

Verslag rondetafel Seksueel geweld door professionals in de gezondheidszorg en in de hulpverlening



Peking+15: Rondetafels van de Vrouwenraad



In 2010 wordt het [Actieplatform](#) van de Vierde Wereldvrouwenconferentie (Peking 1995) opnieuw geëvalueerd. De Vrouwenraad wil deze evaluatie voorbereiden met een reeks rondetafels over de actieterreinen en de strategische doelstellingen in het Peking Actieplatform voor de verbetering van de maatschappelijke positie van vrouwen.

Rondetafel 2: Seksueel geweld door professionals in de gezondheidszorg en in de hulpverlening

De Vrouwenraad nodigt u graag uit op deze rondetafel op

donderdag 14 mei 2009, van 12u30 tot 16u30

in Amazone, Middaglijnstraat 10, 1210 Brussel

Indien u wil deelnemen aan deze rondetafel willen wij u vragen u vóór 8 mei 2009 in te schrijven bij nvr.hmoestermans@amazone.be 02/229 38 15

Programma

12u30 **Onthaal met broodjes**

13u00 **Welkomstwoord**
Ria Convents, advocate

13u10 **Filmfragment Terzake "Therapeutisch misbruik"** 20 juni 2007

Inleidende sprekers

Grensoverschrijdend gedrag in de hulpverlening
Prof. Mia Leijssen (Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen
Onderzoekseenheid Psychologie KUL)

Strafrecht en seksualiteit: patiëntenrechten versus beroepsgeheim

Prof. Liesbet Stevens (Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen KUL)

Slachtoffer-dader-perspectief: de betekenis van conflict- en zorgmanagement
Prof. Tony Van Loon (Sociale Agogiek aan de faculteit Psychologie en Opvoedkunde VUB)

14u20 **Vragen en bedenkingen**

14u35 **Pauze**

14u50 **Tussenkomen vanuit praktijkervaringen**

Lieve Thienpont, gerechtspsychiater

Christine Mussche, advocate

Annemie Vandermeulen, Trefpunt Zelfhulp vzw

Marleen Teugels, journaliste

15u50 **Vragen en bedenkingen**

16u00 **Tussenkomen vanuit het beleid**

Een vertegenwoordiger van het kabinet van mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Bart Van Hoof, raadgever geestelijke gezondheidszorg van het kabinet van mevrouw Veerle Heeren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Conclusies

Middaglijnstraat 10 - 1210 Brussel - t: 02/229 38 18-19 - f: 02/229 38 66 - info@vrouwenraad.be

Inhoud

Welkomstwoord Ria Convents	3
Vrouwenraaddossier en aanbevelingen 2007	4
Inleiders	
Grensoverschrijdend gedrag in de hulpverlening: Prof. Mia Leijssen	15
Tussenkost Strafrecht en seksualiteit Prof. Liesbet Stevens	28
Slachtoffer-dader-perspectief: de betekenis van conflict- en zorgmanagement, Prof. Tony Van Loon	31
Tussenkosten vanuit praktijkervaringen	
Gedrag van een cliënte, incestslachtoffer, ten tijde van seksueel misbruik binnen de therapeutische relatie door de behandelende therapeut Lieve Thienpont, Gerechtspsychiater	38
Christine Mussche, Advocate	50
Annemie Vandermeulen, Trefpunt Zelfhulp	52
Marleen Teugels, journaliste - tussenkost Rondetafel - artikel Knack	56
Tussenkosten vanuit het beleid	
Dr. Saskia van den Boagaert, Attaché - Cel Medische Colleges, FOD Volksgezondheid	65
Bart Van Hoof, Raadgever geestelijke gezondheidszorg van het kabinet van mevrouw Veerle Heeren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	65

Welkomstwoord

Ria Convens, feministisch advocate

Welkom iedereen.

Vermits ik vanuit mijn praktijk al vaker slachtoffers van incest en seksueel geweld heb verdedigd, heeft de Nederlandstalige Vrouwenraad mij gevraagd om deze rondetafel te modereren.

Ik ben heel blij dat de Vrouwenraad dit thema opnieuw heeft opgerakeld.

De rechtstreekse aanleiding was de zaak Vincent Martin van enkele jaren geleden. Hij is vervolgd geworden maar uiteindelijk is hij er ook zeer goedkoop vanaf gekomen. De vraag "hoe moeten we met deze problematiek verder" is nog steeds prangend.

Ik heb zelf nog enkele oudere artikels gevonden. In 1993 stond in het weekblad HUMO een artikel over seksueel misbruik door hulpverleners. In 1996 was er ook een serieuze zaak waarbij de therapeut werd vrijgesproken op grond van gebrek aan bewijs of "zij had toegestemd". Eind jaren 1980 - begin jaren 1990 was er in Nederland ook de zaak van Theo Finkensieper. Hij was een directeur - psychiater van moeilijk opvoedbare meisjes. Er waren niet minder dan 200 klachten tegen hem ingediend. Hij werd veroordeeld en naar aanleiding daarvan is er in Nederland een meldpunt opgericht en is er onderzoek verricht waaruit blijkt dat 8% van de therapeuten zich schuldig maakt aan seksueel misbruik van cliënten. Een artikel in de Knack van 2007 spreekt over 15% om dan nog te zwijgen over het aantal klachten dat nooit ingediend wordt omwille van deze zeer specifieke vorm van seksueel misbruik.

Vandaag krijgen jullie toelichtingen van een aantal specialisten terzake.

Dat moet de Vrouwenraad de gelegenheid geven om hun standpunt van enkele jaren geleden te actualiseren en opnieuw onder de aandacht te brengen.

Het verslag van deze rondetafel bevat de tussenkomsten van de sprekers, de weergaven van de discussies en de documenten die ook in de documentatiemap zaten (Vrouwenraaddossier en aanbevelingen 2007, artikel Knack)

Filmfragment Terzake "Therapeutisch misbruik" 20 juni 2007

Vrouwenraaddossier en aanbevelingen 2007

Seksueel misbruik komt voor in de gezondheidszorg en de hulpverlening, zowel in residentiële als in ambulante settings, zowel in instellingen en centra als in privé-praktijken.

Een scala aan handelingen

Er kunnen verschillende vormen van seksueel misbruik plaatsvinden:

- Erotiserend en seksueel getint gedrag: uiting van ongepaste intieme gevoelens in woord en/of gedrag;
- Onnodig aanraken: aanraking of betasting zonder dat dit binnen de professionele standaard van de betreffende beroepsgroep past;
- Onnodig uitkleden: de patiënt wordt gevraagd zich te ontkleden in een mate die voor het onderzoek of de behandeling niet noodzakelijk is; de patiënt wordt begluurd tijdens het uitkleden;
- Onnodig uitwendig en inwendig onderzoek: de patiënt wordt inwendig (vaginaal of rectaal) of uitwendig (borsten, geslachtsdelen) onderzocht zonder dat dit voor de diagnose of behandeling noodzakelijk is;
- Aanranding
- Verkrachting

Deze feiten kunnen eenmalig zijn, maar ze kunnen zich ook gedurende een lange periode 'opbouwend' voordoen, van verleiding tot verregaand seksueel misbruik.

Soms kan het zelfs een hele tijd duren voordat patiënten/cliënten beseffen dat ze misbruikt worden of werden. Dit heeft te maken met de afhankelijkheidspositie waarin ze zich bevinden en de manier waarop die afhankelijkheid wordt misbruikt en vaak in stand wordt gehouden ten dienste van de professional zelf. De patiënt/cliënt bevindt zich dan in een kwetsbare en gevaarlijke situatie omdat de professional veel over haar/hem weet en die vertrouwelijke informatie tegen haar/hem kan inzetten. Bij de patiënt/cliënt is er (lang) nadien altijd sprake van enorme schaamte- en schuldgevoelens.

Er zijn zelfs professionals die de patiënten/cliënt voorspiegelen dat seksueel contact een onderdeel is van de therapie. Sommige professionals proberen via het bieden van therapie hun eigen onverwerkte emoties en psychische problemen te helen.

In de psychotherapie bijvoorbeeld, gebeurt het dat patiënten positieve overdrachtgevoelens ontwikkelen. Dit zijn in feite gevoelens van verliefdheid naar de professional toe. Er zijn professionals die ingaan op deze gevoelens. Dit wordt tegenoverdracht genoemd.

Het speelt geen rol of patiënten/cliënten toestemmen met seksueel getint gedrag of er zelf op aandringen. Ze zijn als hulpvrager afhankelijk van de professional. Deze bevindt zich in die hoedanigheid in een machtspositie. De relatie, in het kader van (een) consultatie/s, tussen de professional en de patiënt/cliënt is dus op zich ongelijkwaardig.

Het is aan de professional om niet over de 'grens' te gaan.

Cijfers

Er zijn weinig cijfers over seksueel misbruik in de gezondheidszorg en de hulpverlening. Uit een aantal buitenlandse onderzoeken (vooral Canada en VS), die gebaseerd zijn op zelfrapportage door

professionals, blijkt dat tussen de 1 en 17,7% tijdens hun carrière ooit seksueel contact heeft gehad met een aan hun zorg toevertrouwde (ex)patiënt/cliënt.

Een Nederlands rapport¹ meldt dat 7% van de mannelijke psychiaters en 3% van de vrouwelijke psychiaters en 5 tot 10% van de mannelijke psychologen en 0,5 tot 1% van de vrouwelijke psychologen ooit seksueel misbruik heeft gepleegd ten aanzien van een patiënt. Bij KNO-artsen en gynaecologen gaat het om 4%.

Meestal gaat het om man/vrouw misbruik, voornamelijk door mannen van een eind in de dertig tot begin in de vijftig. Vaak hebben ze een eigen privé-praktijk.

Maar er bestaat ook vrouw/vrouw misbruik, vrouw/man misbruik en man/man misbruik. Bij misbruik door vrouwen zijn vrouwen vaak het slachtoffer.

Volgens onderzoek is er in de VS een hoog percentage recidive bij hulpverleners die seksueel grensoverschrijdend gedrag plegen, van 30 tot 80% en zelfs rond 80% bij hulpverleners die voor meervoudig seksueel grensoverschrijdend gedrag worden aangeklaagd.

Voor meer info cijfers/getuigenissen zie ook: <http://www.misbruikdoorhulpverleners.nl>

Wetgeving: rechten van patiënten/cliënten

We beschikken over wetgeving inzake ongewenst seksueel gedrag op het werk². De relatie werkgever/werknemer of werknemers onderling staat hier centraal. Deze wetgeving heeft geen gevolg voor de band tussen de professional en de patiënt/cliënt.

Patiëntenrechtenwet

Wat de relatie professional-patiënt/cliënt betreft is de wet over de patiëntenrechten relevant.

Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt
[2002022737](#)

Deze wet betreft de relatie arts/patiënt, psychiater/patiënt, tandarts/patiënt. De wet verduidelijkt waarop een patiënt moet kunnen rekenen en waaraan een beroepsbeoefenaar zich te houden heeft om de kwaliteit van de dienstverlening in de gezondheidszorg te garanderen.

Art. 5. De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften.

Art. 10. § 1. De patiënt heeft recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bij iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar en inzonderheid betreffende de informatie die verband houdt met zijn gezondheid.

De patiënt heeft recht op respect voor zijn intimiteit. Behoudens akkoord van de patiënt, kunnen enkel de personen waarvan de aanwezigheid is verantwoord in het kader van de dienstverlening van de beroepsbeoefenaar, aanwezig zijn bij de zorg, de onderzoeken en de behandelingen.

➤ Dit gaat echter niet over de onderlinge band tussen de professional en de patiënt

Art. 11. § 1. De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.³

¹ Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Inspectie voor de Gezondheidszorg, www.igz.nl, Bulletin. Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg, Den Haag, augustus 2004.

² Zie [Genderwetswijzer arbeid](#)

³ Bij de FOD Volksgezondheid zijn volgende diensten ondergebracht:
De Federale Commissie 'Rechten van de patiënt'

In verband met het klachtrecht kan het slachtoffer in principe terecht bij de ombudsdienst van het ziekenhuis of wanneer het feit daarbuiten gebeurt bij de federale ombudsdienst van de federale commissie 'rechten van de patiënt'. Deze dienst vangt klachten op over zorgverstrekkers waarvoor geen specifieke ombudsdienst is opgericht.

De werking van de federale ombudsdienst 'rechten van de patiënt' is echter niet voldoende operationeel. Patiënten kunnen enkel klachten indienen tegen artsen, psychiaters en tandartsen, niet tegen professionals uit de andere gezondheidszorgberoepen. De dienst kan bovendien enkel bemiddelen.

Strafwet

Seksueel misbruik wordt als een ernstig misdrijf beschouwd. Een aantal seksuele handelingen worden strafbaar gesteld, met name verkrachting, aanranding van de eerbaarheid, (aanzetten tot) ontucht en prostitutie, exhibitionisme.

We vermelden hier volgende belangrijke wetten:

- de wet van 4 juli 1989 tot wijziging van sommige bepalingen betreffende het misdrijf verkrachting;
- de wet van 13 april 1995 betreffende het seksueel misbruik ten aanzien van minderjarigen;
- de wet van 28 november 2000 betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen

De artikels 375-378bis van het Belgisch Strafwetboek handelen over [verkrachting](#) en art. 372-374 en 376-378bis over [aanranding van de eerbaarheid](#). Er is strafverzwaring mogelijk, o.a. wanneer de dader gezag uitoefent over een minderjarig slachtoffer. Dit geldt niet voor volwassen patiënten/cliënten die slachtoffer worden van seksueel misbruik door professionelen.

Een slachtoffer van seksueel misbruik (zie artikels hierboven) kan de strafrechtelijke procedure volgen.

Een strafrechtelijke uitspraak heeft echter geen gevolg op de latere beroepsuitoefening van een professional, nadat deze eventueel gestraft is en deze straf heeft beëindigd.

Voor de patiënt/cliënt is het grote probleem de bewijsvoering. Meestal is hun verklaring het enige bewijsmateriaal. Tijdens confrontaties tussen professionals en patiënten/cliënten delven deze laatste vaak het onderspit. Ze worden op een manipulatieve wijze de mond gesnoerd. Hun vaak 'psychiatrische stempel' heeft een invloed op hun 'ongeloofwaardige' getuigenis. Klachten worden dan ook vaak geseponneerd.

Veel slachtoffers van verkrachting of aanranding durven of kunnen zich zelfs niet uiten en dienen geen klacht in of pas wanneer de verjaringstermijn verstreken is.

De Federale Commissie 'Rechten van de patiënt' is opgericht in de schoot van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Deze commissie verzamelt informatie over de patiëntrechtelijke aangelegenheden, adviseert de minister, evalueert de toepassing van de wet en de werking van de ombudsfuncties en behandelt klachten over de werking van de ombudsfuncties. [Lees meer ...](#)

De Federale ombudsdienst 'Rechten van de patiënt'

De Federale ombudsdienst 'Rechten van de patiënt' werd opgericht bij de Federale Commissie 'Rechten van de patiënt'. Deze ombudsdienst is bevoegd om een klacht van een patiënt in verband met de uitoefening van zijn rechten, toegekend door de wet betreffende de rechten van de patiënt, door te verwijzen naar de bevoegde lokale ombudsfunctie. Is er geen bevoegde lokale ombudsfunctie, dan is de federale ombudsdienst bevoegd om de klacht zelf te behandelen. [Lees meer ...](#)

De lokale ombudsdiensten 'Rechten van de patiënt'

Elk ziekenhuis voorziet in een ombudsfunctie waar de patiënt zijn klacht aangaande een recht, geformuleerd in de wet betreffende de rechten van de patiënt, kan neerleggen. [Lees meer ...](#)

Ze moeten binnen de vijf⁴ à 10 jaar een klacht indienen. Binnen die termijn moeten zij hun ervaringen kunnen verwoorden en dat lukt niet altijd.⁵

Burgerlijke partijstelling en burgerlijke vordering⁶

Wanneer een slachtoffer zich burgerlijk partij stelt, heeft dit tot gevolg dat de strafvordering wordt ingesteld en de zaak voor de strafrechter komt. De strafrechter zal dan niet alleen uitspraak moeten doen over de burgerlijke vordering, maar ook over de strafvordering. Dit systeem van burgerlijke partijstelling is dus een correctief op het principiële monopolie van het openbare ministerie om de strafvordering in te stellen. Stel, het parket beslist om de zaak te seponeren, dan kan de strafvordering toch nog worden ingesteld door de burgerlijke partijstelling. Of er dan veel of weinig kans is om te winnen hangt af van de sterkte van de zaak.

Men spreekt dus enkel van burgerlijke partijstelling wanneer het gaat om zaken voor de strafrechter.

De benadeelde kan ook beslissen om zich met zijn burgerlijke vordering te richten tot de burgerlijke rechter. Maar de burgerlijke vordering wordt geschorst zolang niet definitief is beslist over de strafvordering. De burgerlijke rechter moet dan wachten tot de strafrechter definitief uitspraak heeft gedaan omdat deze zich in beginsel dient te conformeren aan datgene wat de strafrechter heeft beslist.

Dit laatste geldt niet als de zaak is geseponereerd. De strafvordering is dan immers nooit effectief ingesteld (nooit voor de strafrechter gekomen). Deze burgerlijke rechter is dan ook volledig vrij om te beslissen, onafhankelijk van de strafzaak. In theorie zou het feit dat een zaak geseponereerd werd door het parket dus geen invloed mogen hebben op de burgerlijke vordering voor de burgerlijke rechter. In de praktijk is dit misschien wel zo, wellicht omdat zaken die geseponereerd worden, nu eenmaal zaken zijn waarin men weinig kans maakt om te winnen.

Gezondheidszorgberoepen en deontologische codes

Hoge Gezondheidsraad

De Hoge Gezondheidsraad is het wetenschappelijk adviesorgaan van de F.O.D. Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en fungeert zo als de poort tussen het beleid en de wetenschappelijke wereld op het vlak van de volksgezondheid.

In deze hoedanigheid geeft de Raad onafhankelijk wetenschappelijk advies en aanbevelingen: dit gebeurt zowel op eigen initiatief als op vraag van de Minister, zijn medewerkers of de administratie. De Hoge Gezondheidsraad is bevoegd voor alles wat de volksgezondheid aanbelangt. Dat geldt in het bijzonder voor de volgende zes domeinen, o.a:

Geestelijke gezondheid: gedrag, verslaving, psychosociale factoren in de volksgezondheid, *opleiding van beroepsmensen, psychotherapie*, etc.

Advies: [Psychotherapieën: definities, praktijk, erkenningsvoorwaarden](#):

p. 10 over klachten van cliënten: de Ethische Commissie van de Belgische Federatie van Psychologen ontvangt jaarlijks een 30-tal klachten waaronder ook over de ombuiging van de relatie tot een persoonlijke, romantische of intieme relatie. De psycholoog kan een vermaning krijgen of uitgesloten worden maar er zijn geen verdere sancties;

⁴ Vijf jaar als de zaak gecorrectionaliseerd wordt en dit is meestal het geval. Niets belet om toch na vijf jaar een klacht in te dienen want het gaat om een misdaad en daarvoor geldt een verjaringstermijn van 10 jaar. Voor de schadevergoeding (op burgerrechtelijk vlak) geldt een termijn van 10 jaar.

⁵ De wet van 28 november 2000⁵ betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen voorziet een 10-jarige verjaringstermijn, waarbij de termijn begint te lopen vanaf 18 jaar en dat betekent concreet dat het slachtoffer nog tot 28 jaar een klacht kan indienen.

⁶ Deze info werd ons verstrekt door de Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid van de FOD Justitie.

p. 34 over de basisprincipes voor professioneel handelen, o.a. de integriteit: de therapeut mag de afhankelijkheidsrelatie die door de hulpverleningsrelatie tot stand komt in geen geval voor persoonlijke (wetenschappelijke, financiële, affectieve, seksuele) interesse misbruiken.

Dit zijn de **gezondheidszorgberoepen**, cfr. FOD Volksgezondheid

- huisartsen
- specialisten
- tandartsen
- kinesitherapeuten
- vroedvrouwen
- verpleegkundigen
- zorgkundigen
- paramedici
- niet-conventionele geneeskunde
- apothekers

Maar niet alle gezondheidszorgberoepen hebben een deontologische code waarin dan ook nog eens aandacht is voor seksueel misbruik, enkel de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren en de Nationale Raad voor de Kinesithérapie hebben wel respectievelijk een code en gedragsregels.

Nationale raad van de Orde van Geneesheren

De Nationale Orde van Geneesheren moet onder andere waken over de deontologie van de artsen, over de eer en de waardigheid (Code van Medische Plichtenleer). De Orde is belast met regels betreffende onder andere de zedelijkheid in verband met de uitoefening van het medisch beroep. Er zijn ook **Provinciale Raden**: zie www.ordomedic.be. Een aantal actoren kunnen aan de Provinciale Raden van de Orde vragen om tegen een arts op te treden, namelijk de minister van volksgezondheid, de Nationale Raad van de Orde, de Procureur des Konings, de Provinciale Geneeskundige Commissie, artsen, derden.

Mogelijke tuchtmaatregelen zijn: waarschuwing, censuur, berisping, schorsing van maximaal twee jaar, schrapping van de lijst van de Orde. In de officiële lijst van de Orde van Geneesheren inzake de ten laste gelegde fouten is ook de categorie zedenfeiten opgenomen: wat houdt dat precies in?

Eén van de problemen van de Nationale Orde van Geneesheren is dat er heel weinig transparantie is. De uitspraken (tuchtrechtelijke beslissingen) worden niet systematisch gepubliceerd, ze mogen nauwelijks worden ingekeken⁷. In de jaren 1970 en 1980 werden wel overzichten van disciplinaire beslissingen gegeven in het Officieel Tijdschrift van de Orde van Geneesheren. Sedertdien (1985) ontbreekt deze informatie⁸. In de periode 1991-1999 waren er 5.348 beslissingen van de Provinciale Raden waarvan 20 over zedenfeiten en tussen 1990-1999 waren er 1.256 beslissingen van de Raden van Beroep, waarvan 7 over zedenfeiten. In totaal worden er 43 categorieën van fouten vermeld bij de Provinciale Raden.

Ook worden de slachtoffers niet ingelicht over de schorsing van de arts/dader.

Provinciale geneeskundige commissies

Zodra aan een PGC enig gedragsprobleem van een professional in de respectieve provincie wordt gemeld, kan deze commissie de erkenning van de betrokkene intrekken of het behoud ervan doen afhangen van de aanvaarding door de betrokkene van bepaalde beperkingen die de PGC hem of haar oplegt.

⁷ NYS, H. et al., Oordelen volgens de waardigheid van het beroep. Analyse van zware tuchtrechtelijke beslissingen in de periode 1990-1999 door de Raden van Beroep van de Orde van Geneesheren, in *Rechtskundig Weekblad 2001-2002*, nr. 39, 25 mei 2002.

⁸ NYS, H. et al., De Orde der Geneesheren en de handhaving van de tucht (1990-1999), in *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 58, nr. 8, 2002.

Nationale Raad voor de Kinesithherapie
Gedragsregels voor de kinesitherapeut

GEDRAGSREGEL 7

De kinesitherapeut werkt in een klimaat van vertrouwen tegenover de patiënt: met bepalingen over intimiteit.

Intimiteit

47. De kinesitherapeut dient zich tegenover de patiënt en diens eventuele begeleiders respectvol te gedragen.

48. Indien bij de kinesitherapeut andere gevoelens dan deze die in een professionele hulpverleningssituatie passen een rol spelen, is het noodzakelijk de behandeling tactvol aan een collega over te dragen.

