bij de verschillende kanten van een situatie en te onderzoeken welke waarden en normen een rol spelen en elkaar lijken uit te sluiten. Het werken met de dilemmamethode doet een beroep op verschillende morele competenties: een dilemma kunnen definiëren, stilstaan bij een dilemma, oordelen uitspreken en toetsen die 'spontaan' opkomen, zich verplaatsen in de positie van de anderen, waarden en normen expliciteren, het blikveld verruimen door andere mogelijkheden te bedenken; een goede afweging maken door prioriteiten te stellen en voorgenomen besluiten te beargumenteren en te verantwoorden.

Tot besluit: wijsheid als ideaal van deskundigheid

Ideaal gezien evolueert iemands deskundigheid naar wijsheid.⁴ In wijsheid komen scherp inzicht en een juiste handelwijze samen. De hulpverlener handelt dan een geïntegreerde benadering van het leven waarin theorie en praktijk, kennis en actie, cognitieve en affectieve aspecten in harmonie zijn. Wijsheid gaat ook over de diepere laag van de werkelijkheid, dat wat niet verandert doorheen de variaties in de oppervlakkige fenomenen, wat universeel van waarde blijkt te zijn. Wijsheid is bij uitstek nodig in situaties waar geen pasklare oplossingen voorhanden zijn, bij complexere problemen die gekenmerkt zijn door ambiguïteit en contradicties, en bij moeilijke en onzekere kwesties, zoals de vele waardegeladen thema's waarmee beroepsethiek voortdurend te maken heeft.

Onderzoek reveleert bepaalde karakteristieken die typerend zijn voor wijze personen: openheid voor ervaringen, empathie en goede luistervaardigheden, het vermogen om gevoelens en emoties te identificeren, rechtvaardigheid, zelfkennis en besef van eigen beperkingen, terughoudendheid om de eigen visie aan anderen op te dringen, tolerantie, zorgdragen, inzicht in menselijke interacties, rekening houden met de context, het vermogen om problemen op langere termijn te evalueren. Wijze mensen houden zich vooral bezig met zaken die hun persoonlijke belangen overstijgen, zij zijn meer begaan met het welzijn van anderen dan met het nastreven van persoonlijk geluk. Ze hebben een doel dat bijdraagt tot het algemene belang, ze schenden de rechten van anderen niet en ze tonen een grote dienstbaarheid. Wijze mensen geven blijk van emotionele betrokkenheid die zich uit in aandacht, interesse en het doorgeven van inspiratie. Ondanks hun emotioneel engagement beleven ze zelf minder negatieve affecten en rapporteren ze minder vaak plezierige ervaringen. Ze zijn beter in staat om hun emotionele reacties te moduleren met het oog op langeretermijndoelen die afgestemd zijn op de ontwikkeling van zichzelf en anderen. Hun waarden zijn niet gericht op een plezierig leven, wel op persoonlijke groei, inzicht, welzijn van anderen, sociaal engagement en bescherming van het milieu. Hun levensoriëntatie is incompatibel met egoïsme en hedonisme; hun voorkeur gaat immers naar het begripen van de complexiteit van het leven en het ontwikkelen van het menselijk potentieel van zichzelf en anderen. Bij conflicten verkiezen ze strategieën van samenwerking boven dominantie en onderwerping of vermindering. Wijsheid impliceert een interpersoonlijke opstelling waarin gezocht wordt naar een evenwicht tussen eigenbelang en de belangen van anderen. De ontwikkeling van wijsheid is voornamelijk het resultaat van confrontatie met belang-

4. Voor inspirerende literatuur en onderzoek over wijsheid zie: Sternberg, 1990; Panikkar, 1997; Kramer, 2000; Baltes & Kunzmann, 2003; Kunzmann & Baltes, 2003.

rijke emotionele, interpersoonlijke en existentiële dilemma's. Op zijn best is de ethische hulpverlener dus niet alleen deskundig, maar vooral wijs.

We besluiten met een laatste vuistregel of een heel eenvoudige *ethiektoets*: als men bevestigend kan antwoorden op de vraag of men een bepaalde behandeling of bejegening ook zou willen voor zichzelf, zijn geliefden, alle mensen onder dezelfde omstandigheden, dan heeft men een goed criterium voor de veralgemeenbaarheid. Eenvoudige principes die tevens rekening houden met de emotionele kant, bieden soms de beste garantie op ethisch handelen.