49. Indien de kinesitherapeut vermoedt dat bij de patiënt andere gevoelens dan deze die in een professionele hulpverleningssituatie passen een rol spelen, is het voor de kinesitherapeut noodzakelijk zich hiervan te vergewissen en zonodig de patiënt er tactvol op te wijzen dat deze gevoelens niet kunnen worden beantwoord. Blijven de signalen zich herhalen, dan is het overdragen van de behandeling aan een collega noodzakelijk.

50. De kinesitherapeut dient alle handelingen en uitlatingen, die kunnen overkomen als een vorm van ongewenste intimiteit te verklaren en met de nodige zorg te omgeven.

51. De kinesitherapeut onthoudt zich van een ongevraagd waardeoordeel inzake de persoonlijke levenssfeer van de patiënt.

De vraag is of deze Raad een tuchtrechtelijke bevoegdheid heeft?

Nog uit te werken is de reglementering van de uitoefening van de klinische psychologie, de klinische seksuologie en van de klinische orthopedagogiek.⁹

Er zijn ook plannen om een Hoge Raad voor Deontologie van de Gezondheidszorgberoepen op te richten.¹⁰

Aanbevelingen

Strafrecht

Strafmaat verkrachting algemeen

Er worden vaak voorwaardelijke straffen¹¹ uitgesproken. Dit betekent dat wel een straf wordt uitgesproken maar dat deze niet tot uitvoering wordt gebracht. Als de dader opnieuw in de fout gaat of zich niet aan de door de rechter opgelegde voorwaarden houdt, volgt nog de oplegging van de

⁹ Zie: Wetsvoorstel tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen met het oog op de reglementering van de uitoefening van de klinische psychologie, van de klinische seksuologie en van de klinische orthopedagogiek Senaat [3-689/1](#)

¹⁰ Zie: Wetsvoorstel tot oprichting van een Hoge Raad voor Deontologie van de Gezondheidszorgberoepen en tot vaststelling van de algemene beginselen voor de oprichting en de werking van de Orden van de gezondheidszorgberoepen, Senaat, [3-1519/1](#).

¹¹ In de krantenberichtgeving lezen we vaak dat daders van verkrachting veroordeeld worden met uitstel. De rechter veroordeelt maar de veroordeling wordt uitgesteld. Er wordt telkens een proefperiode bepaald, van minstens één jaar en maximum vijf jaar. Indien de dader in die periode geen ander misdrijf begaat, komt er een einde aan de rechtsvervolgning. De uitgesproken straf kan dan niet meer worden uitgevoerd. Uitstel is niet mogelijk voor een gevangenisstraf van langer dan vijf jaar.

straf. Concreet moet de dader zich laten begeleiden door een psychiater of psycholoog en dit gedurende een aantal jaren (de proeftijd). Een probatieassistent(e) staat in voor de controle.

- Er is geen zicht op wat die begeleiding inhoudt, welke de resultaten van die begeleiding zijn en in welke mate er sprake is van recidive: hiernaar zou onderzoek moeten verricht worden.

In de praktijk zou de materiële en morele schadevergoeding voor slachtoffers aan de lage kant zijn.

- Hierover vragen we een evaluatie.

Verjaringstermijn indiening klacht verkrachting

Slachtoffers moeten binnen de vijf¹² à 10 jaar een klacht indienen. Binnen die termijn moeten zij hun ervaringen kunnen verwoorden en dat lukt niet altijd.

De wet van 28 november 2000¹³ betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen voorziet een 10-jarige verjaringstermijn, waarbij de termijn begint te lopen vanaf 18 jaar en dat betekent concreet dat het slachtoffer nog tot 28 jaar een klacht kan indienen.

- Deze termijn moet zowel net als voor minderjarigen ook voor meerderjarige slachtoffers minstens 10 jaar bedragen.

Verbod op seksuele handelingen tussen professional en patiënt/cliënt

Wij vragen om dit verbod op te nemen in de Belgische Strafwet.

We verwijzen naar de Nederlandse strafwet (artikel 249, 3°)¹⁴ waarin dit verbod is opgenomen in 1991. Het gaat hier ook om onnodige aanrakingen die niet gebruikelijk zijn voor de desbetreffende beroepsgroep.

Contactverbod

Er bestaat al contact- en straatverbod in geval van seksueel geweld in partnerrelaties. Wij achten het nuttig dat de betrokken overheid nagaat of dit verbod systematisch moet of kan opgelegd worden aan professionals/daders dan wel enkel op vraag van de slachtoffers.

Valse klachten

Er moet een bepaling ingevoegd worden in de tuchtwet om bewust ingediende valse klachten te bestraffen. Dit bestaat al bij de wetgeving inzake ongewenst seksueel gedrag op het werk.

Patiëntenrechtenwet

- De werking van de federale ombudsdienst 'rechten van de patiënt' moet voldoende operationeel worden en hieraan moet ook bekendheid gegeven worden.
- De bevoegdheden van de ombudsfunctie moeten uitgebreid worden.
- De wet moet ook van toepassing zijn op de andere zorgberoepen, niet enkel op artsen, psychiaters en tandartsen.

¹² Vijf jaar als de zaak gecorrectionaliseerd wordt en dit is meestal het geval. Niets belet om toch na vijf jaar een klacht in te dienen want het gaat om een misdaad en daarvoor geldt een verjaringstermijn van 10 jaar. Voor de schadevergoeding (op burgerrechtelijk vlak) geldt een termijn van 10 jaar.

¹³ [2001009048](#)

art. 35:

In artikel 21bis van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 13 april 1995, worden volgende wijzigingen aangebracht:

1° De woorden "In de gevallen bedoeld in de artikelen 372, 373, 375, 379, 380 en 380bis van het Strafwetboek worden vervangen door de woorden "In de gevallen bedoeld in de artikelen 372 tot 377, 379, 380 en 409 van het Strafwetboek".

2° Het artikel wordt aangevuld met een nieuw lid, luidende: "*In geval van correctionalisering van een misdaad bedoeld in het vorige lid, blijft de verjaringstermijn van de strafvordering, die welke bepaald is voor een misdaad*"

¹⁴ Strafbaar is degene die, werkzaam in de gezondheidszorg of maatschappelijke zorg, ontucht pleegt met iemand die zich als patiënt of cliënt aan zijn hulp of zorg heeft toevertrouwd.

- Het verbod op seksuele handelingen tussen professionals en patiënten/cliënten moet ook in deze wet worden opgenomen.

Reglementering van alle gezondheidszorgberoepen

Er moet dringend een reglementering komen van de uitoefening van de klinische psychologie, de klinische seksuologie en van de klinische orthopedagogiek.

Het is de meest efficiënte en logische oplossing dat eerst alle gezondheidszorgberoepen wettelijk geregeld zijn vooraleer er een gezamenlijke deontologische code wordt uitgewerkt. Dit is een noodzakelijke voorafgaandelijke stap.

Deontologische code

Vermits omzeggens enkel de Orde van Geneesheren iets 'vaag' voorziet en de Nationale Orde van Kinesisten een gedragsregel heeft, is het zinvol dat er voor alle gezondheidszorgberoepen één deontologische code wordt opgemaakt. Daarin moet een duidelijke stellingname/nultolerantie opgenomen worden tegen seksueel misbruik door professionals. Er moeten ook richtlijnen in opgenomen worden over het voorkomen van seksueel misbruik/seksuele handelingen. Deze richtlijnen bevatten bijvoorbeeld:

- bepalingen over de band tussen professional – patiënt/cliënt
- een opsomming van ongewenste seksuele handelingen
- meldingsprocedure en -plicht bij het tuchtcollege (zie verder)
- procedure van onderzoek nadat een melding is binnengekomen
- overzicht van mogelijke (tucht)maatregelen nadat het onderzoek is doorgegaan en er duidelijk sprake is van seksueel misbruik door de professional
- de garantie van verdere hulpverlening aan de patiënt/cliënt door een andere professional (keuzemogelijkheid tussen vrouwelijke en mannelijke professional)
- de regeling van de opvang en begeleiding van de professional

Deze opsomming is dus bij wijze van voorbeeld en niet limitatief en kan bijkomende vragen oproepen. Het is de bedoeling dat erover gediscussieerd wordt op parlementair vlak en binnen de gezondheidsberoepsgroepen om hierover tot een consensus te komen.

Deze code moet opgesteld worden door een **Hoge Raad voor deontologie** van de Gezondheidszorgberoepen die nog moet opgericht worden en waarin vrouwen en mannen paritair moeten vertegenwoordigd zijn. Deze Raad werkt tuchtmaatregelen uit.

Het is niet de bedoeling om een nieuwe orde van artsen te creëren, wel een code voor alle beroepsgroepen gezamenlijk. Als elke beroepsgroep dit afzonderlijk moet doen, zou dit waarschijnlijk nog lang duren. Bovendien, waar zouden de grenzen liggen van de ene beroepsgroep ten opzichte van de andere terwijl de problematiek in feite voor elke van deze beroepsgroepen dezelfde is.

Steun/verwijspunt voor de beroepsgroepen

De oprichting van een steun/verwijspunt met vertegenwoordigers (evenveel vrouwen als mannen) vanuit de gezondheidszorgberoepsgroepen die gesprekspartners zijn voor professionals die problemen dreigen te krijgen met seksueel misbruik tijdens het uitoefenen van hun beroep en die kunnen doorverwijzen naar geschikte therapeuten. Het gaat om een steunpunt (pool) door professionals voor professionals.

Tuchtmaatregelen

Het bestaande medisch tuchtrecht van de Orde van Geneesheren is niet geschikt als instrument om de deskundigheid en de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken. In de officiële lijst van de Orde van Geneesheren inzake de ten laste gelegde fouten is de categorie zedenfeiten opgenomen maar wat houdt dat precies in?

Het is momenteel niet duidelijk wie bevoegd is voor de uitspraken van schorsing van beroepsuitoefening bij psychologen, erkende en niet erkende therapeuten, welzijnswerkers, en andere hulpverleners,...

Beter nog is dat een **tuchtcollege** dat alle gezondheidszorgberoepen overvleugelt en/of een bestaande **rechtbank** de bevoegdheid moet krijgen om de beroepsuitoefening van de professional te schorsen. De rechtbank doet dit al bij pedofielen bij andere beroepsgroepen (bijvoorbeeld leerkrachten, opvoeders).

Het tuchtcollege moet paritair samengesteld zijn uit vrouwen en mannen.

Bij elk geval van seksueel misbruik moet de betrokken professional een psychiatrisch onderzoek ondergaan. De bevindingen van dit onderzoek vormen de basis voor het nemen van een tuchtrechtelijke beslissing.

De tuchtsancties moeten degelijk onderbouwd zijn en gepaard gaan met probatievoorwaarden, die een verplichting tot het volgen van therapie inhouden. Tijdens de therapie mag de professional zijn/haar beroep niet langer uitoefenen en wordt hij/zij geschorst. De maximale schorsingsduur bij artsen is momenteel twee jaar maar die zou moeten verlengd worden tot wanneer de behandeling beëindigd is. Daarna moet de professional blijven opgevolgd worden.

Beroepsopleidingen

Patiënten en cliënten zijn afhankelijk van de professionals in de gezondheidszorg en de hulpverlening. Er is sprake van een machtsverschil waarbij patiënten en cliënten zich vaak in een kwetsbare positie bevinden.

Professionals moeten op dit vlak hun verantwoordelijkheid nemen om dit te erkennen en respectvol om te gaan met het vertrouwen dat patiënten en cliënten in hen stellen. Het tijdig onderkennen van erotische/seksuele gevoelens voor (bepaalde) patiënten/cliënten maakt deel uit van die verantwoordelijkheid, evenals het bespreekbaar maken met collega-professionals.

Aan deze aspecten moet aandacht besteed worden in de beroepsopleidingen en in de bijscholingen.

Onderzoek

- Vermits er geen cijfergegevens beschikbaar zijn over de omvang en de aard van deze problematiek, vragen we aan de bevoegde overheden hiernaar onderzoek te laten uitvoeren.
- Een studie naar het aantal zaken die strafrechtelijk en burgerrechtelijk behandeld of geseponneerd worden en de redenen waarom.

Maatregelen door zorg- en hulpverleningsinstellingen en -centra

Nemen maatregelen ter voorkoming van seksueel misbruik, o.a.

- bespreken het thema bij de aanwerving van elk personeelslid
- lichten patiënten/cliënten in over de meldingsprocedure en indien er feiten gebeurd zijn over de behandelingsprocedure na de melding

Zelfhulpgroepen voor slachtoffers

In Vlaanderen is Trefpunt Zelfhulp in Leuven in 2006 gestart met een zelfhulpgroep voor slachtoffers van seksueel misbruik door professionals.
Er moet onderzocht worden of de vraag groot genoeg is om per provincie een zelfhulpgroep op te richten.

Grensoverschrijdend gedrag van hulpverleners

Prof. Dr. Mia Leijssen

<h3>Grensoverschrijdend gedrag van hulpverleners</h3> <p>Prof.dr. Mia Leijssen <i>Gids beroepsethiek. Waarden, rechten en plichten in psychotherapie en hulpverlening.</i> Leuven: Acco, 2007</p>	<h3>Grensoverschrijdend gedrag</h3> <ul style="list-style-type: none">▶ Interactie buiten het afgesproken professionele kader▶ Onderscheid tussen "overschrijding" en "schending" van grens▶ Afhankelijk van mogelijke schade die cliënten kunnen ondervinden
<ul style="list-style-type: none">▶ Veronderstelt duidelijkheid over het professionele kader▶ Beroepscodes: houvast omtrent wat wel en niet tot de professionele relatie behoort▶ Gedragsregels gegroepeerd onder grote principes of basishoudingen	<h3>Basishoudingen ethische beroepsuitoefening</h3> <ul style="list-style-type: none">▶ Respect▶ Integriteit▶ Verantwoordelijkheid▶ Deskundigheid <p>Onethisch handelen getuigt van gebrek aan...</p>
<h3>Respect</h3> <ul style="list-style-type: none">▶ Van bij de start helder en duidelijk informeren over professioneel kader = Informatieplicht van hulpverlener▶ Informed consent = op informatie gebaseerde toestemming van cliënt	<h3>Respect voor autonomie</h3> <ul style="list-style-type: none">▶ Door het delen van relevante informatie wordt de cliënt in staat gesteld om zelf mee te beslissen over het hulpverleningsproces▶ Informatieplicht haalt de hulpverlening uit de sfeer van machtsmisbruik en manipulatie▶ Versterkt de cliënt in zijn zelfwaarde

Paternalisme

- ▶ Partij die beschikt over de macht, neemt beslissingen voor de andere partij, zonder die andere partij daarin te betrekken
- ▶ Deskundige “weet het beste” wat goed is voor de cliënt

Geïnformeerde toestemming impliceert helder informeren over

- ▶ specifieke deskundigheid en ervaring van de hulpverlener
- ▶ doelen van de professionele relatie
- ▶ methoden van behandeling
- ▶ risico's en baten
- ▶ algemene voorwaarden zoals honoraria, plaats en tijd
- ▶ vertrouwelijkheid, wijze van bewaring van gegevens, personen die betrokken zijn bij de werkrelatie
- ▶ Patiëntenrechten

Bij aanvang professionele relatie

- ▶ “voldoende” informatie
- ▶ geen “volledige” informatie mogelijk
- ▶ gaandeweg belangrijke dingen verduidelijken. Bijvoorbeeld bij seksuele gevoelens aangeven dat seksuele relatie niet verenigbaar is met professionele relatie

Respect ruimer!

- ▶ Nadruk op autonomie en individuele vrijheid dient vooral intellectueel en mondig publiek
- ▶ « respicere » = omzien naar en opnieuw bekijken
- ▶ zorgvuldige aandacht
- ▶ Empathie en **mededogen** voor gevoeligheden van diverse betrokkenen

Integriteit

- ▶ Waarden: eerlijkheid, rechtvaardigheid, betrouwbaarheid, onomkoopbaarheid, liefde voor waarheid, oprechtheid en openheid.
- ▶ Betreffende grensoverschrijdend gedrag: rolintegriteit.

Rolintegriteit

heldere grens tussen wat onder beroepsuitoefening kan vallen en wat daarmee niet te verenigen is

Problemen met rolintegriteit

- ▶ bevorderen van persoonlijke belangen/geschenken
- ▶ mengen van professionele rol met andere (al dan niet professionele) rol = meervoudige relaties
- ▶ seksuele grensoverschrijdingen

<h3>Bevorderen van persoonlijke belangen / geschenken</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Criterium? Grootte van belangen of geschenken? ▶ Verzwakking professionele rol? ▶ Wordt hulpverlener omkoopbaar? ▶ Verblind voor dynamiek van de relatie 	<h3>Rolintegriteit</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hulpverlener verwacht geen surplus van de cliënt ▶ Kwaliteit van de professionele dienstverlening is op geen enkele wijze beïnvloed door giften of gunsten van cliënten. ▶ Alles wat bovenop - maar ook onder - de contractafspraken gegeven of gevraagd wordt, heeft eigen betekenis die om verduidelijking vraagt
<h3>Geschenken</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Accepterend voor de beleving die op die wijze tot uitdrukking gebracht wordt ▶ Middel voor iets extra? In te lossen schuld? ▶ Dankbaarheid ▶ Multiculturele samenleving: relatievastigend medium 	<h3>Aantrekkelijke aanbiedingen</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ vergelijkbaar met het aannemen van geschenken ▶ bijkomende complicatie: hulpverlener komt hiermee ook in een andere relatie ten opzichte van zijn cliënt
<h3>Meervoudige relaties</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ vergroten kans op uitbuiting en machtsmisbruik ▶ creëren verwachtingen die vaak onverzoenbaar zijn ▶ verminderen de kwaliteit van de professionele relatie en die van de andere relatie <p>Wil niet zeggen dat combinaties van rollen altijd problematisch zijn !</p>	<h3>Verskillende soorten meervoudige relaties</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Zakenrelaties, Vriendschap... ▶ Dynamiek van professionele relatie blijft doorwerken in andere functionele relaties. Daarom getuigt het van weinig integriteit wanneer hulpverleners gebruik maken van hun positie om zich tot (ex-)cliënten te richten voor bijzondere diensten of vriendschap
<h3>Overschrijdingen van het kader</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ De kern van het probleem ligt niet in de meervoudigheid, maar in de kans op misbruik en belangenvermenging, vooral 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. 	<h3>Vermijding meervoudige relaties?</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ onrealistische positie, vergaande isolatie ▶ in de fantasie van cliënten krijgen hulpverleners soms nog meer macht toebedeeld dan ze in werkelijkheid hebben ▶ hulpverleners als mensen van vlees en bloed ▶ natuurlijk onderdeel van het normale leven

<h3>Alertheid voor dynamiek</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Marge tussen onschuldige of goedbedoelde niet-professionele contacten versus misbruik of chantage kan zeer smal zijn ▶ De impact van de andersoortige contacten moet altijd bespreekbaar zijn ▶ De scheiding van het professionele met het niet-professionele contact verhelderen ▶ Evalueren met behulp van anderen 	<h3>Seksuele relaties</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verbijzondering van rolintegriteit ▶ Seksuele relaties met cliënten zijn in alle omstandigheden onverenigbaar met de professionele rol van hulpverlener ▶ Gezonde seksualiteit veronderstelt 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 ▶ Hulpverlener misbruikt zijn bijzondere positie
<h3>Seksueel misbruik: geleidelijke verschuiving op continuüm</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ subtiel misbruik, waarin de cliënt moet tegemoet komen aan emotionele behoeften van de hulpverlener ▶ seksuele atmosfeer met bedekte toespelingen ▶ verleidingsgedrag ▶ aanhoudende seksuele fantasieën ▶ openlijk seksueel misbruik zoals tongkussen, aanraken of strelen van geslachtsorganen of lichaamsdelen geassocieerd met seksualiteit ▶ aanzetten tot masturbatie, orale of anale seks, vaginale penetratie. 	<h3>Seksueel contact in de therapeutische relatie</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 5 tot 10 % van de therapeuten; in hoofdzaak mannen; meestal tussen 38 en 52 jaar ▶ vaak belangrijke positie in beroepsgroep ▶ charismatische persoonlijkheden ▶ geloven ze dat ze bekwaam zijn dan anderen ▶ werken professioneel geïsoleerder ▶ gekenmerkt door behoefte aan eenzaamheid en emotionele problemen ▶ ook op andere vlakken gebrek aan zelfbeheersing ▶ sterkste predictor is eerder misbruik
<h3>Gevolgen: altijd schadelijk</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Negatief zelfgevoel, verstoring van 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 plaats vond en hoe de omgeving daar al dan niet op reageerde 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Met "instemming" van de cliënt: nadien percipieerden de meeste cliënten het als een dwingend gebeuren ▶ Cliënt heeft het "zelf uitgelokt": 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.
<h3>Cliënten met eerdere grensoverschrijdingen</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ beproeven de professionele relatie om uit te testen hoe betrouwbaar deze relatie is ▶ in de ogen van anderen alleen waarde als seksueel object, genegenheid tonen met seks ▶ verwarren intimiteit met seksualiteit ▶ seksuele relatie is enige overtuigende bewijs dat de therapeut om hen geeft ▶ doodsbang voor het in therapie recreëren van de seksuele relatie ▶ overtuiging dat alle intermenselijke relaties gecorrumpeerd zijn 	<h3>Eerdere grensvervalsingen</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ sessies verlengen ▶ betalingscontracten niet respecteren ▶ ontmoetingen buiten de werksetting ▶ bepaalde cliënten steeds als laatste van de dag ▶ troetelnamen gebruiken voor cliënten ▶ commentaren bij fysieke aantrekkelijkheid ▶ weinig zakelijke inrichtingen voor de werkruimte ▶ vertrouwelijke mededelingen over zichzelf of anderen ▶ minder negatief oordelen over rolvermengingen en meevoudige relaties

Lichamelijk contact verdacht?

- ▶ Anglo-Amerikaanse cultuur met dominante mannelijke visie vereenzelvigd lichamelijkheid met seksualiteit
- ▶ **Aanrakingen** kunnen de cliënt ten goede komen omdat ze betrokkenheid, troost, bemoediging, steun, zorg of een positieve attitude van de hulpverlener kunnen uitdrukken

Besluit: **betrouwbare** therapeuten

- ▶ Bereid tot reflectie, zelfkennis
- ▶ Eerlijke communicatie, openheid
- ▶ Niet "te veel" en niet "te weinig": deugd is het midden tussen uitersten
- ▶ Geen verborgen agenda; niet doen "alsof"
- ▶ "Het goede willen"
- ▶ Vergissingen en fouten erkennen
- ▶ Eventuele schade herstellen
- ▶ Minimaal: "aansprakelijk"
- ▶ Optimaal: "**zorgverantwoordelijkheid**"

Prof. Dr. Mia Leijssen liet zich verontschuldigen en gaf haar toestemming aan de Vrouwenraad om een selectie slides uit bovenstaande powerpointpresentatie tijdens de rondetafel te tonen en toe te lichten op basis van haar publicatie *Gids beroepsethiek. Waarden, rechten en plichten in de psychotherapie en de hulpverlening*, Leuven, ACCO, 2007.

Selectie door de Vrouwenraad

Grensoverschrijdend gedrag van hulpverleners

Prof.dr. Mia Leijssen
Gids beroepsethiek. Waarden, rechten en plichten in psychotherapie en hulpverlening.
Leuven: Acco, 2007

Grensoverschrijdend gedrag

- ▶ Interactie buiten het afgesproken professionele kader
- ▶ Onderscheid tussen "**overschrijding**" en "**schending**" van grens
- ▶ Afhankelijk van mogelijke schade die cliënten kunnen ondervinden

Wanneer de hulpverlener zijn bestaande professionele relatie combineert met contacten met de cliënt in een andere context, wordt er soms een 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.

- ▶ Veronderstelt duidelijkheid over het professionele kader
- ▶ **Beroepscode**s: houvast omtrent wat wel en niet tot de professionele relatie behoort
- ▶ Gedragsregels gegroepeerd onder grote principes of basishoudingen

<p>Beroepscodes: bieden bescherming wanneer er zich juridische problemen voordoen. Ze bieden therapeuten en hulpverleners een houvast en een stimulans bij hun beroepsuitoefening. De beroepscode geeft aan wat een noodzakelijke handelswijze is of wat verboden is. Er is sprake van een stimulans in zoverre de beroepsethiek zich uitspreekt over een streefdoel of een ideaal waarnaar men zich kan oriënteren. Beroepscodes zijn meestal opgebouwd vanuit die tweedelige doelstelling: het regelen van onaanvaardbaar gedrag en het bevorderen van optimaal gedrag.</p> <p>Er zijn verschillende beroepscodes: die van iemands basisdiscipline (bv. psycholoog), van diverse therapeutische oriëntaties (bv. psychoanalyse) en de interne ethische codes van de organisatie waarin de hulpverlener werkt.</p> <p>Gedragsregels zijn dan concretisering van belangrijke professionele attitudes. Ze gelden alleen binnen de eigen beroepsgroep. Ze zijn gegroepeerd rond grote basishoudingen. Bij overtreding zijn er geen juridische gevolgen, enkel sancties in eigen kring zijn mogelijk, zoals bv. bij seksuele grensoverschrijdingen tussen een hulpverlener en een cliënt die een uitsluiting uit de beroepsorganisatie tot gevolg kan hebben.</p>	<h3 style="text-align: center;">Basishoudingen ethische beroepsuitoefening</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Respect ▶ Integriteit ▶ Verantwoordelijkheid ▶ Deskundigheid <p>Onethisch handelen getuigt van gebrek aan...</p>
<p>Respect: is een levenshouding van bewuste en zorgvuldige aandacht voor wie en wat zich aandient. In een professionele context wil dat zeggen dat de hulpverlener anderen niet te vlug beoordeelt en klasseert. Door iemand met respect te benaderen ontstaat de ruimte waarin de patiënt/cliënt zich in zijn eigen waardigheid en originaliteit kan tonen. Respect tonen is dus zich openstellen voor de betrokken persoon, ongeacht de penibele situatie waarin zij/hij zich verkeert. Respect veronderstelt ook empathie voor de leefwereld van de betrokkene.</p>	<h3 style="text-align: center;">Respect</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Van bij de start helder en duidelijk informeren over professioneel kader = Informatieplicht van hulpverlener ▶ Informed consent = op informatie gebaseerde toestemming van cliënt
<p>De informatieplicht van de hulpverlener stelt zich bij het begin van de professionele relatie: de cliënt moet toestemming geven die gebaseerd is op degelijke informatie. Op die manier wordt het recht op vrije deelname van de cliënt gegarandeerd. In de vakliteratuur heet dat de informed consent. Vervolgens is dan de informatieplicht aan de orde tijdens en na de professionele relatie. Dat betekent dat de cliënt inzage moet krijgen in de verslagen en dossiers die over de professionele contacten gemaakt en bijgehouden worden.</p>	<h3 style="text-align: center;">Respect voor autonomie</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Door het delen van relevante informatie wordt de cliënt in staat gesteld om zelf mee te beslissen over het hulpverleningsproces ▶ Informatieplicht haalt de hulpverlening uit de sfeer van machtsmisbruik en manipulatie ▶ Versterkt de cliënt in zijn zelfwaarde

<p>Respect voor autonomie is verbonden met het respect van iemands innerlijke ruimte. Het vermogen tot autonomie ontwikkelt zich naargelang men ouder wordt (van kind tot volwassene). Dat gaat gepaard met een toenemend gevoel van een innerlijk verborgen zelf. Dat houdt in dat je een eigen ruimte beleeft waarin anderen kunnen toegelaten worden. Respect voor een persoon heeft dan te maken met respect voor die verborgen kern, voor iemands innerlijke ruimte. Het rondbazuinen van vertrouwelijke informatie is dan een schending van de autonomie. Goede hulpverlening kan niet zonder vertrouwensrelatie en de cliënt moet in zijn verhoogde kwetsbaarheid kunnen rekenen op de nodige privacy. De mogelijkheid tot autonomie wordt meebepaald door de hoeveelheid informatie waarover de cliënt beschikt. De hulpverlener is respectvol door de cliënt goed te informeren over verschillende mogelijkheden en zodanig dat ook de vrijheid van de cliënt om een verantwoorde keuze te maken erdoor bevorderd wordt. Door te informeren tracht men af te stappen van het paternalisme (= de deskundige veronderstelt te weten wat het beste is voor de cliënt).</p>	<p style="text-align: center;">Bij aanvang professionele relatie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ “voldoende” informatie ▶ geen “volledige” informatie mogelijk ▶ gaandeweg belangrijke dingen verduidelijken. Bijvoorbeeld bij seksuele gevoelens aangeven dat seksuele relatie niet verenigbaar is met professionele relatie
<p>De cliënt moet helder geïnformeerd zijn over de specifieke deskundigheid en ervaring van de hulpverlener, de doelen van de professionele relatie, de methoden van onderzoek en de behandeling, de te verwachten resultaten, eventuele neveneffecten, alternatieve procedures, honoraria, bewaring van gegevens,...dit alles in een begrijpelijke taal. Soms kan de informatie zelf confronterend zijn. De cliënt kan belast worden met allerlei dingen die zijn zorg nog niet zijn... Er kan te weinig ruimte overblijven voor de cliënt om aan zijn trekken te komen. Vandaar dat men stelt dat cliënten voldoende info moeten krijgen wat niet hetzelfde inhoud als volledige informatie. Zo zou het bizar overkomen om van bij de eerste consultatie te zeggen dat er geen seksueel contact kan plaatsvinden tussen de cliënt en de hulpverlener. Deze info komt er beter op een tijdstip wanneer er eventueel seksuele gevoelens in de professionele relatie beginnen mee te spelen.</p>	<p style="text-align: center;">Integriteit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Waarden: eerlijkheid, rechtvaardigheid, betrouwbaarheid, onomkoopbaarheid, liefde voor waarheid, oprechtheid en openheid. ▶ Betreffende grensoverschrijdend gedrag: rolintegriteit.
<p>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 dan eerder wat goed is voor de cliënt in plaats van wat voordelig of lucratief is voor zichzelf. Zelfrespect is het tegenovergestelde van minderwaardigheidsgevoelens. Eerlijkheid en nauwkeurigheid: hieronder valt alles wat met objectiviteit, juistheid en duidelijkheid te maken heeft. Bij gebrek hieraan is er sprake van bedrog of van misleiding door de hulpverlener. Oprechtheid en openheid: veronderstellen een subjectiever oordeel van de hulpverlener omdat het over minder objectieve feiten gaat. Ze verwijzen meer naar de innerlijke component van het goede willen voor de cliënt, geen verborgen agenda hanteren, een</p>	<p style="text-align: center;">Rolintegriteit</p> <p>heldere grens tussen wat onder beroepsuitoefening kan vallen en wat daarmee niet te verenigen is</p> <p>Problemen met rolintegriteit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ bevorderen van persoonlijke belangen/geschenken ▶ mengen van professionele rol met andere (al dan niet professionele) rol = meervoudige relaties ▶ seksuele grensoverschrijdingen

<p>evenwicht vinden tussen niet te veel en niet te weinig zeggen of doen. Bij oprechtheid kan met niet terugvallen op de absolute waarheid. De graad van oprechtheid en openheid die gepast is, hangt samen met de tijd, plaats, culturele achtergrond en de hele professionele context.</p>	
<p>Er is sprake van rolintegriteit wanneer de hulpverlener een heldere grens hanteert tussen wat onder zijn beroepsuitoefening kan vallen en wat daar niet mee te verenigen is. Situaties waarin er belangenconflicten zijn en exploitatie van de hulpverlenersrelatie wijzen op problemen met rolintegriteit. Voorbeeld hiervan zijn het bevorderen van persoonlijke belangen en het mengen van een professionele rol met een andere rol die bijvoorbeeld van zakelijke aard kan zijn. Deze meervoudige relaties zijn niet strafbaar. Maar de meest geruchtmakende problematiek inzake rolintegriteit gaat over seksueel misbruik binnen de professionele relatie en dit is uiteraard wel strafbaar.</p>	<h3 style="text-align: center;">Seksuele relaties</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verbijzondering van rolintegriteit ▶ Seksuele relaties met cliënten zijn in alle omstandigheden onverenigbaar met de professionele rol van hulpverlener ▶ Gezonde seksualiteit veronderstelt 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 ▶ Hulpverlener misbruikt zijn bijzondere positie
<p>Alle beroepscodes verwoorden het verbod op seksuele omgang tussen hulpverlener en cliënt. Sommige codes verduidelijken 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 een tijd door, variërend van 1 tot 10 jaar, na de beëindiging van de professionele relatie. Het hoeft niet te betekenen dat goede professionele relaties gekenmerkt worden door aseksualiteit. Seksualiteit is immers moeilijk weg te denken uit menselijke contacten maar het wordt pas een probleem wanneer professionele relaties overstemd worden door seksuele aspecten en de hulpverlener misbruik maakt van zijn bijzondere positie.</p>	<h3 style="text-align: center;">Seksueel misbruik: geleidelijke verschuiving op continuüm</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ subtiel misbruik, waarin de cliënt moet tegemoet komen aan emotionele behoeften van de hulpverlener ▶ seksuele atmosfeer met bedekte toespelingen ▶ verleidingsgedrag ▶ aanhoudende seksuele fantasieën ▶ openlijk seksueel misbruik zoals tongkussen, aanraken of strelen van geslachtsorganen of lichaamsdelen geassocieerd met seksualiteit ▶ aanzetten tot masturbatie, orale of anale seks, vaginale penetratie.
<p>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 met seksualiteit geassocieerd worden, aanzetten tot masturbatie, orale of anale seks, vaginale penetratie met voorwerpen of seksuele gemeenschap. In de praktijk vindt er meestal een geleidelijke verschuiving op dat continuüm plaats. In de onderzoeksgegevens beschouwt men gedrag als seksuele toenadering als het gaat om openlijk seksueel misbruik. Sinds de jaren 1990 is er wel een tendens om seksueel getinte gedragingen vlugger als misbruik te interpreteren.</p> <p>Een professionele relatie is per definitie een asymmetrische relatie waarin de cliënt zich in een meer afhankelijke en kwetsbare positie bevindt. De cliënt moet er dan op kunnen rekenen dat de hulpverlener de discipline heeft om geen misbruik te maken van de</p>	<h3 style="text-align: center;">Seksueel contact in de therapeutische relatie</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 5 tot 10 % van de therapeuten; in hoofdzaak mannen; meestal tussen 38 en 52 jaar ▶ vaak belangrijke positie in beroepsgroep ▶ charismatische persoonlijkheden ▶ geloven ze dat ze bekwaam zijn dan anderen ▶ werken professioneel geïsoleerder ▶ gekenmerkt door behoefte aan eenzaamheid en emotionele problemen ▶ ook op andere vlakken gebrek aan zelfbeheersing ▶ sterkste predictor is eerder misbruik

<p>kwetsbare positie van de cliënt.</p>	
<p>Meer dan 90% van de therapeuten die seksueel misbruik plegen zijn mannen, ze zijn doorgaans 12 tot 16 jaar ouder dan hun cliënten, maar er is een tendens tot verjonging merkbaar.</p> <p>De kans dat hulpverleners seksueel contact hebben met hun cliënten is het grootst bij degenen die voordien al seksueel contact hebben gehad in de professionele relatie. Ook op andere vertonen deze hulpverleners een gebrek aan zelfbeheersing, bijvoorbeeld alcoholmisbruik. Ze geloven dat ze onorthodoxe methoden kunnen hanteren waarvoor andere collega's niet competent zijn, dat ze patiënten helpen die niemand anders kan helpen en dat ze de unieke eigenschap bezitten om aan de noden van de patiënten tegemoet te komen. Hun cliënten omschrijven hen vaak als charismatische persoonlijkheden.</p>	<div style="background-color: #444; color: #fff; padding: 10px;"> <h3 style="text-align: center; margin: 0;">Gevolgen: altijd schadelijk</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Negatief zelfgevoel, verstoring van 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 plaats vond en hoe de omgeving daar al dan niet op reageerde </div>
<p>Onderzoekers zijn het erover eens dat intiem seksueel contact altijd schadelijk is voor de cliënt, zowel op korte als op lange termijn, ook al gebeurde het met de instemming van de cliënt.</p> <p>Lichtere overschrijdingen: wanneer bijvoorbeeld in een organisatie de slachtoffers vrij snel steun krijgen van andere werknemers of kaderleden, blijft de schade voor het slachtoffer doorgaans beperkt.</p>	<div style="background-color: #444; color: #fff; padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Met "instemming" van de cliënt: nadien percipieerden de meeste cliënten het als een dwingend gebeuren ▶ Cliënt heeft het "zelf uitgelokt": 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. </div>
<div style="background-color: #444; color: #fff; padding: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Cliënten met eerdere grensoverschrijdingen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ beproeven de professionele relatie om uit te testen hoe betrouwbaar deze relatie is ▶ in de ogen van anderen alleen waarde als seksueel object, genegenheid tonen met seks ▶ verwarren intimiteit met seksualiteit ▶ seksuele relatie is enige overtuigende bewijs dat de therapeut om hen geeft ▶ doodsbang voor het in therapie recreëren van de seksuele relatie ▶ overtuiging dat alle intermenselijke relaties gecorrumpeerd zijn </div>	<p>Sommige cliënten hebben vanuit hun sociale interacties in het verleden geleerd dat ze in de ogen van anderen alleen waarde hebben als seksueel object. Ze willen hun genegenheid voornamelijk met hun genitaliën tonen en verwarren intimiteit met seksualiteit. Bepaalde patiënten eisen een seksuele relatie omdat het voor hen het enige overtuigende bewijs is dat de therapeut om hen geeft. Maar deze patiënten zijn tegelijk ook doodsbang voor het in therapie recreëren van de seksuele relatie, het sterkt hen alleen in de overtuiging dat alle intermenselijke relaties gecorrumpeerd zijn. De professional die ingaat op het appèl van de cliënt bevestigt daarmee de verwarring tussen lichamelijkeheid, seksualiteit, dominantie, zelfwaarde, intimiteit en genegenheid. De professional getuigt ook van het ondeskundig hanteren van overdrachtgevoelens: 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.</p> <p>De onverzoenbaarheid van een professionele relatie en een seksuele relatie wordt soms 'opgelost'</p>

	<p>door de professionele relatie te beëindigen en verder te gaan met de intieme relatie. Maar de dynamiek van wat voorafging blijft nog lang doorwerken in die zin dat dezelfde machtsverhouding en onevenwicht blijven voortduren. Daarom trekken verschillende beroepsregels het verbod op een intieme relatie door na het beëindigen van de professionele relatie.</p> <p>Seksuele grensoverschrijdingen zijn ernstige beroepsfouten maar er zitten ook gevaren aan het creëren van een achtervolgings sfeer. Seksuele gevoelens van de hulpverleners tegenover de cliënten kunnen in de taboezone belanden, waardoor de hulpverlener zijn eigen gevoelens niet meer durft te onderkennen of er nog met collega's durft over te spreken. Het is volgens onderzoek nochtans normaal dat ook hulpverleners seksuele gevoelens voor hun cliënten kunnen hebben.</p>
<h3>Eerdere grensvervalsingen</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ sessies verlengen ▶ betalingscontracten niet respecteren ▶ ontmoetingen buiten de werksetting ▶ bepaalde cliënten steeds als laatste van de dag ▶ troetelnamen gebruiken voor cliënten ▶ commentaren bij fysieke aantrekkelijkheid ▶ weinig zakelijke inrichtingen voor de werkruimte ▶ vertrouwelijke mededelingen over zichzelf of anderen 	<p>Seksuele grensoverschrijdingen zijn meestal pas de laatste in de rij van eerdere grensvervalsingen waaraan dan te weinig aandacht is besteed.</p>
<h3>Lichamelijk contact verdacht?</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anglo-Amerikaanse cultuur met dominante mannelijke visie vereenzelvigd lichamelijkheid met seksualiteit ▶ Aanrakingen kunnen de cliënt ten goede komen omdat ze betrokkenheid, troost, bemoediging, steun, zorg of een positieve attitude van de hulpverlener kunnen uitdrukken 	<p>Uit het verbod op seksueel contact trekken sommige hulpverleners de verregaande conclusie dat alle aanrakingen in de therapie te mijden zijn. Deze tendens stamt uit de Anglo-Amerikaanse cultuur.</p> <p>Er zijn nochtans heel wat wetenschappelijke bewijzen dat aanrakingen de cliënt ten goede kunnen komen.</p> <p>Daarom kan men zich afvragen of het wel ethisch is om cliënten in sommige omstandigheden niet aan te 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. Sommige mensen leven en spreken van nature uit vanuit een lichamelijk doorvoeld niveau. Bij anderen is dat niet vanzelfsprekend en dan kunnen net meer lichaamsgerichte interventies een noodzakelijke hulp zijn om een echt veranderingsproces mogelijk te maken. Die interventies moeten niet spectaculair zijn. Ze kunnen verweven zijn met het normale gesprek en ze onderscheiden zich door hun onopvallendheid. Er bestaat een continuüm van lichaamsgerichte interventies. Er zijn diverse</p>

	<p>soorten aanrakingen die gaan van neutraal naar meer seksueel geladen.</p> <p>Voorbeelden:</p> <p>Accidentele aanrakingen: de hulpverlener kruist zijn benen en raakt per ongeluk de voet van de cliënt, hij laat verbaal blijken dat het onbedoeld was door bv. sorry te zeggen.</p> <p>Taakgerichte aanrakingen: het fysieke contact is niet de bedoeling maar het gevolg van een actie, bv. de therapeut reikt een stylo of een zakdoek aan en raakt daarbij even de hand van de cliënt. Mensen met weinig gevoeligheid voor fysiek contact zullen het nauwelijks opmerken, bij andere cliënten kan die aanraking wel nazinderen.</p> <p>Aandachtsaanrakingen: ze zijn functioneel, bv. met een tikje op de arm aanduiden wie in de groep aan de beurt is, een handdruk; kenmerkend is dat het contact kortdurend is (zoniet, heeft het een andere betekenis).</p> <p>Affectieve aanrakingen: zijn een uitdrukking van vriendelijke, hulpvaardige ondersteunende intenties, bv. het langer vasthouden van de hand of een schouderklop</p> <p>Expressieve aanrakingen sluiten nauw aan bij de affectieve: voorbeelden zijn een omhelzing die een uitdrukking van dankbaarheid kan zijn; zo'n initiatief kan soms van de cliënt komen terwijl het omgekeerde eerder ongepast zou zijn. Indien dat wel gebeurt zou dit een signaal kunnen zijn dat er een omkering van de rollen plaatsvindt.</p> <p>Ondersteunende aanrakingen: deze zijn intensiever en meestal ook langdurend. Ze kunnen noodzakelijk zijn op momenten dat iemand de pijn of de last van een confronterende ervaring niet alleen kan dragen. Ze introduceren veiligheid en bescherming.</p> <p>Speelse aanrakingen kunnen ook voorkomen in therapie maar ze gebeuren eerder 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, bv. een duwtje tegen de schouder geven.</p> <p>Verder op het continuüm zijn er cathartische aanrakingen die bedoeld zijn om een therapeutisch proces te faciliteren. De therapeut raakt dan lichaamszones aan die verbonden zijn met de gestremde ervaring. Heel wat lichaamswerk is gericht op het deblokken van spanningen. De cruciale therapeutische factor ligt veel meer in de manier waarop men dat gebeuren relationeel hanteert en verbaal begeleidt. In feite is het onverantwoord dat er geëxperimenteerd wordt met lichaamsgerichte technieken door mensen die niet degelijk geschoold zijn in relationele en gesprekstechnische vaardigheden.</p> <p>Verder op het continuüm zijn er de sensuele aanrakingen. Wanneer de hulpverlener zich geroepen voelt om zijn cliënten deze vorm van</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>aanrakingen te bieden wordt het problematisch. Sensuele aanrakingen lenen zich gemakkelijk tot seksuele interpretaties.</p> <p>Ethisch aanraken: omwille van de duidelijkheid kan de hulpverlener beslissen om 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. Meestal zijn de handen, de schouders en de rug de meest aangewezen plekken om lichamelijk contact te maken in een niet-seksuele betekenis.</p>
<p>Besluit: <i>betrouwbare</i> therapeuten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bereid tot reflectie, zelfkennis ▶ Eerlijke communicatie, openheid ▶ Niet "te veel" en niet "te weinig": deugd is het midden tussen uitersten ▶ Geen verborgen agenda; niet doen "alsof" ▶ "Het goede willen" ▶ Vergissingen en fouten erkennen ▶ Eventuele schade herstellen ▶ Minimaal: "aansprakelijk" ▶ Optimaal: "<i>zorgverantwoordelijkheid</i>" 	

Strafrecht en seksualiteit

Prof. Liesbet Stevens

Ik wil even inpikken op de reportage van Terzake. Wanneer ik zo'n dingen zie, is het voor mij zeer eenvoudig. Een professional in deze context heeft geen seks met zijn patiënt/cliënt. Als dat wel gebeurt dan is er seksueel misbruik en dan kan er gediscussieerd worden over welke strafmaat er toegepast wordt. Nu worden we door de huidige stand van zaken in het Strafwetboek meegesleept in de discussie over de toestemming.

Ik kan mij persoonlijk inbeelden dat een hulpverlener diep in zijn binnenste gelooft dat er toestemming was. Dat is een denkbaar concept. Laat ons dan duidelijk zijn en stellen dat er gewoon geen plaats is voor seksualiteit binnen een relatie van een persoon die hulp nodig heeft en een therapeut. Hetzelfde geldt voor iemand die een zorg- of opvoedingstaak opneemt ten opzichte van een minderjarige. Dat is van dezelfde orde.

Als men dat zegt dat er ruimte moet zijn voor liefde en seks, dat is dan niet zo moeilijk. Men stopt gewoon de therapeutische relatie. De therapeut verwijst dan door naar een collega. Er is geen enkel onderzoek dat aantoont dat een seksuele behandeling door een therapeut goed is voor de patiënt/cliënt.

Het gaat er niet om of er al dan niet strafverzwaring moet zijn. We moeten als samenleving gewoon zeggen dat er geen wetenschappelijke bewijzen zijn voor het feit dat een seksuele behandeling van een patiënt/cliënt gunstige resultaten zou opleveren, in tegendeel. Wanneer er een seksuele relatie is tussen een therapeut en een patiënt is er gewoon sprake van een misdrijf.

Moet de strafmaat dan ook dezelfde zijn als bijvoorbeeld bij een gewone verkrachting? Misschien is een minder zware strafmaat voldoende. We weten immers allemaal dat de strafmaat van het Strafwetboek mijlener afstaat van wat er in de praktijk wordt toegepast. Op het vlak van de regels binnen het Strafrecht hebben wij een verouderd wetboek. Andere landen gebruiken andere technieken, bijvoorbeeld categorieën van straffen en die kunnen dan nog eens aangepast worden bij het verstrijken van de tijd.

Er is ook de moeilijke kwestie van het beroepsverbod. Er is in elk geval iemand die een zeer ernstige beroepsfout gemaakt heeft.

Vervolgens zijn er de medische en paramedische fouten en die zitten in zo'n moeilijke sfeer. Geneeskunde is een "kunde" en fouten kunnen daar tot op zekere hoogte bijhoren.

In de ruimtevaartsector heeft men een heel systeem opgesteld waardoor mensen moeten durven uitkomen voor hun fouten. Een kleine fout kan daar zeer grote gevolgen hebben. Vandaar dat het zeer belangrijk is om snel te melden dat men een fout heeft gemaakt zodat die met het ganse team kan worden opgelost.

Wanneer ik terugkoppel naar seksueel misbruik in de hulpverlening kan je natuurlijk niet helemaal vergelijken met een medische fout in de zin van een verkeerd bloedvat doorknippen maar daar is de principiële vraag: iemand die zo'n beroepsfout maakt moet dat betekenen dat die ook een andere vorm van begeleiding of therapie kan genieten. Bij mijn weten zijn er nog steeds geen beroepstechnische therapeuten.

Een therapeut die grensoverschrijdend gedrag vertoont is daarom niet onbekwaam. Het is geen gemakkelijke boodschap om te zeggen dat die bepaalde therapeut moet stoppen terwijl hij een degelijke opleiding heeft gevolgd.

Vragen en bedenkingen

Ria Convents:

Er is inderdaad een groot verschil tussen een arts die bij een operatie een technische fout maakt. De zaak ligt wel anders bij een wat een hulpverlener zijn patiënten kan aandoen. Daar moet gewoon een verbod zijn van gelijk welk seksueel gedrag. Er moet dan minstens een volwaardige begeleiding van de therapeut voorzien worden vooraleer die later misschien nog in aanmerking zou kunnen komen om bijvoorbeeld in een groepspraktijk te functioneren.

Je kan dit gewoon niet vergelijken met andere beroepsuitoefeningen waar iedereen wel eens een menselijke fout kan maken, zoals een advocaat bijvoorbeeld een termijn uit het oog kan verliezen.

Liesbet Stevens:

We moeten naar een systeem kunnen gaan waardoor het gemakkelijker wordt om fouten binnen zo'n gesloten relatie van therapeut en patiënt op te sporen.

Over het recht van een therapeut om later zijn beroep opnieuw te mogen uitoefenen, ben ik zelf niet uit. Dit is een zeer moeilijke kwestie en oefening.

Het voorstel inzake het beroepsverbod om bijvoorbeeld het beroep nog te kunnen uitoefenen, het gaat dan over differentiatie in zijn of haar aanbod, maar in een andere context (bv. groepspraktijk), lijkt tegenstrijdig met het uitgangspunt waarmee mevrouw Stevens begon, met name dat er tussen hulpverlener en patiënt hoe dan ook geen seks is. Dat geldt dan ook voor het differentieel aanbod op elk gebied. Het argument dat de dader nog iets anders aan te bieden heeft bijvoorbeeld op basis van een andere opleiding, gaat dus niet op. Het gaat steeds om een relatie tussen twee personen.

Liesbet Stevens:

Je kan je settings inbeelden waarbij het risico kleiner zal zijn. Je kan mensen trauma's bezorgen door wat je met je gedrag doet maar dat kan ook op andere manieren gebeuren. Het is niet vanzelfsprekend om in het aanbod van therapeuten de differentiatie te leggen waardoor je kan verzekeren dat het om een veilige situatie gaat waarbij geen misbruik zal optreden.

Ik ben ervan overtuigd dat het bij een dader niet bij een keer blijft, of het nu gaat om een individuele of groepstherapie.

Een verpleegkundige kan ook meerdere patiënten misbruiken gedurende een ganse periode.

Liesbet Stevens:

Bij dit laatste voorbeeld ga je veel minder de discussie over de toestemming hebben.

Je hebt ook het geval dat de patiënt gedurende maanden in een ziekenhuis moet verblijven en dat er een relatie met een verpleegkundige ontstaat. De verpleegkundige beweert dat er toestemming is en de patiënt heeft het over seksueel misbruik. Hier speelt ook het probleem van de bewijslast zeer sterk.

In welke mate wordt een onderscheid gemaakt tussen een beroepsfout in de zin dat een therapeut vanuit een geëngageerdheid teveel betrokken geraakt of het misdadig opzet waarbij systematisch sprake is van misbruik door een therapeut.

Ria Convents:


Er is niets mis met gevoelens van verliefdheid die kunnen ontstaan bij de patiënt of bij de hulpverlener. Deze laatste, verpleegkundige bijvoorbeeld, moet dat oplossen/melden binnen de dienst.

Liebet Stevens:

Komt terug op haar uitgangspunt: in een therapeutische setting is er sprake van misbruik. De vraag is: wat moet er dan gebeuren met de dader? Ik kan me inbeelden dat er naargelang het soort dader een ander soort behandeling kan voorgesteld worden.

Slachtoffer-dader-perspectief: de betekenis van conflict- en zorgmanagement

Prof. Tony Van Loon

<p>Sexueel misbruik door hulpverleners</p> 	<p>Betekenis van zorg- en conflictmanagement bij sexueel misbruik door professionele hulpverleners</p>
<p>We hebben de neiging wanneer we over deze problematiek spreken, dit vanuit ons eigen perspectief te doen. Dat is Westers, Joods-Christelijk, met een visie op wat seksualiteit is en wat de relatie is arts/hulpverlener - patiënt. Het is belangrijk dat we voor onszelf dat perspectief nooit vergeten. In een andere context, bv. India, Zuid-Amerika, denkt men op een andere manier na over die relaties. Ik heb voor deze presentatie een beeld gezocht waarbij niet de man de dader is. Het is een schilderij van Balthus 'De gitaarles'.¹⁵ Wat wij duidelijk bestempelen als een foute relatie.</p>	<ul style="list-style-type: none">• I use the words you taught me. If they don't mean anything anymore, teach me others. <p>(S.Becket, Endgame, 1957)</p> <ul style="list-style-type: none">•
<p>We hebben het over iets dat zo moeilijk in woorden is te vatten. Wanneer er een geschiedenis is van misbruik heb je een aantal woorden geleerd of geleerd de geschiedenis te verzwijgen, te verdoezelen. Heel de problematiek betreffende de relatie hulpverlener - cliënt zit in het zoeken van woorden, om iets onder woorden brengen. Samuel Beckett heeft dat heel duidelijk geformuleerd.</p>	<p>“La leçon de guitare” volgens Balthus en volgens....</p> <ul style="list-style-type: none">• “Een gynaecoloog verricht ook dergelijke handelingen, raakt ook intieme plaatsen aan bij een vrouw. Waarom zou een psychiater dat dan niet mogen?” <p>(Rien Schoonhoven, psychiater, predikant, deskundige in de tv-programma's van de Evangelisch Omroep – 2008. Veroordeeld: juli 2008)</p>

¹⁵ In een houding van een *Piëta* ligt de leerlinge op de schoot van de lesgeefster.

<p>Rien, de arts en zijn patiënte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je kunt niet zonder mij..... • Geen enkele andere psychiater heeft deze vernieuwende behandeling onder de knie. Ik alleen kan je helpen. • Dit is ons klein geheimpje. Niemand anders snapt wat we hier doen. 	<p>Een patiënte die eindelijk spreekt... na 15 jaar...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met lichamelijk contact zou hij mijn vertrouwen weer herstellen, zo vertelde hij me. • Het begon met het vastnemen van mijn hand, met strelen, kleine kusjes geven. Hij stuurde me kaartjes, fluisterde me lieve woorden in. Elke sessie ging hij een stap verder. Vaak liet hij mij pas 's avonds om halfelf komen. Die sessies liepen dan snel uit tot drie uur 's nachts. Gaandeweg betaste hij mijn vagina, per slot van rekening de lichaamsplek waar ik was misbruikt.
<p>Zijn advocaat</p> <ul style="list-style-type: none"> • In zijn ogen waren dit louter technische handelingen... • Of 'tactiele bevestigingstherapie' al dan niet kan uitgevoerd worden, is een zaak waar ik me als jurist niet over uitspraak... • Ontkennen dat hij zijn patiënte op intieme plaatsen had aangeraakt, deed hij niet. Die waren in zijn ogen volledig gerechtvaardigd. Die aanrakingen hadden niets te maken met passie, maar alles met compassie te maken. 	<p>Tot zover deze casus.</p> <p>Hoe denken filosofen daar nu over? Daarvoor heb ik twee citaten weerhouden.</p>
<p>De filosoof</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Morele opvoeding is steeds initiatie in een particulier verhaal én uitnodiging tot algemeenheid' (Zie: F.De Wachter, ethiek: modern en postmodern, in <u>Ts voor filosofie</u>, 1990) 	<p>Een therapeutische relatie kan ook benaderd worden als een opvoedende relatie. Een relatie van groei. Morele opvoeding is steeds initiatie: je wordt ergens binnengeleid, geïnitieerd. In een één - één relatie therapeut-hulpvrager, leerkracht-leerling, ... gaat het om een particulier verhaal dat uitnodigt tot algemeenheid.</p> <p>Rien Schoonhoven had in zijn hoofd dat wat hij noemt "de goede therapie" in alle mogelijke gevallen kan gebruikt worden. Als zijn antwoord ja zou zijn, als dit zou door wetenschappelijk onderzoek, door deontologie bevestigd zou worden, dan heeft hij een punt. Als het antwoord neen is - er is iets zeer speciaal tussen die vrouw en mij - dan zit hij fout.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ik herinner me hoe mijn moeder plechtig meedeelde aan grootmoeder dat ze in de lakens van mijn bed de eerste vlekken van nachtelijke zaadlozing had opgemerkt...Na de spermavlekjes werd ik goed bevonden voor de grote vrouwendienst. Hen te bekoren en te begeistere met mijn kleine Priapus, zou een belangrijke taak worden in mijn leven' (Zie: R.Commers, 'De val van eros. Over seksuele armoede vandaag', Antwerpen, 2000) 	<p>Het gaat om een heel andere benadering dan van ja - neen, het gaat om in welke sfeer men met seksualiteit omgaat.</p> <p>Mijn stelling - en dat is de reden waarom ik deze titel gebruik - is: heeft het zin een polariteit te maken tussen daders en slachtoffers? Het dader-slachtofferperspectief vinden we in ons rechtssysteem pas in de late jaren '90 terug. Dit is voor de eerste keer ernstig uitgewerkt in wat nu strafuitvoeringsrechtbanken zijn en waar de commissies van voorwaardelijke invrijheidstelling zijn gaan nadenken over het feit wanneer iemand in vrijheid komt of er dan een nood is om de slachtoffers te betrekken bij de veroordeelden bij de</p>

	voorwaardelijke invrijheidlating. Dat vrij nieuw concept is nu doorgedrongen in het Strafrecht.
<p>Dader & slachtoffers zinvolle polariteit?</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Wij (= vrouwen) zullen spreken wanneer jullie bereid zijn te luisteren.” Jamila Amadou • “Ik droom van een wereld waarin mannen bereid zijn tot een echte dialoog. Ze klappen niet dicht bij het minste woord van kritiek en gaan niet over tot de aanval. Ze verschuilen zich niet achter flauwe grappen of excuses. Of achter een muur van stilte. Ze leggen de verantwoordelijkheid niet bij de tegenpartij 	<p>Ik droom van een wereld waarin mannen samenspannen tegen de vibratorindustrie. In die droomwereld willen mannen vooral genot geven. En af en toe herinnert er zich eentje dat in een ver verleden een penis met een mes vergeleken werd. Of met een zwaard. Wat een bizarre metafoor, denkt hij hoofdschuddend. Wie wil er nu een mes in zijn broek?” Kristien Hemmerechts, “De man, zijn penis en het mes”, 2008</p>
<p>In de tekst van prof. Leijssen staat zeer duidelijk dat het vroegere misbruik van enorm belang is. Men kan dus de vraag stellen naar wat de dader meebrengt uit zijn geschiedenis om zijn grenzen te overschrijden. Laat ons scherper kijken, laat ons niet polariserend kijken.</p> <p>Polariseren zoals Kristien Hemmerechts dat doet in haar boek "De man, zijn penis en het mes". Een mooie eindtekst om de polariteit die zij hier binnenbrengt vanuit haar vrouw-zijn te relativieren. Dat is de teneur van wat ik wil vertellen naar aanleiding van deze problematiek die eigenlijk via de wet op de patiëntenrechten is geregeld. Wat prof. Leijssen stelt, is voor een groot stuk terug te vinden in deze wet.</p>	<p>Wet betreffende de rechten van de patiënt (22 augustus 2002)</p> <p>Recht op 'evidence based', <u>multidisciplinaire</u> en <u>kwaliteitsvolle</u> zorgverstrekking.</p> <p>De <u>vrije keuze</u> van de zorgverstrekker door de patiënt is gegarandeerd en het recht op wijziging van deze keuze.</p> <p>Het recht op <u>volledige informatie</u> van de patiënt gekoppeld aan duidelijke communicatie met de patiënt</p>
<p>Het recht op <u>informatie</u> en op <u>instemming</u> bij de zorgverstrekking</p> <p>Elkeen behoort van de beroepsbeoefenaars in de zorgsector de meest aangepaste zorg te krijgen om de <u>pijn</u> te voorkomen, er aandacht voor te hebben, te evalueren, in aanmerking te nemen, te behandelen en te verzachten.</p>	<p>Een discussie over de vrije keuze is wel relevant want dat is één van de fundamentele patiëntenrechten. We kunnen ten allen tijde van zorgverstrekker veranderen. De tegenstanders brengen het argument aan dat dit systeem duur is, de patiënten kunnen shoppen. Maar de meerwaarde is dat je steeds het recht hebt, bv. wanneer er een ziekmakende relatie is met de zorgverstrekker, om die relatie te stoppen. Het probleem is dat het slachtoffer niet altijd in staat is om ermee te stoppen.</p> <p>Hoe kan je daarmee omgaan via de patiëntenrechtenwet? Van belang is het recht op informatie.</p> <p>De essentie van de relatie tussen beroepsbeoefenaar en patiënt is pijn te bestrijden. Vandaar dat ik kom tot de basishouding.</p>

<p style="text-align: center;">basishouding</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wanneer je als beroepsbeoefenaar iemand wil/kan/moet helpen op professionele basis, is wederzijds vertrouwen nodig maar ook gelijkwaardigheid van de relatie en authenticiteit in de hulpvraag en in het hulpaanbod. <p>Carl Rogers</p>	<p>De basishouding is gebaseerd op vertrouwen, op gelijkwaardigheid. Volgens prof. Leijssen is er sprake van een asymmetrische verhouding. Ik ben daarvan niet zo overtuigd. De deskundigheid van de dokter is natuurlijk anders geladen dan de deskundigheid van de patiënt. Maar wie kan beter over zijn eigen pijn spreken dan de patiënt zelf. Alleen, de deskundigheid van de zorgverstreker zal ertoe leiden dat de patiënt de pijn anders gaat benoemen, er andere woorden gaat voor vinden, andere strategieën gaat ontwikkelen om te komen tot meer evenwicht. Is dat zo asymmetrisch? Als hulpverlener moeten we de kunst gaan ontwikkelen om circulair te gaan communiceren, op basis van gelijkwaardigheid gaan communiceren. Die gelijkwaardigheid maakt dat hulpverlener en hulpvrager samen op zoek gaan naar hulp.</p>
<p style="text-align: center;">Zelfbevraging: vragenbatterij (10/55)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deze cliënt voelt meer aan als een vriend dan als een cliënt. • Ik deel vaak persoonlijke problemen met deze cliënt. • Ik raak seksueel opgewonden van deze cliënt. • Ik wil na beëindiging van de therapie een vriendschap opbouwen met deze cliënt. • Ik wacht het einde van de therapie af om een seksuele relatie aan te gaan met deze cliënt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Als ik eerlijk ben moet ik toegeven dat omarmingen bij het afscheid nemen te lang duren met deze cliënt. • De sessies lopen vaak uit. • Ik accepteer cadeautjes en gunsten van deze cliënt zonder na te gaan waarom ik het cadeau ontving en waarom juist op het betreffende moment. • Ik laat mij in natura betalen (goederen of diensten) door deze cliënt. • Ik heb seksueel contact met deze cliënt gehad. <p><small>Estelle Disch, Ph.D., BASTAI, Boston Associates to Stop Treatment Abuse, 528 Franklin Street, Cambridge, MA 02139. Copyright © 1992</small></p>
<p>Estelle Disch, een advocate uit de VS, heeft heel wat ervaring opgedaan en een vragenbatterij ontwikkeld in 1992 en dit naar aanleiding van misbruik door bedienaars van de katholieke kerk in Boston. Aan de hand van deze vragen kan elke hulpverlener zijn positie toetsen inzake de relatie met zijn cliënt. Wanneer je de 55 vragen afwerkt, zullen er een aantal ja-antwoorden zijn. In welke mate, dat is een andere zaak.</p> <p>Vervolgens heb ik gekeken naar de aanbevelingen van de Vrouwenraad.</p>	<p style="text-align: center;">Vrouwenraad</p> <p style="text-align: center;"><u>aanbevelingen</u> inzake de behandeling van verkrachting, vooral indien de dader een hulpverlenende functie uitoefent.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het bestaande medisch tuchtrecht van de Orde van Geneesheren is niet het best geplaatst als instrument om de deskundigheid en de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken. • De geneesheren van de orde zijn rechter en betrokken beroepsgroep tegelijkertijd. Dit moet aangepast worden, rekening houdend met de rechten van de patiënt.
<p>De Orde van de Geneesheren moet in elk geval blijven bestaan. De Orde heeft zijn betekenis maar dat wil niet zeggen dat ze goed werkt.</p> <p>Wanneer je verwacht van de rechtbanken dat ze de problematiek van goed of geen goed beroepsbeoefenaar gaan oplossen, dan is dat een totale overschatting van wat de rechtbanken kunnen. De rechtbanken werken immers met deskundigen. Deze personen staan op de lijst van de deskundigen. Sinds enkele jaren bestaat er een opleiding voor deskundige voor de rechtbank. Er staat echter nog altijd een reeks mensen op die lijsten die zo'n</p>	<p style="text-align: center;">commentaar</p> <ul style="list-style-type: none"> • In de procedure voor de Orde dient ruimte gemaakt te worden voor de rechten van de patiënt, zodat deze 1) gehoord wordt in zijn verhaal, 2) partij is in de procedure en dus kan duidelijk maken wat hij vordert van de aangeklaagde arts, 3) de rechtspraak van de Orde gemotiveerd wordt ook vanuit de patiëntenrechten.

<p>opleiding niet hebben gevolgd. Vanuit de rechtbanken is er dus maar een vage benadering over wat een deskundige eigenlijk is.</p> <p>Wanneer de Orde gaat recht spreken, artsen gaat toegang geven tot of verwijderen uit hun bestand, moet dat een serieuze procedure worden.</p>	
<p style="text-align: center;">De Vrouwenraad</p> <ul style="list-style-type: none"> • De rechtbank de bevoegdheid geven beroepsverbod op te leggen aan de arts/dader, niet de Orde. Bij pedofielen gebeurt dit al in andere beroepsgroepen (bijvoorbeeld leerkrachten, opvoeders). • Er bestaat een contact- en straatverbod in geval van seksueel geweld in partnerrelaties. Dit verbod moet systematisch opgelegd worden aan de arts/dader. 	<p>De verboden bestaan al via de strafuitvoeringsrechtbanken. Ze houden toezicht op de wijze waarop de straf wordt toegepast. Je kan bijvoorbeeld als slachtoffer vragen dat een dokter die veroordeeld is, uit je buurt moet blijven. Het zou mogelijk zijn om via de strafuitvoeringsrechtbanken te modereren om vast te leggen onder welke omstandigheden die man of vrouw zijn/haar beroep nog kan uitoefenen.</p>
<p style="text-align: center;">commentaar</p> <ul style="list-style-type: none"> • De Rechtbank is niet uitsluitend bevoegd wat betreft de toegang tot het beroep. De Orde der geneesheren moet blijven maar transparantie is nodig en tegenspraak. • De strafuitvoeringsrechtbank is bevoegd. Zij kan zich uitspreken in welke sociale ruimte de veroordeelde arts niet langer mag optreden (geen praktijk in de buurt van de slachtoffers, geen praktijk met kinderen, vrouwen,) en onder welke voorwaarden hij zijn straf zal dienen te ondergaan voor het einde van de straf is bereikt. 	<p>Het lijkt moeilijker te verbieden dat de dader nog uitsluitend mannen als cliënteel zou hebben. Dat is in strijd met het Verdrag van de Rechten van de Mens, wat daar zeker objecties zou voor zoeken.</p>
<p style="text-align: center;">De Vrouwenraad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strafverzwaring voor professionele hulpverleners die gezag/macht hebben gebruikt bij het seksueel misbruik. Nu is dit zichtbaar enkel het geval voor minderjarigen. 	<p style="text-align: center;">commentaar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uitgangspunt blijft dat twee meerderjarigen in vrijheid consensueel alle seksuele keuzen kunnen maken zolang er geen schade ontstaat. • De hulpverlener die zijn afstand niet bewaart, richt schade aan. • Hij/zij riskeert klacht en wordt kwetsbaar in zijn beroep.

<p>Wanneer men misbruik maakt van zijn gezag is er macht. Ik betwijfel of strafverzwaring wel de goede piste is. Wanneer men ervan uitgaat dat twee meerderjarigen in vrijheid een seksuele keuze kunnen maken, is het enige wat hier relevant is de schade die men elkaar al dan niet heeft toegebracht. De schade moet hersteld worden, dat is de enige juiste straf. De bewijzen van die schade en de grootte ervan is wel een enorm juridisch probleem. Maar dat probleem is hanteerbaarder dan te zeggen dat er meer repressie moet zijn.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het wederzijdse respect houdt in dat de hulpverlener weet heeft en moet weten wat de draagkracht is van zijn/haar patiënt. • De maatschappelijke reactie nadat hij in staat van beschuldiging wordt gesteld, is reeds meer dan voldoende zodat een hogere straf niet echt relevant is, wel meer zorg en minder conflict is relevant.
<p style="text-align: center;">De Vrouwenraad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opsplitsing v/m in de statistieken. • In de administratieve statistieken wordt geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. • Er wordt evenmin een onderscheid gemaakt tussen daders en daders die hulpverleners zijn. • Iedereen de kans geven om haar/zijn verontwaardiging over deze gang van zaken te uiten. Mensen naar buiten laten treden met hun verhaal, hen sterker doen worden en samen knelpunten kunnen aankaarten! 	<p style="text-align: center;">commentaar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deze aanbevelingen zijn inderdaad relevant om het maatschappelijk probleem zichtbaar te maken. • Geen polarisatie van man/vrouw maar focussen op relaties die ziek maken en leren hoe daarmee om te gaan • Levensverhalen van alle betrokkenen zijn betekenisvol om ons een voorstelling te kunnen maken wat de impact is van ziekmakende relaties, ook voor de beroepsbeoefenaars en hoe de juiste keuzen te maken met deskundigheid, een groot hart en veel liefde....

Vragen en bedenkingen

Prof. Van Loon stelt dat hij de polariteit in twijfel trekt en dat er een gelijkwaardigheid is tussen patiënt en hulpverlener maar in de relevante literatuur wordt gezegd dat de patiënt zich steeds in een ondergeschikte positie bevindt. Slachtoffers hebben hier geen boodschap aan.

Prof. Van Loon repliceert dat hij goed weet dat iemand die misbruikt is dit voor de rest van haar/zijn leven meedraagt. Het blijft bij hem echter de vraag oproepen - en dat geldt in verschillende contexten - hoe geraak je van elkaar af? Als je dat polariseert dan blijf je voor de rest van je leven met een strijd, een conflict achter. Je moet ermee schoon schip kunnen maken. Vandaar mij voorstel om het anders proberen te bekijken in de zin van "was die dader wel zo demonisch of was hij evengoed slachtoffer van wat hij gedaan heeft?"

Uilenspiegel vzw deelt sterk het standpunt van de Vrouwenraad omdat Uilenspiegel vanuit de klachten van patiënten in 2006 daarover een studiedag heeft georganiseerd. Wat prof. Van Loon zegt, kunnen we voor een stuk bijtreden maar naar een eventuele veroordeling kunnen we ons voorstellen dat er verschillende gradaties mogelijk zijn. We refereren ook naar Nederland, naar mevrouw Tanja Zonderveldt, die de problematiek in Nederland sterk opvolgt en vooral ook de psychopaten-daders. Bij dergelijke daders zien we niets in de mogelijkheid qua verzoening tussen slachtoffer en dader. Wat prof. Van Loon aangeeft kan enkel ter sprake komen na een veroordeling. Als er sprake is van herhalingsgedrag, kunnen de daders volgens ons onmogelijk nog in de sector actief blijven.

Als je polariseert, geraak je er nooit uit. Je moet op één of andere manier proberen te komen tot inspraak.

Het moet zeer duidelijk zijn dat het slachtoffer ook slachtoffer is. De dader moet in therapie gaan bij een therapeut en niet bij een slachtoffer.

Het voorstel van prof. Van Loon heeft ook een preventieve waarde. Het gaat erover hoe we ons als slachtoffer in de toekomst sterker zouden kunnen opstellen.

Er is een enorme nood aan erkenning vanwege de slachtoffers. Vaak hebben daders geen enkel empathisch invoelen.

Volgens sommigen is erkenning niet voldoende. Als je in therapie gaat ben je emotioneel al verward. Het heeft niets te maken met het IQ maar wel met het EQ. Vanaf het ogenblik dat je naar een therapeut gaat ben je al afhankelijk.

Maak de vergelijking met een vrouw die in het gezin slachtoffer wordt van partnergeweld. Je kan ook zeggen dat die vrouw weg kan, dat er vluchthuizen zijn. De kwestie is, hoe kan je de patiënt/cliënt sterk genoeg maken dat die zou inzien dat er een keuze is.

Gedrag van een cliënte, incestslachtoffer, ten tijde van seksueel misbruik binnen de therapeutische relatie door de behandelende therapeut

Lieve Thienpont, gerechtspsychiater

Deze nota dateert van 2000 en betreft de gerechtelijke expertise in de zaak B.

Omdat deze problematiek actueel blijft en op vraag van en ten behoeve van advocaten, werkzaam binnen deze materie, willen wij deze nota nu publiceren.

De nota heeft er toe bijgedragen dat B daadwerkelijk strafrechtelijk werd veroordeeld in hoger beroep, terwijl hij in eerste aanleg was vrijgesproken.

Inleidende Vraagstelling

De heer C, advocaat van mevrouw A in de zaak B neemt telefonisch contact op en vraagt mij vanuit psychotherapeutisch oogpunt een nota te schrijven betreffende 'het gedrag van een cliënte, incestslachtoffer, ten tijde van seksueel misbruik binnen de therapeutische sessies door de behandelende therapeut' dit in het kader van de verdediging van mevrouw A.

Mevrouw A ging in beroep nadat de therapeut die haar seksueel misbruikte tijdens de therapiesessies, werd vrijgesproken.

Mevrouw A overhandigt mij een kopij van de gerechtelijke expertise A zaak B verricht door Dr. D betreffende een appreciatie over de geloofwaardigheid van voornoemde persoon in haar gedragsuitingen en in haar gezegden.

En zij overhandigt mij ook een kopij van de gerechtelijke expertise B eveneens verricht door Dr. D betreffende de vraag of verdachte

1. op het ogenblik van de feiten ten zijnen laste gelegd verkeerde hetzij in een staat van krankzinnigheid, hetzij in een ernstige staat van geestesstoornis of van zwakzinnigheid die hem ongeschikt maakte tot het controleren van zijn daden;
2. of verdachte thans nog in één van deze staten verkeert;
3. of de staat van verdachte thans van aard is gevaar op te leveren voor hemzelf of voor de maatschappij;

Mevr A vraagt mij om hulp, meer bepaald of ik vanuit mijn kennis en ervaring in het werken met incest-slachtoffers en seksueel getraumatiseerden een uitspraak kan doen betreffende haar geloofwaardigheid en of ik haar zogenaamde ambivalentie en ambiguïteit ten opzichte van haar therapeut en haar therapie kan begrijpen en toelichten.

Theoretische Omkadering

Om specifiek op deze vraag te kunnen ingaan, acht ik het noodzakelijk eerst enkele aspecten van de theoretische achtergronden te belichten.

1. De therapeutische relatie

In het boek 'Trauma en herstel' van Judith Lewis Herman wordt de therapeutische relatie als volgt gedefinieerd: "De therapeutische relatie is in verschillende opzichten uniek. Ten eerste heeft de relatie uitsluitend ten doel het herstel van de patiënt te bevorderen. Om dat doel te bereiken wordt de therapeut een bondgenoot van de patiënt en stelt ze al haar kennis, kundigheid en ervaring ten dienste van de patiënt. Ten tweede is de therapeutische relatie uniek omdat de patiënt en de therapeut een overeenkomst sluiten over het gebruik van macht. Een patiënt die in therapie gaat heeft hulp en verzorging nodig. Daarom onderwerpt ze zich vrijwillig aan

een ongelijke relatie waarin de therapeut de hoogste status en de meeste macht heeft. Er worden onvermijdelijk gevoelens opgewekt die verband houden met de universele ervaring van afhankelijkheid van het kind ten opzichte van de ouders. Deze gevoelens, die bekend staan als overdracht, doen de machtsongelijkheid in de therapeutische relatie nog verder toenemen en maken alle patiënten kwetsbaar voor uitbuiting. Het is de verantwoordelijkheid van de therapeut om de haar verleende macht alleen te gebruiken ter bevordering van het herstel van de patiënt en te weerstaan aan de verleiding om die macht te misbruiken.” (1)

Deze definitie is vanuit deontologisch standpunt geldig en aanvaardbaar voor elke therapeutische relatie, welke ook de theoretische strekking van de therapeut moge zijn.

J.L. Herman, die zich heeft gespecialiseerd in het werk met getraumatiseerde mensen en in posttraumatische stressstoornis en mede toonaangevend is binnen dit terrein van de psychotherapie, voegt aan deze definitie nog het volgende toe:

“Deze belofte die bepalend is voor de integriteit van elke therapeutisch relatie, is met name van belang voor patiënten die al geleden hebben onder de machtswillekeur en het machtsmisbruik van anderen.”(2)

Dit machtsverschil binnen de therapeutische relatie breidt zich bovendien uit tot een meer algemeen erkend maatschappelijk machtsverschil wanneer de cliënt een vrouw is en de therapeut een man.

In ‘Seksuele contacten binnen psychotherapeutische hulpverleningsrelaties’ van Aghassy en Noot vinden we: “Door het feit dat een hulpvrager afhankelijk is van een hulpverlener is er altijd sprake van een machtsongelijkheid tussen beide partijen. In een hulpverleningssituatie is het noodzakelijk dat een hulpvrager op de deskundigheid van de hulpverlener vertrouwt en er vanuit gaat dat er in zijn/haar belang gehandeld wordt. In een therapiesituatie is die afhankelijkheid extra aanwezig door de kwetsbare positie van de cliënt; mensen gaan vaak in therapie op het moment dat ze weinig zelfvertrouwen hebben en subassertief zijn. Wanneer de cliënt een vrouw is en de therapeut een man, kan men zeggen dat er sprake is van een dubbele machtsongelijkheid. Dit heeft consequenties voor de manier waarop er kan worden omgegaan met eventuele seksuele verlangens die ontstaan bij cliënt en of therapeut. Een therapeut die dat wenst, kan het therapeutisch proces op subtiele wijze in de richting van de erotiek sturen. Te zijner tijd kan hij voor de cliënt aannemelijk maken dat seksueel contact in de therapie in haar belang is. De cliënt is, vanwege haar afhankelijke positie en de autoriteit die ze de therapeut toeschrijft, meer beïnvloedbaar voor de suggesties van de therapeut, dan voor (seksuele) suggesties van willekeurige anderen (Lecomte en Gendreau, 1984).”(3)

Wat noodzakelijk is om deze integriteit van de therapeutische relatie te vrijwaren verwoordt J.L.Herman zeer duidelijk en algemeen geldend als volgt: "Nauwlettende aandacht voor de grenzen van de therapeutische relatie is de beste bescherming tegen buitensporige, niet te hanteren overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties. Vaste grenzen zorgen voor een veilige arena waarin aan het herstel kan worden gewerkt. De therapeut belooft beschikbaar te zijn voor de patiënt, binnen bepaalde grenzen die duidelijk, redelijk en voor beiden aanvaardbaar zijn. De grenzen van de therapeutische relatie zijn er in het belang en ter bescherming van beide partijen, en berusten op een erkenning van de gerechtvaardigde behoeften van zowel de therapeut als van de patiënt.”(4) Alvorens te kunnen ingaan op de specificiteit van de therapeutische relatie in het werken met seksueel getraumatiseerden en de daaraan gekoppelde specifieke vereiste deskundigheid van de therapeut wil ik eerst enkele aspecten van de psychopathologie van de seksueel getraumatiseerde cliënt belichten.

2. Psychopathologie van de seksueel getraumatiseerde cliënt

Bij J.L.Herman lezen we “patiënten die aan een chronisch trauma hebben blootgestaan en daardoor lijden aan een complex posttraumatisch syndroom, vertonen ook complexe overdrachtsreacties. Door de langdurige omgang met de dader is het relatiegedrag van de patiënt veranderd, zodat ze enerzijds vreest steeds opnieuw in de slachtofferrol te belanden en anderzijds niet in staat schijnt

zich daartegen te beschermen *of het zelfs lijkt uit te lokken* (eigen cursivering). De dynamiek van overheersing en onderwerping wordt gerecreëerd in alle volgende relaties, ook die met de therapeut.”(5)

Verder stelt dezelfde auteur dat: "Het recreëren van de relatie met de dader treedt het duidelijkst aan het licht bij de geseksualiseerde overdracht die we soms zien bij overlevenden van langdurig seksueel misbruik in de kindertijd. De patiënt denkt dat ze in de ogen van de ander, vooral in de ogen van een machtige persoon, alleen waarde kan hebben als seksueel object.”(6)

Mia Leijssen, doctor in de psychologie en psychotherapeut, docent beroepsethiek aan de Katholieke Universiteit Leuven schrijft in haar Manuscript voor 'Handboek Integratieve Psychotherapie' iets zeer analogoos: "Vooral cliënten 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; anderen willen hun genegenheid voornamelijk met hun genitaliën tonen en *verwarren intimiteit met seksualiteit* (eigen cursivering).”(7)

Deze verwarring van mensen met incest in de voorgeschiedenis wordt zelfs door pooiers misbruikt bij het recruterende van vrouwen voor de prostitutie, zoals werd opgetekend door Klufft: "Wat het belangrijkste is, is gehoorzaamheid. En hoe kom je daaraan? Je komt aan gehoorzaamheid als je vrouwen krijgt die seks hebben gehad met hun vaders, ooms, broers, weet je wel, iemand van wie ze houden en die ze bang zijn te verliezen zodat ze niet tegen hen in gaan. Ze zullen alles doen om je te vriend te houden. Zo werkt dat.”(8)

Het is aan de therapeut om samen met de cliënt in alle omzichtigheid deze verwarring op te heffen dan wel ze te misbruiken.

In 'Seksuele contacten binnen psychotherapeutisch hulpverleningsrelaties' van G. Aghassy en M. Noot wordt het ook nog als volgt uitgedrukt: "Meer recente inzichten met betrekking tot het ontstaan van deze problematiek suggereren dat verleidend gedrag vaak het gevolg kan zijn van seksueel misbruik in de jeugd. Juist vrouwen voor wie seksualiteit met machtsmisbruik, vernedering of geweld te maken heeft, blijken in een patroon te vervallen van extreem verleidend gedrag. Zulke vrouwen voelen zich vaak machteloos ten aanzien van datgene wat hen overkomt en hebben het gevoel zich niet te kunnen verweren en geen "nee" te kunnen zeggen op seksuele toenaderingen. De seksuele contacten die op deze manier tot stand komen worden vaak beleefd als een herhaling van het misbruik waar deze vrouwen oorspronkelijk slachtoffer van waren en als een bevestiging in hun lage zelfrespect en zelfwaardering.”(9)

En zo komen we aan de specifieke vereisten en deskundigheid van de therapeut in het werken met slachtoffers van seksueel geweld.

3. Specifieke vereisten trauma-cliënt begeleiding- gespecialiseerde opleiding

Deze specificiteit van de therapeutische werkaliantie met seksueel getraumatiseerden vinden we in elke respectabele literatuur over dit onderwerp terug, ik beperk me tot enkele citaten zij het van erkende experts op dit terrein.

Bij Masson Jeffrey M. In 'Traumatische ervaring of fantasie' lezen we dat reeds in 1932 Sandor Ferenczi, leerling van Freud, op het Internationale congres van Pschycho-analytici in Wiesbaden in een voordracht 'Sprakverwarring tussen de Volwassenen en het Kind of De Taal van de Tederheid en die van de Hartstocht', het volgende zei: "Geleidelijk kwam ik tot de overtuiging dat patiënten een uiterst verfijnd gevoel hebben voor wensen, neigingen, stemmingen, sympathieën en antipathieën van de analyticus, al kan het zijn dat de analyticus zelf zich van dit gevoel volstrekt niet bewust is. In plaats van de analyticus tegen te spreken, in plaats van hem te betichten van bepaalde fouten of misgrepen, identificeren patiënten zich met hem; alleen op bepaalde uitzonderlijke momenten van hysterische opwinding, dat wil zeggen wanneer zij in een toestand van bijna-onbewustheid zijn, komen zij tot protesten. In het algemeen veroorloven zij zich geen kritiek op ons; een dergelijke

kritiek komt niet bij hen op, tenzij wij hen hiertoe uitdrukkelijk toestemming geven of hen inderdaad direct tot kritiek aanmoedigen. Daarom moeten wij op grond van de associaties van patiënten niet alleen het bestaan van onplezierige zaken uit hun verleden onderscheiden; we moeten tevens, méér dan we tot dusver gedaan hebben, op zoek gaan naar de aanwezigheid van verdrongen of onderdrukte kritiek op ons.

Maar hier stuiten we op niet onaanzienlijke weerstanden en deze keer niet bij onze patiënten maar bij onszelf. Bovenal moeten we méér dan goed, tot 'op de bodem' geanalyseerd zijn en al onze onaangename uiterlijke en innerlijke karaktertrekken erkennen, opdat we aldus redelijk voorbereid zijn op al wat de associaties van de patiënt aan verborgen haat en minachting bevatten."(10) Zij het niet in geactualiseerde termen en bewoordingen, wordt er door Ferenczi reeds duidelijk appèl gedaan op de introspectieve kwaliteiten van de therapeut, algemeen noodzakelijk maar extra beproefd in het werken met seksueel getraumatiseerden.

Onno Van Der Hart schrijft in 'Trauma, dissociatie en hypnose' daaromtrent het volgende: "De soms heftige uitingen van patiënt of cliënt in de vorm van hevige emotionele crises, zelfbeschadigingen en suïcidedreigingen kunnen overbelastend zijn. Naast het risico op secundaire traumatisering voor de therapeut, bestaat er alle aanleiding voor uiteenlopende inadequaat reacties jegens de patiënt of cliënt. Veel daarvan valt onder de noemer van grensoverschrijdend gedrag. Zelfs soms in seksueel opzicht."(11)

Bij J.L.Herman staat het als volgt geformuleerd: "Talloze doorgewinterde en ervaren therapeuten, die de grenzen van de therapeutische relatie normaal scrupuleus in acht nemen, merken dat ze onder de zware druk van overdracht en tegenoverdracht ongewild buiten het terrein van de therapie treden en zich de rol van redder aanmeten.

Tot het uiterste doorgevoerd leidt deze afweerreactie waarmee de therapeut zich verdedigt tegen gevoelens van hulpeloosheid tot een houding van zelfoverschatting, waarbij de therapeut zichzelf gaat zien als een heel bijzonder of almachtig iemand. Als deze tendens niet wordt geanalyseerd en in de hand gehouden, is de kans groot dat de therapeutische relatie wordt gecorrumpeerd."(12)

De psychoanalytici John Maltzberger en Dan Buie laten een soortgelijke waarschuwing horen: "De drie meest voorkomende narcistische valstrikken zijn de ambitie om alles te genezen, alles te weten en alles te beminnen."

Mia Leijssen in haar manuscript 'Beroepsethiek' verwoordt het als volgt: "De therapeut die het initiatief neemt of ingaat op een appèl van de cliënt - *in feite doet dit onderscheid er niet toe in therapie* - (eigen cursivering) bevestigt daarmee de verwarring tussen lichamelijke, seksualiteit, dominantie, zelfwaarde, intimiteit en genegenheid.

De therapeut getuigt van ondeskundig hanteren van overdrachtsgevoelens wanneer hij de kwetsbare verlangens om bemind te worden en het controleverlies waarop de cliënt recht heeft, niet met respect én afstand doorwerkt om een therapeutisch proces mogelijk te maken."(13)

Gezien de vele extra valkuilen voor de therapeut in het werken met seksueel getraumatiseerde cliënten, is het overduidelijk dat een zeer gedegen gespecialiseerde opleiding *noodzakelijk* is alvorens men met getraumatiseerde cliënten aan het werk gaat.

Deze opleidingen richten steeds de aandacht op enerzijds de theoretische kennis van de psychopathologie van de getraumatiseerde cliënt voornamelijk de complexe overdrachtssituatie en anderzijds op het ontwikkelen van de eigen introspectie om deze overdrachtsgevoelens en -handelingen correct therapeutisch te hanteren.

Bovendien is het eveneens een absolute must zich als therapeut voortdurend te bevragen in inter- en supervisiemomenten bij collega-therapeuten, opgeleid én ervaren binnen dit vakgebied.

Zoals J.L.Herman verwoordt: "Therapeuten die met getraumatiseerde mensen werken, hebben een duurzaam ondersteuningssysteem nodig om met heftige reacties te kunnen omgaan. Zoals een

overlevende niet zonder hulp kan herstellen, zo kan een therapeut niet zonder hulp een trauma behandelen.”(14)

4. Risico-gedrag therapeut en seksueel misbruik door therapeuten

Sinds de zeventiger jaren is er in de openbare belangstelling een grotere gevoeligheid voor seksueel misbruik binnen machtsrelaties.

Sindsdien is er ook meer onderzoek verricht naar seksueel misbruik in therapeutische context.

Mia Leijssen vermeldt dat onderzoek bepaalde karakteristieken van therapeuten die betrokken waren bij seksuele grensoverschrijdingen reveleert (Pope, Sonne & Holroyd 1996; Trijsburg, 1991; Aghassy & Noot, 1990).

Seksueel contact in de therapeutische relatie zou volgens variërende cijfers bij 5 tot 10 % van de therapeuten ooit zijn voorgekomen.

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 12 tot 16 jaar ouder dan hun cliënten, bekleden vaak een belangrijke positie in hun beroepsgroep. Ik beperk me verder tot wat als sterkste predictor voor “risicotherapeut” wordt gesteld, namelijk die therapeuten die reeds in het verleden seksueel contact hadden in de therapeut -cliënt relatie (Bates & Brodsky, 1989).

Verder lezen we in de hoger vermelde scriptie van Mia Leijssen dat “seksueel misbruik in de professionele relatie te situeren is op een continuüm gaande van subtiel misbruik, waarin cliënt moet tegemoet komen aan emotionele behoeften van de therapeut, 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 dit continuüm plaats. Waar in de onderzoekgegevens sprake is van ‘seksueel’ misbruik, bedoelt men seksuele betrekkingen. Sinds de negentiger jaren is er echter een duidelijke tendens om seksuele toenadering vlugger als misbruik te interpreteren.

Seksuele grensoverschrijdingen zijn meestal pas de laatste in een rij van eerdere grensverbodingen waaraan te weinig aandacht wordt besteed, 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 of makkelijk commentaren hebben bij hun fysieke aantrekkelijkheid, weinig zakelijke inrichtingen verkiezen voor de werkruimte, vertrouwelijke mededelingen doen over zichzelf of andere mensen (Smidh & Fitzpatrick, 1995).

Om geen misverstanden te creëren kan de therapeut bepaalde plaatsen van het lichaam van de cliënt beter niet aanraken: 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 lichamelijk contact te maken in een niet-seksuele betekenis. Verder is lichamelijk contact te ontraden wanneer er seksuele gevoelens bij de therapeut of de cliënt aanwezig zijn.” (15)

In het bovengenoemde werk van Aghassy en Noot vindt men in de opbouw van de vragenlijst rond onderzoek naar attitude van psychotherapeuten ten aanzien van erotisch- (en niet-erotisch) lichamelijk contact met cliënten, handelingen als het op schoot nemen van de cliënt, het stevig omarmen van de cliënt, het kussen of laten kussen van de cliënt geplaatst bij de erotisch-geladen lichamelijk contacten. (16)

Het is duidelijk dat wanneer een therapeut, bewust of onbewust, bovengenoemd risicogedrag vertoont, de kans op grensoverschrijding veel groter is.

Wanneer de therapeut door een onbewuste drijfveer tot grensoverschrijdend gedrag komt, betreft het veelal een éénmalige keer. De therapeut die hierdoor zelf een grote lijdensdruk ervaart en zich terecht schuldig voelt, zal meestal, ondanks de taboe rustend op het onderwerp, hulp zoeken eventueel samen met de cliënte en op die manier herhaling vermijden.

Jammer genoeg loopt het niet altijd zo. Maar al te vaak gaat het om een bewuste drijfveer namelijk de seksuele behoeften van de therapeut toutcourt, waar herhaling wel optreedt, ontkenning door de therapeut van de feiten volgt en we dus moeten spreken van een planmatig optreden van de therapeut en waarbij de cliënt in de val wordt gelokt.

Bij Aghassy en Noot staat: "Samenvattend kan gesteld worden dat het ervaren van seksuele verlangens voor een cliënt een normaal verschijnsel is, maar dat het daadwerkelijk overgaan tot seksueel contact, het uitageren is van een persoonlijke behoefte van de therapeut (die zowel uit eenzaamheid als uit persoonlijke problemen, of uit pathologische karaktereigenschappen kan ontstaan), die gefaciliteerd wordt door een bewust of een onbewust gebrek aan inlevingsvermogen in de beleving van de cliënt en het loslaten van de verantwoordelijkheid ten aanzien van de cliënt die hij, als hulpverlener, op zich heeft genomen." (17)

Het is op het eerste gezicht verwonderlijk hoe een seksueel contact tussen cliënt en therapeut langdurig kan blijven bestaan of waarom een cliënte tijdens het verloop van het misbruik bij haar misbruikende therapeut terugkeert. Wanneer echter de bovengenoemde machtsstructuur eigen aan de therapeutische relatie alsook de ambivalente gevoelens van de cliënte ten aanzien van haar therapeut worden in acht genomen is dit eerder voor de hand liggend. Dit wordt bevestigd in het boek 'Verder na Incest' van Van Lichtenburg Carla; "De erotische lading kan zo groot worden, dat de therapeut erg stevig in zijn schoenen moet staan om deze goed te hanteren. Dit is een van de situaties die kunnen leiden tot het drama van seksueel contact tussen mannelijke therapeut en cliënte. Naar onze mening worden incestslachtoffers daar relatief vaker de dupe van. Er zijn ons diverse gevallen bekend waarin dit gebeurd is. Ook hier kan het seksuele contact langdurig blijven bestaan door de *ambivalentie*, de schuldgevoelens en de *schaamte* van de vrouw." (eigen cursivering) (18)

5. Gevolgen en behandeling van een door therapeut misbruikte cliënt

Meermaals ben ik in mijn begeleidingen zelf geconfronteerd met de schadelijke gevolgen van secundaire traumatisatie; het bemoeilijkt ten eerste een volgende poging tot het opbouwen van een vertrouwensrelatie binnen therapie en hypothekeert het verdere verloop van de therapie. Bovendien nemen de klachten van de cliënt bijna steeds in alle hevigheid toe (wat de afhankelijkheid nog bevordert) en is de lijdensdruk zeer groot.

Onno Van Der Hart schrijft in zijn boek 'Trauma Dissociatie en Hypnose': "De schade die zij door dergelijk misbruik oplopen kan nauwelijks onderschat worden."

Kluft (1990) beschrijft 12 incestslachtoffers die bij hem in behandeling kwamen na misbruik door collega's. Allen waren er slecht aan toe. Allen waren depressief, angstig en vertoonden dissociatieve symptomen; bijna allen hadden PTSS, seksuele problemen, somatoforme stoornissen, eetstoornissen, een geschiedenis van middelenmisbruik, hadden suïcidepogingen ondernomen en automutilatief gedrag vertoond.

Verder geeft Kluft belangrijke thema's in de behandeling aan: het aandacht besteden aan hun hulpeloosheid, hun *ambivalentie jegens de misbruikmakende therapeut*, hun moeilijkheden met vertrouwen, hun schuldgevoelens, hun depressie en neiging tot zelfbeschadiging, hun verwarring over seksualiteit en nog andere." (19)

Ook Mia Leijssen onderstreept dat onderzoekers (Olarie 1997) het er eenduidig over eens zijn dat intiem seksueel contact in de professionele relatie, zowel op korte als op langere termijn, altijd schadelijk is voor de cliënt, ook als het met 'instemming' van de cliënt gebeurde. Als gevolg van het seksueel contact in de professionele context lijdten cliënten aan: een negatief zelfgevoel, verstoring

van hun identiteit, schuldgevoelens, schaamte, leegheid, verwarring, onderdrukte kwaadheid, depressie, toenemend wantrouwen tegenover mannen in het algemeen, vaak achteruitgang van de intieme privé-relatie. (20)

6. Houding van officiële instanties ten aanzien van seksueel misbruik en geweld

Wanneer een cliënte het punt bereikt heeft waarop ze klacht wil indienen is het van uitermate groot belang de doelstelling van cliënt te bevragen en dient zij er op voorbereid te zijn dat, hoewel het misbruik reëel is, dit zeker niet altijd als dusdanig zal beoordeeld worden en dit om meerdere redenen.

Vooreerst is er de bewijslast, maar bovendien speelt ook de houding van officiële instanties ten aanzien van seksueel misbruik en geweld een niet te onderschatten rol.

Bij Aghassi en Noot vinden we: "Ook wanneer een vrouwelijke cliënt tot het indienen van een klacht kwam (hetgeen zeer sporadisch gebeurt, omdat vrouwelijke cliënten gelijk slachtoffers van verkrachting en incest last hebben van gevoelens van schaamte, schuld en/of hun loyaliteit ten aanzien van de dader) werd er door tuchtcolleges vaak meer geloof gehecht aan de ontkenning van de therapeut dan aan de klacht van de cliënt. De gevallen van klachten tegen psychiaters in Nederland die Hubben (1984) gepubliceerd heeft, suggereren dat maatregelen, genomen door medische tuchtcolleges ontoereikend zijn. Ook in gevallen waarbij het gaat om herhaald misbruik vinden de medische tuchtcolleges geen aanleiding om te spreken van nalatigheid van de "kant van de therapeut", of om zijn vermogen verder te gaan met het uitoefenen van psychotherapie in twijfel te trekken. Verder nemen de colleges in geen van de gevallen in overweging dat de patiënt schade is berokkend. Kennelijk worden psychisch lijden en vernedering niet gezien als vormen van schade.

Davidson (1977) vraagt zich af in hoeverre deze toegevendheid van de kant van collega-artsen gerelateerd is aan seksisme binnen de professie, en neerkomt op bedekte goedkeuring door mannelijke beoefenaren van denigrerend gedrag ten opzichte van vrouwelijke patiënten. Davidson suggereert verder dat vrouwelijke patiënten vrouwelijke pleitbezorgers binnen de professie zouden nodig hebben, met name in de ethische en klachtencommissies om zich ervan te verzekeren dat hun klachten niet zonder meer van de hand worden gewezen." (21)

Binnen deze context is het belangrijk de cliënt die haar therapeut-misbruiker aanklaagt altijd inzicht te geven in de essentie van deze keuze met name voeling te krijgen met haar eigen macht t.a.v. de therapeut.

Volgend citaat uit het boek 'Trauma en Herstel' van J.L. Herman houdt een boodschap in dewelke elk slachtoffer van seksueel geweld die het waagt een aanklacht in te dienen, zich dient te realiseren: "De overlevende die in het openbaar de strijd aangaat, mag zichzelf niet wijsmaken dat een overwinning onvermijdelijk is. Ze moet overtuigd zijn van het feit dat ze alleen al door haar bereidheid om een confrontatie met de dader te zoeken een van de ergste gevolgen van het trauma heeft overwonnen. Ze heeft hem kenbaar gemaakt dat hij haar niet door angst onder de duim kan houden, en ze heeft anderen van zijn misdaad op de hoogte gesteld. Haar herstel is niet gebaseerd op de illusie dat het kwaad overwonnen is, maar op de wetenschap dat het niet volledig heeft gezegevierd en op de hoop dat er in de wereld nog liefde bestaat die genezing brengt." (22)

Bespreking expertises

Wat betreft cliënte:

De GELOOFWAARDIGHEID van cliënte blijkt uit

- De gerechtelijke expertise van neuropsychiater Dr. D waar in de bespreking staat: "Ik meen dan ook te kunnen stellen dat betrokkene haar inlichtingen en de gegevens dewelke zij verschaft, geloofwaardig zijn."
- Het klinisch psychologisch onderzoek, van Mevr., verricht door psycholoog F, waarin staat vermeld dat de realiteitstoetsing bij betrokkene adequaat is.
- Het rapportageverslag van haar huidig therapeut de heer E, bekend en erkend als ervaren therapeut zowel met slachtoffers als met daders van seksueel geweld, waarin we terugvinden: "Ze brengt haar verhaal op een geloofwaardige manier."
- Mijn eigen klinische ervaring na 3 gesprekken van telkens 50' met cliënte, gevoerd in 't kader van haar verzoek. Mevr. brengt een consistent en binnen de context congruent verhaal. Zowel uit wat zij spontaan brengt als uit antwoorden op de mij gestelde vragen, blijkt een voldoende mogelijkheid tot introspectie. Ook brengt Mevr. haar verhaal op een emotioneel congruente manier welke de geloofwaardigheid alleen maar onderstreept.

Dat de geloofwaardigheid van Mevr. wegzinkt in een inderdaad aanwezige massa gegevens dewelke een uiting zijn van ambivalentie en ambiguïteit, zoals aangegeven in het expertiseverslag kan enkel en alleen berusten op EEN GEBREK AAN KENNIS TERZAKE VAN DE DESKUNDIGE.

De AMBIVALENTIE en AMBIGUÏTEIT van een incestslachtoffer ten aanzien van haar therapeut en therapie is INHERENT aan deze problematiek, OOK/EN ZEKER TEN TIJDE VAN MISBRUIK DOOR DE THERAPEUT.

Geen enkele respectabele vakliteratuur zal dit tegenspreken.

Verder wil ik nog ingaan op de vaststelling in de expertise dat Mevr. A doelbewust gegevens zou verzwegen hebben, wat haar geloofwaardigheid in 't gedrang brengt.

Mag ik nogmaals aanstippen, zoals ook al bovenstaand vermeld, hoe groot de schaamte, de verwarring is bij een herhaling van desbetreffend trauma, en nog veel groter DE ANGST nogmaals verkeerdelijk begrepen of niet geloofd te worden. Het verzwijgen van gegevens valt binnen deze context meer dan te begrijpen zoals hierboven ook vermeld in het kader van de dubbele machtsongelijkheid en het taboe rustend op dit onderwerp.

Bovendien wil ik hier ook beklemtonen dat wat betreft seksuele handelingen tussen therapeut en cliënt, er PER DEFINITIE NOOIT SPRAKE KAN ZIJN VAN CONSENSUALITEIT.

In het Strafwetboek art. 375 aangaande aanranding van de eerbaarheid en verkrachting staat vermeld: "Toestemming is er met name niet wanneer de daad is opgedrongen door middel van geweld, dwang of list of mogelijk is gemaakt door een onvolwaardigheid of een lichamenlijk of een geestelijk gebrek van het slachtoffer". Onder art.57 staat dat "deze begrippen bestemd zijn om aan te geven dat de dader op een ongeoorloofde wijze misbruik maakt van de verminderde weerstand van het slachtoffer ingevolge zijn fysieke of psychische toestand."

Uit bovenstaande theoretische uiteenzetting is herhaaldelijk duidelijk dat er wel degelijk een VERMINDERDE WEERSTAND is van een cliënte, incestslachtoffer, ten aanzien van een misbruikende therapeut en dit op meerdere gronden namelijk de verminderde weerstand inherent aan de PSYCHOPATHOLOGIE van het incestslachtoffer alsmede de verminderde weerstand op basis van de dubbele machtsongelijkheid eigen aan de therapeutische relatie.

Wat betreft de therapeut:

In de gerechtelijke expertise van de heer B dd.... onder de rubriek 'Schoolse opleiding' wordt nergens melding gemaakt, noch van een algemene psychotherapeutische opleiding met eigen ervaringsgedeelte, noch van een gespecialiseerde psychotherapeutische opleiding voor incestslachtoffers of traumaslachtoffers (een postgraduaat familiale en seksuologische wetenschappen, evenmin als het schrijven van een thesis kan hieronder verstaan worden).

Evenmin vond ik gespecialiseerde intervisie of supervisiemomenten terug. Zoals in de theoretische uiteenzetting beklemtoond, zijn deze opleidingsmodaliteiten een absolute noodzaak.

Ik vind **nergens aanknopingspunten** terug welke deze **specifieke competentie van de therapeut** in het licht stellen.

Verder vind ik in de rubriek 'Visie van B betreffende het dossier A' wél uitlatingen en handelingen van de therapeut terug die zeker wél vallen onder wat ik hierboven beschreef als **RISICOGEDRAG** van de therapeut, namelijk het op schoot nemen van de cliënte, het vastnemen en omarmen van de cliënte, het ongepolijst taalgebruik van de therapeut in uitdrukkingen als "bespringen".

Evenzeer vind ik dit risicogedrag terug in een citaat uit een verslag van de therapie, eveneens vermeld in de expertise, waar vermeld staat "wij hebben het zelfs gedaan gekregen van de gebruikelijke kussen voor het nieuwe jaar los te peuteren en wel op een voor A bevredigende manier."

Zoals vermeld in de theoretische uiteenzetting leidt risicogedrag veel vlugger tot verder grensoverschrijdend gedrag, dat zich bijna altijd afspeelt op een continuüm van grensoverschrijdende gedragingen.

Mag ik hier ook vermelden dat art. 374 van het Strafwetboek vermeldt dat "een aanranding bestaat, zodra er een begin van uitvoering is."; dit i.v.m. dit hoger geschetst continuüm.

Bovendien kan ik **nergens** in de vele voorbeelden in het expertiseverslag waaruit zou blijken dat cliënte zelf grensoverschrijdend zou zijn, **een adequate therapeutische interventie** weerhouden. Integendeel, op het een uitlokkend gedrag zou vertonen feit dat Mevr. A zich als het ware opmaakte om naar het centrum te komen, permitteert de therapeut zich uitlatingen als "ge zijt zo mooi gekleed, ge doet dat toch niet voor mijnen mannelijke neus?".

Het zal de gerechtsdeskundige vermoedelijk ook ontgaan zijn dat trouwens uit het verloop van de visie van B betreffende het dossier A, blijkt dat **PLANMATIG** iedere aantijging aan het adres van de therapeut weerlegd wordt en ten laste gelegd wordt van de cliënte en dat er **NERGENS** enige blijk van enige introspectie van de therapeut of ernstige therapeutische reflecties ten aanzien van deze aantijgingen te weerhouden zijn.

Als laatste wil ik vermelden dat ik tevergeefs heb gezocht naar een psychologisch onderzoek van de heer B

Besluit

Gezien de tegensprekelijkheid van de verschillende expertises, verricht door neuropsychiater Dr. D omtrent de geloofwaardigheid van mevr. A en gezien uit de inhoud van de expertise duidelijk blijkt dat de gerechtsdeskundige niet in het minst op de hoogte is van de psychotherapeutische implicaties bij het werken met incestslachtoffers en seksueel getraumatiseerden, vind ik het onontbeerlijk dat de expertise uitgebreid wordt door een psychiater-psychotherapeut, gespecialiseerd in het werken met incestslachtoffers.

Nota opgesteld door dr. Lieve Thienpont

Psychiater

Psychotherapeute

Erkend cliënt-gerichte psychotherapeute en supervisor

Bijkomende specialisatie opleidingen:

- werken met incestslachtoffers in Kern St. Niklaas 1993
- trauma-dissociatie-hypnose opleiding IPRR Leuven 1995

Lid supervisiegroep IPRR Leuven 1996 tot heden; mede-opleider en supervisor in IPRR betreffende traumaverwerking van 1998 tot heden.

Lid intervisiegroep in CGGZ Wetteren betreffende werken met cliënten met traumaverwerking en dissociatieve stoornissen.

In 2005 getuigschrift van de postacademische opleiding in de **forensische psychiatrie** en psychologie.

in samenwerking met prof. Dr. Tony Van Loon, docent sociale begeleiding, Vrije Universiteit Brussel

Bibliografie

- (1) Herman J.L. (1993) 'Trauma en Herstel' Amsterdam Wereldbibliotheek pg 176-177
- (2) Herman J.L. (1993) 'Trauma en Herstel' Amsterdam Wereldbibliotheek pg 176-177
- (3) Aghassy G & Noot (1990) 'Seksuele contacten binnen psychotherapeutische hulpverleningsrelaties. Uitgave van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag: Vuga pg 39
- (4) Herman J.L. (1993) 'Trauma en Herstel' Amsterdam Wereldbibliotheek pg 194
- (5) Herman J.L. (1993) 'Trauma en Herstel' Amsterdam Wereldbibliotheek pg 181
- (6) Herman J.L. (1993) 'Trauma en Herstel' Amsterdam Wereldbibliotheek pg 182-183
- (7) Leijssen Mia (2000) 'Handboek Integratieve Psychotherapie'
- (8) Van Der Hart Onno (1991) 'Trauma Dissociatie Hypnose' Amsterdam Swets & Zeitlinger pg 358
- (9) Aghassy G & Noot (1990) 'Seksuele contacten binnen psychotherapeutische hulpverleningsrelaties. Uitgave van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag: Vuga pg 45
- (10) Masson Jeffrey M. (1984) 'Traumatische ervaring of fantasie' Amsterdam Van Gennepp pg 183-184
- (11) Van Der Hart Onno (1991) 'Trauma Dissociatie Hypnose' Amsterdam Swets & Zeitlinger pg 360
- (12) Herman J.L. (1993) 'Trauma en Herstel' Amsterdam Wereldbibliotheek pg 186-187
- (13) Leijssen Mia (2000) 'Beroepsethiek voor psychologen' Cursus K.U.Leuven Acco
- (14) Herman J.L. (1993) 'Trauma en Herstel' Amsterdam Wereldbibliotheek pg 184
- (15) Leijssen Mia (2000) 'Beroepsethiek voor psychologen' Cursus K.U.Leuven Acco
- (16) Aghassy G & Noot (1990) 'Seksuele contacten binnen psychotherapeutische hulpverleningsrelaties. Uitgave van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag: Vuga pg 91
- (17) Aghassy G & Noot (1990) 'Seksuele contacten binnen psychotherapeutische hulpverleningsrelaties. Uitgave van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag: Vuga pg 43
- (18) Van Lichtenburcht Carla, Bezemer Willeke, Gianotten Woet (1986) 'Verder na Incest' Ambo/Baarn pg 56
- (19) Van Der Hart Onno (1991) 'Trauma Dissociatie Hypnose' Amsterdam Swets & Zeitlinger pg 359
- (20) Leijssen Mia (2000) 'Handboek Integratieve Psychotherapie'
- (21) Aghassy G & Noot (1990) 'Seksuele contacten binnen psychotherapeutische hulpverleningsrelaties. Uitgave van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag: Vuga pg 34
- (22) Herman J.L. (1993) 'Trauma en Herstel' Amsterdam Wereldbibliotheek pg 273-274

Tussenkomst

Christine Mussche, advocate

Ik ga mij beperken tot wat ik geleerd heb uit de vele jaren ervaring met slachtoffers en daders in deze materie, ik hou mij inderdaad zowel bezig met de begeleiding van daders als van slachtoffers. Het is een extreem moeilijke materie. Het is belangrijk om de daders en de slachtoffers proberen te begrijpen en te leren kennen. Dat samengaan van beiden wordt mij niet steeds in dank afgenomen, zeker niet door slachtoffers die het daar moeilijk mee hebben. Toch sta ik er zelf achter omdat zoveel mogelijk kennis kan leiden tot zo goed mogelijke oplossingen en liefst voor slachtoffers en daders. Het is evident dat daarbij een ethische code wordt gerespecteerd die voor de hand ligt en waarbij er gewaakt wordt over de schadebeperking.

Dan komen we tot een zeer moeilijk aspect, namelijk slachtoffers die het aandurven om de procedure te starten. Wanneer een advocaat een zaak start zonder kennis van zaken en zonder op voorhand alle mogelijke gevolgen te kunnen inschatten, namelijk ook de mogelijkheid dat de dader kan worden vrijgesproken, dan is voorzichtigheid geboden. Hier is waarschuwing absoluut op zijn plaats. Justitie is immers een 'beperkt' apparaat en de advocaat moet samen met cliënt de gegevens die deze laatste aanbrengt proberen in te schatten om na te gaan of die van aard zijn om een eventuele veroordeling na de procedure te bekomen. Dat is een moeilijke oefening want we moeten met de slachtoffers praten over wat er gebeurd is maar we moeten ook weten over welke bewijzen ze beschikken. Het is moeilijk temeer omdat dergelijk misbruik in een gesloten omgeving gebeurt en er moet afgetoetst worden of het verhaal waar is.

Persoonlijk tracht ik altijd uit te gaan van de "worst case scenario". We kunnen immers geconfronteerd worden met een rechter die nog nooit dergelijke zaak behandeld heeft of met een expertiseverslag door een expert opgesteld maar dat niet in het voordeel van het slachtoffer rapporteert.

In vergelijking met 20 jaar geleden is er toch al heel wat vooruitgang geboekt. We beschikken al over een aantal experten die kennis van zaken hebben over deze problematiek. Op basis van dergelijke expertiseverslagen, kunnen we nu toch met een geruster gemoed aan de slag. Ook als er meerdere slachtoffers zijn van één dader is het gemakkelijker om naar de rechter te stappen.

Het is dus van groot belang om cliënten op voorhand goed in te lichten en te melden welke de valkuilen kunnen zijn. Je moet ook alles proberen uit te zoeken aan de hand van getuigen. Vervolgens maak je een draaiboek van wat de strafprocedure zal inhouden en dan kom je terecht bij de onderzoeksrechter. Dat betekent dan dat je betrokken wordt bij het strafonderzoek.

Het is moeilijk om inzake deze materie een 'algemene inspanning te doen'. Ik pleit voor maatwerk. Slachtoffers kunnen een verschillend doel voor ogen hebben, gaande van erkenning van wat er gebeurd is tot vergelding. Uiteindelijk zijn advocaten de spreekbuis van hun cliënten/slachtoffers en ze plegen er overleg mee. Dit geldt evengoed voor hun cliënten/daders. Het is niet omdat de schade die aan het slachtoffer aangebracht is, huizenhoog is, en dat al het mogelijke wordt gedaan om de schade te beperken en zoveel mogelijk vergoeden dat men ook geen oog kan hebben voor de dader. Ook zij hebben recht op een zo goed mogelijke begeleiding. Wanneer dit op een ethisch correcte manier gebeurt, komt dit ook ten goede aan het slachtoffer. Dan gaan we naar een manier om het slachtoffer te betrekken bij de strafuitvoering. Er bestaat nu ook de herstelbemiddeling op basis van volledige vrijwilligheid. Dit geeft volgens mijn ervaring positieve resultaten in die zin dat het leed verzacht wordt. Uitleggen is niet iets rechtvaardigen, het is iets laten begrijpelijker worden waardoor het voor de partij die zo beschaamd is geweest soms (niet altijd) draaglijker wordt. De cliënt/slachtoffer bepaalt hier alles. Dankzij het maatwerk trachten we zo goed mogelijk aan te sluiten bij de verwachtingen van het slachtoffer.

Slachtoffers kunnen zich ook wenden tot het Fonds voor Slachtofferhulp. En we weten natuurlijk ook wel dat de uitgekeerde bedragen altijd te weinig zullen zijn in verhouding tot wat er gebeurd is.
Zie: http://www.belgium.be/nl/justitie/slachtoffer/financiele_hulp/

In de daaropvolgende discussie wordt voorgesteld om een meldpunt op te richten, desnoods enkel bij de Orde van de Geneesheren.

Grensoverschrijdend gedrag van hulpverleners: een gespreksgroep voor slachtoffers

Annemie Vandermeulen, Trefpunt Zelfhulp vzw

<p>Grensoverschrijdend gedrag van hulpverleners: een gespreksgroep voor slachtoffers</p> <p>14 mei 2009 Brussel</p> 	<p>Invalshoek: de opdrachten van het Trefpunt Zelfhulp vzw</p> <ul style="list-style-type: none">■ Advies aan, begeleiding en vorming van zelfhulpgroepen■ Informeren van breed publiek, hulpverleners en zelfhulpgroepen■ Organiseren van evenementen, projecten en overlegvormen■ Wetenschappelijk onderzoek
<p>Concreet:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Hulp bij het starten van een zelfhulpgroep■ Lotgenoten met elkaar in contact brengen■ Begeleiding van de bijeenkomsten■ Vele individuele contacten■ Maar ook:<ul style="list-style-type: none">□ Geen expert inzake seksueel misbruik/seksueel geweld/ GOG□ Geen mandaat gekregen om te spreken in naam van de slachtoffers□ Beperkt tot de ervaringen van de gespreksgroep	<p>Terminologie</p> <ul style="list-style-type: none">■ Grensoverschrijdend gedrag: GOG<ul style="list-style-type: none">□ Zeer ruim en veel omvattend□ Soms te soft bevonden (seksueel geweld / seksueel misbruik niet expliciet vermeld)□ Grenzen werden overschreden door hulpverlene□ Eigen grenzen zelf overschreden: door grenzen niet voldoende aan te geven of ze niet voldoende bewaakt te hebben ('ik heb het laten gebeuren'..
<p>Aanleiding GOG-groep</p> <ul style="list-style-type: none">■ Studiedag Uilenspiegel vzw en Similes vzw "Grensoverschrijdend gedrag van hulpverleners" op 7 maart 2006 te Leuven■ Getuigenissen van slachtoffers■ Nood aan lotgenotencontact■ Eerste bijeenkomst te Leuven	<p>Begeleiding</p> <ul style="list-style-type: none">■ Ambivalentie: professionele hulpverlener (bij de duivel te biechten?)■ Van wantrouwen naar vertrouwen<ul style="list-style-type: none">□ Tegenover begeleider□ Tegenover organisatie■ Hoge verwachtingen versus weinig draagkracht■ Grote individuele en persoonlijke noden■ Angst voor twijfel aan geloofwaardigheid■ Geslotenheid (aard en temperament, maar ook omwille van taboe of aard van de handelingen

Deelnemers

- Uitsluitend vrouwen
- Misbruik > 5 tot 20 jaar geleden
- Leeftijd tussen 35 en 60 jaar
- Psychosociale moeilijkheden: minderwaardigheidsgevoelens, laag zelfbeeld, vaak stroeve relaties, moeizame ouderkind relatie, weinig affectie en hoge eisen in oorspronkelijk gezin
- Misbruik meestal in man/vrouw relatie, ook vrouw/vrouw relatie
- Meestal psychotherapeuten, psychiaters, psychologen maar ook artsen, kinesitherapeuten

Aard van het misbruik

- Zeer uiteenlopend en zeer veel gradaties
- Zeer geleidelijk opgebouwd
- Van suggestief taalgebruik over manipulatie, machtsmisbruik en ongepaste aanrakingen tot expliciet seksuele handelingen en seksueel misbruik
- Ook erg subtiele vormen van misbruik zoals spirituele of religieuze manipulatie, uitbuiting,...

Verwachtingen van deelnemers

- Lotgenotencontact
- Informatie (waar kan men terecht? Wat kan ik doen? Waar heb ik recht op? Wie kan mij helpen?)
- Belangenverdediging (wie neemt het voor mij op?)
- Taboedoorbreking
- Informeren en sensibiliseren van hulpverleners
- Preventie van GOG

Vertaling naar de praktijk

- Bijstellen van ambities aan de noden van de deelnemers
- Nadruk op lotgenotencontact
 - Ruimte voor het eigen verhaal
 - Herkenning en erkenning
 - Geloofwaardigheid
 - Delen van ervaringen en gevoelens (vb schaamte en schuldgevoel)
 - Verbondenheid, solidariteit en gemeenschappelijkheid
- Ontwikkelen van persoonlijke copingstrategie

- Van lotgenotencontact naar ervaringsdeskundigheid (anderen helpen)
 - Wegwijs in juridische procedures enz...
- Informeren, sensibiliseren en preventie
 - Artikel in Welzijnsmagazine 'Sociaal'
 - Reportage in Knack
 - Televisiereportage Ter zake
 - Vermelding op website Trefpunt Zelfhulp

Meest schrijnende momenten

- De ontkenning van het misbruik als een misbruik
- De moeizame zoektocht naar medeslachtoffers te vinden
- De twijfel aan de geloofwaardigheid
- Het schuldgevoel (zelf uitgelokt?)

<ul style="list-style-type: none"> ■ Machtsspel (kwetsbare en ondergeschikte positie) ■ Het non-event (geen dossier...) ■ De onmacht en schaamte bij afwijzing, terechtwijzing ■ Seksueel misbruik = emotionele verkrachting 	<h3>Gevolgen van Grensoverschrijdend gedrag</h3> <ul style="list-style-type: none"> ■ Geschonden vertrouwen ■ Beschadigd zelfbeeld ■ Schaamte en schuldgevoelens ■ Emotionele belasting door het geheim ■ Angstaanvallen en paniek ■ Hyperventilatie ■ Onveiligheidsgevoel ■ Verstoorde relatiebeleving
<ul style="list-style-type: none"> ■ Verstoorde seksualiteitsbeleving ■ Vermoeidheid ■ Concentratiestoornissen ■ Grote stemmingsschommelingen ■ Loyaliteitsprobleem ■ Depressie ■ Zelfmoordgedachten 	<h3>Herkenbare patronen in het grensoverschrijdend gedrag</h3> <ul style="list-style-type: none"> ■ Zeer kwetsbare positie van het slachtoffer ■ Ontzag, respect wegens veel tijd, geduld, begrip, aandacht, kennis en sociale vaardigheden ■ Veel positieve bekrachtiging ■ Aanvankelijk veel hulp ervaren: verbetering zelfbeeld ■ Hechting en afhankelijkheid
<ul style="list-style-type: none"> ■ Geleidelijke opbouw van grensoverschrijdingen <ul style="list-style-type: none"> □ Speciale gunsten □ Geen betalingen □ Bijzondere afspraakmomenten □ geheimhouding ■ Weinig verweer ■ Uiten van gevoelens (mondeling, schriftelijk, email..) ■ Bewijzen ten laste (zelf uitgelokt) ■ Verscheurend loyaliteitsgevoel 	<h3>Wat kan helpen?</h3> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lotgenotencontact <ul style="list-style-type: none"> □ Delen van ervaringen □ Solidariteit en geloofwaardigheid □ Herkennen van patronen □ Helpen en steunen van anderen ■ Daadwerkelijk kunnen bijdragen tot preventie van GOG door te informeren en te sensibiliseren van slachtoffers, hulpverleners en het brede publiek

<ul style="list-style-type: none"> ■ Bijdragen aan doorbreken van taboe ■ Ernstig nemen van klachten ■ Aanpak dader ■ Inspraak en participatie 	<h3>Aanvullingen bij de aanbevelingen van de Vrouwenraad</h3> <ul style="list-style-type: none"> ■ Meer aandacht voor preventieve maatregelen naast tuchtmaatregelen <ul style="list-style-type: none"> □ Deontologische code met strikte richtlijnen over het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag □ Vooral meer aandacht voor beroepsethiek in de opleidingen : <ul style="list-style-type: none"> ■ Door basishoudingen ethische beroepsuitoefening te benadrukken ■ Door ervaringsdeskundigheid (!) in te bouwen in de opleidingen
<h3>Enkele aandachtspunten bij de aanbevelingen van de vrouwenraad</h3> <ul style="list-style-type: none"> ■ Meldpunt / ombudsfunctie ■ Uitbreiding verjaringstermijn ■ Verbod op seksuele handelingen tussen professional en patiënt / cliënt ■ Contactverbod ■ Valse klachten vermijden ■ Deontologische code met nultolerantie 	<h3>Uitbouw en ontwikkeling van provinciale zelfhulpgroepen</h3> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aandachtspunten mbt de werking van de gespreksgroep <ul style="list-style-type: none"> □ Emotioneel zwaar belastend voor, tijdens en na de bijeenkomst □ Te grote afstand (Gent, Brugge, Oostende, Turnhout, Leuven...) □ Wantrouwen □ Te weinig vertrouwd met specifiek hulpverleningsaanbod in de verschillende regio's □ "Deskundige" begeleiding toch noodzakelijk
<ul style="list-style-type: none"> ■ Suggesties: <ul style="list-style-type: none"> □ Provinciale ondersteuning <ul style="list-style-type: none"> ■ Dicht bij huis ■ Regionale bekendmaking ■ Uitbouw plaatselijk netwerk (samenwerking met bestaande diensten en organisaties) ■ Veilige en vertrouwde omgeving ■ Vergaderfaciliteiten ■ Praktische hand en spandiensten 	<ul style="list-style-type: none"> □ Ondersteuning van ervaringsdeskundigen □ Informatie, vorming en begeleiding <ul style="list-style-type: none"> ■ Coach en klankbord ■ Bemiddelaar □ Ondersteuning bij overleg en samenwerking tussen verschillende groepen

Over muizen en olifanten

Marleen Teugels, Lector-journaliste Arteveldehogeschool

14.05.2009

Ik vind het belangrijk als journalist in het kader van deze problematiek getuigenis af te leggen, uiteraard met respect voor mijn bronnengeheim. Het is de eerste keer dat ik zoiets doe, op vrijwillige basis, omdat het leed van de slachtoffers van therapeutische incest die ik in het voorjaar van 2007 heb geïnterviewd me danig heeft aangegrepen. Voor mij is het duidelijk dat er regelgeving moet komen om mensen die in contact komen met psychiaters, psychologen en therapeuten allerhande te beschermen. Iedereen die hulp vraagt kan het slachtoffer worden van een manipulatieve dader. Tegenover de dader staat het slachtoffer van therapeutische incest weerloos. Het gaat hier om een verhouding muis – olifant en de slachtoffers, laat dat voor iedereen duidelijk zijn, zijn de muizen.

Daders die niet worden gestopt, blijven slachtoffers maken – een beetje zoals serieverkrachters of seriemoordenaars. Vincent Martin werd veroordeeld tot vier jaar cel met uitstel wegens verkrachting en aanranding van maar liefst zes patiënten. De daders van de zes slachtoffers die ik heb gesproken richten ook stuk voor stuk ravage aan in het leven van een reeks slachtoffers, in hun gezinnen, in hele families. Op basis van de getuigenissen lijken de daders mensen met een ernstige psychische problematiek. Stuk voor stuk gaat het om zeer intelligente professioneel succesvolle mensen met een overdreven groot zelfbeeld die op een manipulatieve manier hun machtspositie misbruiken om hun eigen seksuele verslaving te botvieren.

Uit een getuigenis van een slachtoffer:

“De therapeut die me seksueel heeft misbruikt is nog altijd actief. Meerdere vrouwen hebben tegen de man klacht ingediend. Hier werd geen gevolg aan gegeven omdat verschillende slachtoffers hebben geweigerd een verklaring af te leggen uit angst voor zichzelf en hun familie. Dat kreeg ik te horen van de politiecommissaris. De therapeut heeft beweerd dat hij het slachtoffer is van vrouwen die nood hadden aan seks. Het waren de vrouwen die hem uitdaagden. Ik weet dat de therapeut goede relaties heeft bij de stadsdiensten en bij het gerecht. Intussen heb ik weet van minstens zeven andere vrouwen die hij heeft misbruikt, waarvan twee gedurende het laatste jaar.”

Op het eerste zicht lijkt het alsof de dader het over de hele lijn heeft gemaakt in het leven. Vaak zijn het gezaghebbende figuren die soms zelfs als witte ridders in de pers worden opgevoerd. De typische dader gaat om met bekende advocaten, strafpleiters, rechters, schrijft boeken en beschikt over een uitgebreid netwerk van machtige mensen om zichzelf in zijn positie te handhaven. Het gaat hier lang niet alleen om psychiaters, maar ook om andere therapeuten die soms met alternatieve geneeswijzen bezig zijn, of een wellnesscentrum uitbaten.

Slachtoffers die openlijk over de feiten praten lopen een groot risico omdat de nietsontziende dader hen voor de rechtbank durft te slepen om zich daar in de rol van slachtoffer te wentelen. Lang nadat het misbruik is beëindigd, blijft het machtsspel met andere woorden verder duren.

Fragiele, jonge vrouwen

De slachtoffers die ik in het voorjaar van 2007 heb geïnterviewd, hadden stuk voor stuk littekens voor het leven. Eén enkele slachtoffer kon het verhaal niet meer vertellen, want ze pleegde zelfmoord.

De meeste slachtoffers waren reeds bijzonder kwetsbaar en fragiel toen de dader hen benaderde. Het zijn vaak jonge vrouwen die niet heel sterk en stevig met beide benen in het leven staan. Jonge vrouwen vol twijfels en faalangst, op zoek naar warmte, vaak omdat ze thuis weinig vriendschap

hebben gekregen. Jonge vrouwen die emotioneel op drijfzand lopen en vol vertrouwen hulp vragen aan een therapeut. Dit vertrouwen wordt door de dader op een brutale wijze beschaamd.

Enkele citaten uit interviews met slachtoffers die het probleem duidelijk illustreren:

Getuigenis 1

“Het begon toen ik 23 was. Toen ik met mijn diploma op zak ging solliciteren, kreeg ik plots last van faalangst. Ik voelde me onzeker. Dat had alles te maken met het feit dat ik geen goede band heb met mijn ouders. Zij hebben nooit de moeite gedaan om naar mij te luisteren. Ik dacht mijn angsten met therapie te boven te komen. Maar door het misbruik dat ik heb meegemaakt zijn mijn problemen erger geworden en heb ik er nog een extra probleem bij gekregen.”

“Als je psychisch aan de grond zit ben je zielsgelukkig als je eindelijk iemand gevonden hebt die naar je luistert. Vanuit die kwetsbare positie geef je je over. Je hebt grote bewondering voor die therapeut. Het misbruik van dat vertrouwen is bijzonder traumatiserend.”

“Mijn relatie met mijn vader was problematisch. De psychiater was als een soort vaderfiguur voor mij. Dat heb ik hem bij herhaling duidelijk gemaakt. Ik heb hem zelfs een kaartje gegeven voor vaderdag. Ik maakte kinderlijke tekeningen voor hem. Als patiënt projecteer je de gevoelens die je voor je vader hebt op de therapeut. Die affectie is normaal in het therapeutische proces. In plaats van die gevoelens te duiden heeft de psychiater ze versterkt én misbruikt.”

Getuigenis 2

“Toen ik bij de therapeut aanklopte was ik ten einde raad. Ik had problemen met mijn man ten gevolge van de incestueuze relatie die ik in mijn jeugd met mijn vader heb meegemaakt. Als behandeling stelde de therapeut meerdere sessies per week voor. De deuren van de praktijk stonden ook altijd voor mij open. Ik voelde me er thuis. Door de manier waarop de therapeut met me omging voelde ik me gewaardeerd. Als tegenprestatie stelde hij dat ik in de praktijk wat vrijwilligerswerk deed. De therapeut manipuleert patiënten om hen emotioneel aan zich te binden. Soms had hij plots géén tijd om mij een therapeutische behandeling te geven. Hij beschuldigde me er dan van dat ik hem niet vertrouwde. Het voelde alsof ik iets verkeerd had gedaan. Ik stond zwak en daar heeft hij gebruik van gemaakt. De therapeut werkt met regressie. Toen ik in een toestand van verminderd bewustzijn was liep het mis. Achteraf gaf de man hiervoor verschillende verklaringen. Tegen de politie verklaarde hij dat ik diegene was die de feiten had uitgelokt.”

Getuigenis 3

“Het misbruik gebeurde in een therapeutische gemeenschap, niet alleen met enkele patiënten, maar ook met een paar begeleiders. De psycholoog koos zijn slachtoffers zorgvuldig uit - hoofdzakelijk vrouwen die géén partner hadden. De man hemelde me voortdurend op. Ik was zijn ‘teutonische prinses’. Dat ophemelen had effect. Als zevende kind in een gezin van elf had ik thuis weinig aandacht gekregen. Ik had grote bewondering voor zijn werk.”

“Voor mij was de man een vaderfiguur, maar dan moest ik er wel wat bijnemen. Hij trok me op de schoot. Ik had nog géén seksuele ervaringen gehad. Hij zou me daarin inwijden. Ik had niet door dat hij een kwartiertje later met iemand anders bezig was. De schellen vielen van mijn ogen toen ik hem zei dat ik het aan een vriendin had verteld. Hij was woest. Ineens was er geen sprake meer van vrije seks. Pas veel later begreep ik dat de man psychopatisch pervers was. Hij dronk ook heel veel. Hij kon die dingen ook allemaal blijven doen. Er was rondom hem een heel breed netwerk van machtige mensen die hem ter hulp snelden als hij problemen had.”

“Ervaringen zijn funest voor mensen vanaf het moment dat ze het daglicht niet mogen zien. Ik voelde me misbruikt omdat het verhaaltje dat werd opgedist niet bleek te kloppen. De gevolgen waren nefast. Mijn zelfvertrouwen was diep aangetast. Ik vertrouwde niemand meer inclusief mezelf.”

“Onder het mom van het beroepsgeheim kan er gedurende vele jaren zoveel blijven gebeuren. Op die zwiijgplicht moeten dringend uitzonderingen komen als er ethische normen worden overtreden.”

“De feiten die vele jaren geleden zijn gebeurd zijn nog altijd niet helemaal verwerkt. Ik heb die ervaringen weggeschoven. Ik herinner me alleen de eerste en de laatste keer. De rest heb ik uitgewist. Ik heb er nog altijd grote moeite mee dat ik een ander slachtoffer niet heb geholpen toen ze tegen de psycholoog klacht had ingediend. Ik was daar toen mentaal niet klaar voor.”

Artikel Knack, 2006

Therapeuten die hun handen niet kunnen thuishouden

Op de sofa van menig therapeut gebeuren dingen die het daglicht niet verdragen. Een groep slachtoffers smeekt om aandacht voor het probleem.

In oktober 2005 werd BV gerechtropsychiater Vincent Martin door de rechtbank van Dendermonde veroordeeld tot vier jaar cel met uitstel wegens verkrachting en aanranding van maar liefst zes patiënten. De Orde der Geneesheren heeft de psychiater slechts voor één jaar geschorst. Vanaf 6 december 2006 kon hij terug aan de slag - wat volgens de Vrouwenraad nogal wat protest uitlokt. “Maar Vincent Martin is allerm minst een alleenstaand geval”, zegt Rafaël Daem, woordvoerder van de vzw UilenSpiegel, de patientenvertegenwoordiging geestelijke gezondheidszorg. “Begin 2006 organiseerden we samen met Similes een studiedag rond grensoverschrijdend gedrag van zorgverstrekkers. Wat bleek? Er kwamen zich vooral slachtoffers van misbruik door hulpverleners aanmelden.” “Een aantal slachtoffers vond steun bij elkaar in een praatgroep”, vervolgt Annemie Vandermeulen van het Leuvense Trefpunt Zelfhulp die de groep begeleidt. “Nu willen ze naar buiten komen. Ze willen ruchtbaarheid geven aan het probleem.” Vier slachtoffers doen voor het eerst hun verhaal in Knack.

Op het eerste gezicht heeft Els, een knappe, intelligente jonge vrouw met een partner en kleine kindjes, alles om gelukkig te zijn. Het seksueel grensoverschrijdend gedrag van een therapeut heeft haar jarenlang serieuze parten gespeeld. Het gebeurde toen ze pas afgestudeerd was. Vandaag is ze 36 en staat ze iets steviger op haar benen - ook al beseft ze dat ze het misbruik de rest van haar leven zal meedragen. Ze vertelt haar verhaal met horten en stoten. Ze voelt zich nog altijd beschaamd dat dit haar is overkomen. Zelf heeft ze sociologie gestudeerd. Het verhaal van Els illustreert dat iedereen het slachtoffer kan worden van seksueel misbruik van een hulpverlener.

“Het begon toen ik 23 was en met psychische klachten ging aankloppen bij een psychiater. De man heeft nog altijd een privé-praktijk en is actief als gerechtropsychiater. Toen ik met mijn diploma op zak ging solliciteren, kreeg ik plots last van faalangst. Ik voelde me onzeker. Dat had alles te maken met het feit dat ik geen goede band heb met mijn ouders. Zij hebben nooit de moeite gedaan om naar mij te luisteren. Ik dacht mijn angsten met therapie te boven te komen. Maar door het misbruik dat ik heb meegemaakt zijn mijn problemen erger geworden en heb ik er nog een extra probleem bij gekregen.”

“Jarenlang heb ik geen tv gekeken, kranten of tijdschriften gelezen, uit angst iets te zien wat me aan die therapeut zou doen terugdenken. Ik had last van depressies, paniekaanvallen, eetbuien en hyperventilatie. Ik ondernam eenmaal een zelfmoordpoging. Door kinderen te krijgen en ouder te worden is dat verbeterd. Mijn vertrouwen in mensen is wel voorgoed geschaad.”

“Als je psychisch aan de grond zit ben je zielsgelukkig als je eindelijk iemand gevonden hebt die naar je luistert. Vanuit die kwetsbare positie geef je je over. Je hebt grote bewondering voor die therapeut. Het misbruik van dat vertrouwen is bijzonder traumatiserend.”

De psychiater boezemde Els veel vertrouwen in omdat hij veel ouder was. “Mijn relatie met mijn vader was problematisch”, vertelt Els. “De psychiater was als een soort vaderfiguur voor mij. Dat heb ik hem bij herhaling duidelijk gemaakt. Ik heb hem zelfs een kaartje gegeven voor vaderdag. Ik maakte kinderlijke tekeningen voor hem. Als patiënt projecteer je de gevoelens die je voor je vader

hebt op de therapeut. Die affectie is normaal in het therapeutische proces. In plaats van die gevoelens te duiden heeft de psychiater ze versterkt én misbruikt.”

Early warning signals

Van in het begin waren er signalen dat er iets niet klopte. “Toen ik de psychiater vertelde dat ik tijdens mijn studie op een professor verliefd was geworden stopte hij plots met schrijven en grijsde”, zegt Els, “terwijl ik dacht dat hij mijn woorden nauwgezet zou noteren omdat ik er voor het eerst met iemand over sprak. Er kwamen bizarre toespelingen. Zo vertelde hij zeer zelfvoldaan dat alle patiënten verliefd op hem waren. Dat hij massa’s cadeautjes kreeg van hen. Op een ander moment vroeg hij me plots hoeveel standjes er zijn. Hij zei dat hij dacht dat ik wel heel gemakkelijk ‘een man van de straat kon plukken’. Voor een therapie zijn zo’n uitlatingen niet relevant!” “De man gaf me ook complimenten. Het deed deugd dat een oudere man naar me opkeek. Voor mij was dat toen zeer belangrijk. Voor het eerst in mijn leven toonde iemand belangstelling voor mij. Ik voelde me beter en beter. Daardoor groeide een sterke loyaliteit tegenover de man waardoor het zeer lang heeft geduurd vooraleer ik tegen het misbruik in opstand kwam. Opdat ik me wat zelfzekerder zou voelen gaf hij me staaltjes kalmeermiddelen. Hierdoor werd ik nog meer van hem afhankelijk.”

De therapie heeft meerdere maanden geduurd. Reeds na enkele sessies begon de psychiater zijn boekje te buiten te gaan. “Tijdens een consultatie kwam hij op me liggen op de divan”, vertelt Els. “Het ging allemaal heel snel. Zonder iets te zeggen, of me aan te raken, masturbeerde hij op mijn buik. Vervolgens ging hij meteen weer in zijn imposante fauteuil zitten. Dit is twee keer gebeurd. Nadien kwam het meerdere keren ook tot penetratie.”

“De man maakte ook misbruik van zijn machtspositie. Ik moest voor hem afspraken met patiënten verplaatsen. Hij belde me op terwijl hij in bad zat. Hij voelde dat hij me kon manipuleren. Met veel moeite heb ik me uit zijn greep losgerukt.”

Na het misbruik kreeg Els op de koop toe een slechte nabehandeling bij een psycholoog die met de gerechtspychiater in contact was. “Hij bleef hem ophemelen”, vermeldt Els, “Hij bleef erop hameren dat de psychiater het goed had bedoeld. Ik was diegene die dat niet wilde aanvaarden en die bijgevolg ziek was. Op die manier praatte de psycholoog mij zware schuldgevoelens aan waar ik jarenlang onder geleden heb. Hierdoor kreeg ik ook nooit het recht om verdrietig of boos te zijn. Dit heeft ertoe geleid dat ik het misbruik niet inzag en het niet kon verwerken. Ik voelde me alleen slechter en slechter. Telkens mijn negatieve gevoelens over het misbruik naar boven kwamen werden ze door hem vakkundig de kop in gedrukt. Volgens hem was het iets moois geweest tussen ons, een amoureuze relatie. Maar van een amoureuze relatie kon onmogelijk sprake zijn. In een therapie heb je géén gelijkwaardige partners. Er is de hulpverlener en de patiënt die aan de grond zit. Hier speelt een machtsverschil. Vanuit zijn opleiding moet de therapeut dat weten.”

Machtige beschermheren

Het heeft lang geduurd vooraleer Els wilde inzien dat ze misbruikt was. “Voor mij was het moeilijk om dat te accepteren”, stelt Els. “Toen ik over de feiten lastige vragen begon te stellen, nam de psychiater meteen een bevriend advocaat onder de arm die me ’s avonds laat voor een gesprek in zijn kantoor uitnodigde. De advocaat dreigde ermee mijn werkgever in te lichten als ik tegen de psychiater iets zou ondernemen. Hij beweerde dat er geen bewijzen waren omdat mijn dossier vernietigd was – een leugen, zo bleek achteraf.”

“Ik belde toen ongeveer één keer per week naar de psychiater omdat ik er nood aan had over de feiten opheldering te krijgen. Daarom beschuldigde de advocaat me van stalking. Bovendien had hij een bewijs tegen mij in handen. Een kaartje dat ik naar mijn therapeut had gestuurd terwijl ik op reis was moest mijn amoureuze gevoelens bewijzen. Binnen een therapie zeggen kaartjes niets over amoureuze gevoelens. Bij patiënten zijn dergelijke kaartjes normaal.”

“Uiteindelijk is het mijn man geweest die me de ogen heeft geopend. Hij heeft de psychiater over de dingen die zijn gebeurd een openhartige brief geschreven. Die reageerde zeer boos toen hij begreep

dat ik over de feiten met mijn man had gesproken. 'Ik had het hem gelapt.' Hij kroop in de slachtofferrol en deed alsof hij in een soort val was getrapt. Jarenlang heb ik dat nog geloofd ook." Pas vele jaren later kwam Els te weten dat de psychiater nog méér slachtoffers heeft gemaakt. Op een Nederlandse website waar ze een oproep deed meldden zich twee andere vrouwen. Via de zelfhulpgroep kwam ze in contact met nog een derde slachtoffer. "Nu ik me eindelijk sterk genoeg voel om iets aan de praktijken te doen en gerechtelijke stappen te zetten, blijken de feiten verjaard", beklemtoont Els. "Een gerenommeerd psychiater waar ik - wonderlijk genoeg - buiten de normale consultaties gratis voor een behandeling terecht kon wees me vriendelijk de deur toen ik hem vertelde van plan te zijn een klacht in te dienen bij de Orde van Geneesheren. Nadien kwam ik erachter dat de gerenommeerde psychiater jarenlang op dezelfde dienst heeft gewerkt als de psychiater die me heeft misbruikt. Géén enkele psychiater of therapeut schrikt als ik het onderwerp op tafel gooi. Ze kennen het probleem. En ze minimaliseren het. Een professor die hulpverleners opleidt vertelde me dat het op zijn minst uiteindelijk toch gaat om een gedeelde verantwoordelijkheid."

Géén gedeelde verantwoordelijkheid

"Je kan nooit zeggen dat iemand die in een afhankelijke positie zit seksueel gedrag uitlokt, beklemtoont hoogleraar en psychotherapeut Mia Leijssen (KU Leuven) die aan het seksueel contact tussen hulpverlener en cliënt ruimschoots aandacht schenkt in de Gids Beroepsethiek die ze heeft gepubliceerd. "Een babylijfje roept knuffelen op. Lokt een baby misbruik uit? Lokt een jonge knappe vrouw misbruik uit? Net zoals de ouder moet ook de therapeut zijn verantwoordelijkheid opnemen om de kwetsbaarheid van de patiënt/cliënt niet te misbruiken. Dat gegeven geldt niet alleen voor therapeutische situaties maar voor alle settings met ongelijke machtsverhoudingen in een context waarin vertrouwen zou moeten heersen, zoals in de relatie tussen trainer en atleet, of leraar en leerling."

"In een therapeutische setting gaat het dikwijls om een geïsoleerde dader die zelf lijdt onder een grote emotionele armoede. Het zijn meestal grote ego's die hun eigen belangrijkheid overschatten. De daders zijn zeer vaak charismatische figuren met een narcistische problematiek die soms zelfs in de media als witte ridders worden opgevoerd. Heel vaak hebben ze grote moeite om hun impulsen te beheersen. Dikwijls combineren ze seksueel grensoverschrijdend gedrag met andere verslavingen, zoals een drankprobleem. De dader misbruikt zijn machtspositie om de eigen seksuele behoeften te bevredigen."

Volgens Mia Leijssen begint het seksueel grensoverschrijdend gedrag vaak onschuldig. Via kleine signalen geeft de dader het slachtoffer het gevoel heel bijzonder te zijn. De therapietijd loopt uit, er komen complimentjes over het uiterlijk, er worden afspraakjes gemaakt buiten de professionele context. Die dingen zijn prettig voor het slachtoffer. Ze bevestigen het slachtoffer in het gevoel uniek te zijn. In deze context zit het gevaar er evenwel in dat de relatie met de patiënt ontspoorde.

"Op basis van het onderzoek vermoeden we dat seksueel grensoverschrijdend gedrag voorkomt bij 10 tot 20 procent van de therapeuten", aldus Mia Leijssen. Vrouwelijke hulpverleners zouden veel minder frequent hun boekje te buiten gaan dan mannen. "Hoe vaak dergelijk misbruik exact voorkomt, weten we niet. De beschikbare cijfers zijn deels gebaseerd op zelfrapportering en dergelijke bevraging is onbetrouwbaar. Waar misbruik voorkomt, gaat het zelden om geïsoleerde gevallen. Een groot deel van de daders blijft langdurig slachtoffers maken. De daders zijn bovendien moeilijk behandelbaar. Je kan het vergelijken met verslaving. Sommige daders slagen erin afstand te nemen. Andere gaan er gewoon mee door. Soms maken ze ook deel uit van een machtig netwerk dat hen de hand boven het hoofd houdt. Zolang de mannelijke waarden in de pers en de reclame domineren en er een cultivering is van seks en geweld, worden problemen weggelachen en krijgen ze nooit de ernst die ze verdienen."

Verjaringstermijn is te kort

"Sommige rechtbanken hanteren nog altijd argumentatie van de dader om hem vrij te pleiten", sneert Rafaël Daem van de vzw UilenSpiegel. "Ze bekijken kaartjes die het slachtoffer tijdens het

therapeutische proces aan de dader heeft gestuurd als bewijs van een romantische verhouding. Dit zal alleen stoppen door veel meer bekendheid te geven aan het probleem. In Nederland en Duitsland is seksueel misbruik door hulpverleners bovendien al een hele tijd in de strafwet opgenomen. Geen spoor hiervan in België.”

De Vrouwenraad neemt de zaak bijzonder ernstig. De organisatie heeft over het probleem een standpunt geformuleerd waar de 40 aangesloten vrouwenorganisaties zich achter scharen, inclusief de vrouwenwerking van de vakbonden, de politieke vrouwengroepen en de grote sociaal culturele organisaties zoals KAV en KVLV. “Seksueel misbruik door hulpverleners is in principe strafbaar, maar in de praktijk komt er weinig of niets van”, stelt Herlindis Moestermans, stafmedewerkster bij de Vrouwenraad. “De zaak Vincent Martin illustreert dit. Daarom moet seksueel misbruik door hulpverleners opgenomen worden in de strafwet en in de wet op de patiëntenrechten. Het optrekken van de verjaringstermijn is van zeer groot belang voor de slachtoffers. Voor zeer veel slachtoffers is de verjaringstermijn te kort. Vandaag moeten ze binnen de vijf tot tien jaar een klacht indienen. Binnen die termijn moeten ze hun ervaringen kunnen verwoorden. Dat lukt niet altijd. We pleiten voor het optrekken van de verjaringstermijn naar ‘minstens tien jaar’. Langer kan ook, hierover kan gedebatteerd worden, maar er zal wel een grens moeten zijn als je bedenkt dat de maximale verjaringstermijn 30 jaar is.”

“Preventief dringen we aan op meer aandacht voor deze problematiek tijdens opleidingen en bijscholingen. Om herval te voorkomen vragen we een blijvende opvolging van veroordeelde daders. Daarnaast moet er een deontologische code komen voor alle gezondheidszorgberoepen die over seksueel contact in de professionele relatie richtlijnen formuleert. We dringen ook aan op de oprichting van een steunpunt voor hulpverleners dat collega’s doorverwijst naar geschikte therapeuten.”

“De verhalen van de slachtoffers behoren tot de meest aangrijpende die ik ooit heb gehoord”, zegt Annemie Vandermeulen die bij het Leuvense Trefpunt Zelfhulp de groep vrouwen begeleidt die vaak vele jaren na het seksuele misbruik van een therapeut nog altijd hun wonden likken.

“Ik twijfel geen ogenblik aan de authenticiteit van wat ze vertellen. Aanvankelijk waren de vrouwen in de groep bang om hun verhaal te doen. Door hun ervaringen met elkaar te delen krijgen ze vleugels. Ze herkennen zichzelf in de verhalen van de anderen. Alle vrouwen in de groep zijn inmiddels op de goede weg. Ze voelen zich sterker. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de groep zichzelf overbodig maakt. De slachtoffers willen andere slachtoffers helpen om hun negatieve ervaring positief aan te wenden. Ik zou zeer sterk pleiten voor de oprichting van gelijkaardige praatgroepen in de andere Vlaamse provincies. Er is ook nood aan een informatieve Vlaamse website waar slachtoffers met elkaar in contact kunnen komen.”

Vrouwen die het slachtoffer zijn van misbruik door hulpverleners kunnen terecht bij het Trefpunt Zelfhulp vzw in Leuven dat onder professionele begeleiding maandelijks praatbijeenkomsten organiseert. Vrouwen krijgen de kans lotgenoten te ontmoeten, ervaringen uit wisselen, elkaar te steunen, te helpen en samen te zoeken naar wegen van herstel. Annemie Vandermeulen: 016/32.31.52. www.zelfhulp.be. Zie ook : <http://www.misbruikdoorhulpverleners.nl/>

Om onze bronnen te beschermen hebben we de slachtoffers een andere naam gegeven.

Kader

Seriemisbruik door therapeuten

Eens een dader, altijd een dader? Volgens Amerikaans onderzoek hervalt 30 tot 80 procent van de hulpverleners die seksueel misbruik plegen. Bij hulpverleners die voor meervoudig seksueel grensoverschrijdend gedrag worden aangeklaagd loopt het herval op tot 80 procent. De vier slachtoffers die aan deze reportage hebben meegewerkt hadden te maken met daders die bij méér dan één slachtoffer hun boekje te buiten zijn gegaan.

Doordat klachten van seksueel misbruik niet ernstig worden genomen, blijft een aantal daders slachtoffers maken. “De therapeut die me seksueel heeft misbruikt is nog altijd actief”, zegt Katrien. “Meerdere vrouwen hebben tegen de man klacht ingediend. Hier werd geen gevolg aan gegeven omdat verschillende slachtoffers hebben geweigerd een verklaring af te leggen uit angst voor zichzelf en hun familie. Dat kreeg ik te horen van de politiecommissaris. De therapeut heeft beweerd dat hij het slachtoffer is van vrouwen die nood hadden aan seks. Het waren de vrouwen die hem uitdaagden. Ik weet dat de therapeut goede relaties heeft bij de stadsdiensten en bij het gerecht. Intussen heb ik weet van minstens zeven andere vrouwen die hij heeft misbruikt, waarvan twee gedurende het laatste jaar.”

Toen Katrien bij hem aanklopte was ze ten einde raad. “Ik had problemen met mijn man ten gevolge van de incestueuze relatie die ik in mijn jeugd met mijn vader heb meegemaakt. Als behandeling stelde de therapeut meerdere sessies per week voor. De deuren van de praktijk stonden ook altijd voor mij open. Ten allen tijde kon ik er naar muziek komen luisteren en me ontspannen. Hier heb ik gebruik van gemaakt. Ik voelde me er thuis. Door de manier waarop de therapeut met me omging voelde ik me gewaardeerd. Als tegenprestatie stelde hij dat ik in de praktijk wat vrijwilligerswerk deed.”

De therapeut manipuleert patiënten om hen emotioneel aan zich te binden. “Soms had hij plots géén tijd om mij een therapeutische behandeling te geven”, vertelt Katrien. “Hij beschuldigde me er dan van dat ik hem niet vertrouwde. Het voelde alsof ik iets verkeerd had gedaan. Ik stond zwak en daar heeft hij gebruik van gemaakt. Het gebeurde heel subtiel. Hij speelde in op het diepste wat me kan raken. Als ik geen behandeling zou volgen, zou ik volgens hem niet voldoen aan de wensen van mijn man en mijn gezin.”

“De therapeut werkt met regressie. Toen ik in een toestand van verminderd bewustzijn was liep het mis”, verklaart Katrien. “Toen ik terug tot mezelf kwam voelde ik sperma in mijn hand. Achteraf gaf de man hiervoor verschillende verklaringen. Hij beweerde bijvoorbeeld dat het van elders kwam. Tegen de politie verklaarde hij dat ik diegene was die de feiten had uitgelokt.”

Misbruik gaat verder

“Ik neem het mezelf kwalijk dat ik niet doorzag wat er gebeurde. Ik werk in de sociale sector” vertelt Mia die toen ze 21 was stage liep in een grote praktijk en er zelf ook in behandeling is geweest. “De therapeut bouwt met zijn slachtoffers een exclusieve band op. Ik was ‘anders’ dan de rest. Hij reageerde anders op mij dan op de andere medewerkers. Hij gaf me te kennen dat hij me sympathiek vond en isoleerde me van de groep. Toen ik tijdens een sessie in trance was en terug bij mijn positieven kwam zat hij met zijn hand in mijn broek. Hij beweerde dat ik diegene was die zijn hand daar had gelegd – en ‘hij was tenslotte ook maar een man’. Hierdoor heb ik de schuld lang op mij genomen.”

“Bij de therapieën die ik heb geassisteerd heeft hij nooit seksuele handelingen gesteld. Hij ging soms wel erg agressief te werk. Mijn bedenkingen werden weggewuifd. Zoals steeds lag alle verantwoordelijkheid bij de cliënt, niet bij hem.”

“Enige tijd later ging een vrouw die tijdens de therapie misbruik vermoedde voor controle naar het ziekenhuis. De resultaten waren positief. Enkele vrouwen zijn over hun ervaringen beginnen praten. Toen pas werd de omvang van het misbruik duidelijk. Een paar vrouwen hebben inmiddels de bevoegde instanties op de hoogte gebracht. Als wederwoord zei hij dat ‘hij een dossier tegen ons klaar had’. Intussen zet de therapeut zijn praktijken gewoon verder.”

De teutonische prinses

Therapeuten plegen soms ook seksueel misbruik bij de personeelsleden waar ze mee samenwerken. “Het misbruik gebeurde in een therapeutische gemeenschap”, vertelt Annie, “niet alleen met enkele patiënten, maar ook met een paar begeleiders. De psycholoog koos zijn slachtoffers zorgvuldig uit - hoofdzakelijk vrouwen die géén partner hadden. De man hemelde me voortdurend op. Ik was zijn ‘teutonische prinses’. Dat ophemelen had effect. Als zevende kind in een gezin van elf had ik thuis weinig aandacht gekregen. Ik had grote bewondering voor zijn werk.”

“Voor mij was de man een vaderfiguur, maar dan moest ik er wel wat bijnemen. Hij trok me op de schoot. Ik had nog géén seksuele ervaringen gehad. Hij zou me daarin inwijden. Ik had niet door dat hij een kwartiertje later met iemand anders bezig was. De schellen vielen van mijn ogen toen ik hem zei dat ik het aan een vriendin had verteld. Hij was woest. Ineens was er geen sprake meer van vrije seks. Pas veel later begreep ik dat de man psychopatisch pervers was. Hij dronk ook heel veel. Hij kon die dingen ook allemaal blijven doen. Er was rondom hem een heel breed netwerk van machtige mensen die hem ter hulp snelden als hij problemen had.”

Beroepsgeheim is problematisch

“Ervaringen zijn funest voor mensen vanaf het moment dat ze het daglicht niet mogen zien”, vervolgt Annie. “Ik voelde me misbruikt omdat het verhaaltje dat werd opgedist niet bleek te kloppen. De gevolgen waren nefast. Mijn zelfvertrouwen was diep aangetast. Ik vertrouwde niemand meer inclusief mezelf.”

“Onder het mom van het beroepsgeheim kan er gedurende vele jaren zoveel blijven gebeuren”, besluit Annie.

“Op die zwijgplicht moeten dringend uitzonderingen komen als er ethische normen worden overtreden.”

Vandaag heeft Annie de feiten die vele jaren geleden zijn gebeurd nog altijd niet helemaal verwerkt. “Ik heb die ervaringen weggeschoven”, zegt Annie. “Ik herinner me alleen de eerste en de laatste keer. De rest heb ik uitgewist. Ik heb er nog altijd grote moeite mee dat ik een ander slachtoffer niet heb geholpen toen ze tegen de psycholoog klacht had ingediend. Ik was daar toen mentaal niet klaar voor.”

Tussenkomsten vanuit het beleid

Dr. Saskia Van den Bogaert

Attaché - Cel Medische Colleges van de Federale overheidsdienst Volksgezondheid van de voedselketen en leefmilieu, vertegenwoordigt mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Vermits dit een belangrijke problematiek is hebben wij vanuit de administratie aanvaard om de minister hier te vertegenwoordigen.

Dit thema verdient meer aandacht vanuit het beleid en dit vanuit diverse facetten.

In 2008 is er een aanpassing van de gezondheidswet geweest waarin de provinciale geneeskundige commissies de bevoegdheid gegeven wordt om het visum in te trekken van zorgverleners die een strafrechtelijke veroordeling gekregen hebben, die niet compatibel is met de uitoefening van hun beroep.

Momenteel zijn er onvoldoende gegevens beschikbaar vanuit het beleid om daarover een duidelijk standpunt te kunnen innemen. Het is noodzakelijk om dit verder te onderzoeken en te kijken welke maatregelen noodzakelijk zijn en kunnen genomen worden.

Een aantal mogelijke aandachts- en actiepunten voor de federale overheid zijn:

- de rol van de federale ombudsdienst patiëntenrechten waar mogelijk een meldpunt kan geïnstalleerd worden;
- ook de ombudsdiensten van de ziekenhuizen kunnen een rol spelen; dit is een manier om de drempel voor de patiënt/slachtoffer te verlagen;
- sensibiliseringscampagne in ziekenhuizen starten;
- bevraging bij de Orde van Geneesheren om te peilen naar de ordegrootte van klachten op dit vlak;
- een goede registratie van klachten is noodzakelijk, hetzij door (een) bestaande organisatie(s), hetzij door een nieuwe op te richten organisatie (meldpunt).

Prof. Van Loon verwijst naar de Hoge Raad van Volksgezondheid, een federaal juridisch instrument, dat teksten heeft klaarliggen met betrekking tot de erkenning van therapeuten.

Waarom erkent de minister een aantal therapeuten/beroepsgroepen niet? Een belangrijke reden is dat de dokters dwarsliggen.

Bart Van Hoof

Raadgever geestelijke gezondheidszorg van het kabinet van mevrouw Veerle Heeren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Eerst en vooral heb ik een algemene bemerking. De Vrouwenraad legt terecht de focus op bepaalde beroepsgroepen en de noodzaak om te komen tot een deontologische code waarin het probleem van seksueel misbruik wordt opgenomen. We ontvangen brieven op het kabinet en daaruit blijkt dat er minstens evenveel gevallen van misbruik zijn in scholen, in MPI's, in residentiële settings waar jongeren verblijven en deze zijn niet gevat door een 'Orde'. Hier moet je aan de slag met een klachtenprocedure op het niveau van een school, instelling.

Wat betreft de graad van maatschappelijke aanvaardbaarheid rond misbruik, stel ik vast dat er wel relaties zijn tussen cliënten en therapeuten met wederzijdse instemming. Ik heb daar natuurlijk mijn bedenkingen bij. Deze relaties zijn meestal geen lang leven beschoren. Als de wederzijdse

instemming er is, zijn ze volgens mij wel maatschappelijk aanvaardbaar. Er zijn geen klachten en er volgen dan ook geen procedures.

Het gebeurt ook bij therapieopleidingen. Het voornaamste werkinstrument van de therapeut/opleider is zijn persoon. Wanneer iemand een therapeutische opleiding van drie jaar volgt, wordt deze persoon door een therapeutische molen gedraaid, gevormd, gekneed om deze taak naar behoren te kunnen doen. Wanneer je naar de opleider opkijkt omwille van wat die persoon al bereikt heeft en je hebt de drang om de préfére te zijn van deze opleider, gebeurt het ook met onderlinge instemming. Mij zijn gevallen bekend van mensen die tien jaar na de voltooiing van de opleiding zeggen, dit is mij overkomen. En waar staan we dan?

Hetzelfde gebeurt bij proffen en studenten. Daar is ook sprake van een machtsrelatie. Als de student geen klacht indient,...

Ik ga akkoord dat seksualiteit onder geen enkel beding thuishoort in een behandelende relatie. Wij zijn allemaal seksuele wezens. Maar seksualiteit in zijn psychische betekenis is een intermenselijk gegeven. Dus hoort het toch wel thuis in een therapeutische relatie. Het sijpelt onbewust binnen. Het is aanwezig binnen de psychotherapie. Ik heb trouwens 20 jaar gewerkt als psychotherapeut en heb mijn opleiding gevolgd bij prof. Mia Leijssen. Ik heb dus veel vrouwelijke - zelfs meer dan mannelijke - cliënten gehad. Ik ben zelf nooit verliefd geweest op een cliënte. Ik legde de focus op het herstel van het psychologisch evenwicht van de persoon die voor mij zat, net zoals andere collega's dat in principe doen. Misschien was ik toch wel een beetje verliefd op mijn cliënten, in de betekenis van graag zien. Anders had ik niet het gevoel dat ik hen kon verder helpen. Je gaat automatisch mee in een therapeutisch proces waaraan je steeds verder werkt. Wanneer je een cliënt hebt met een type van pathologie die je niet echt ligt, gaat de cliënt dat uiteindelijk voelen en kan de therapie niet verder doorgaan.

Het is meer dan eens gebeurd dat cliënten op mij verliefd werden. Ik vond dat vervelend omdat het mij soms afleidde van de focus waarop ik gericht was, namelijk het herstellen van het psychisch evenwicht. Dat werkte dus heel storend, soms in die mate dat je niet verder kon. Dan moet je het ter sprake brengen en dan heb je ook de taak om eventueel een andere therapeut voor te stellen. Je vraagt je zelfs af wat je als therapeut verkeerd gedaan hebt ten aanzien van je cliënte, dat zoiets gebeurt. Soms kan die verliefdheid ook ten goede gekeerd worden. Als je rond die betekenis van verliefdheid meer informatie kunt verzamelen kan dat een belangrijk element zijn in het proces van herstel van de cliënte.

Een psychotherapeut weet of voelt aan dat zijn cliënte zich in een afhankelijkheidspositie bevindt. Dat komt ook aan bod in de opleidingen.

Als therapeut moet je je ook realiseren dat therapieën eindig zijn. Ze stoppen op een bepaald moment. Maar anderzijds is een therapie nooit afgerond.

Zo'n therapeutisch proces afronden is ook pijnlijk voor de therapeut zelf, zeker als het proces goed verlopen is.

Wat betreft contact buiten de muren van de therapeutische setting kan het gebeuren dat je je cliënt in de trein of in de winkel tegenkomt. Als de cliënt dan geen goeiedag zei, deed ik dat ook niet en als die wel goeiedag zei, groette ik terug.

Volgens Mia Leijssen is het zinvol om het contact na de therapie zeker gedurende drie jaar te vermijden.

Verschillende cliënten komen immers na een tijd terug op therapie en ze zijn daar ook heel dankbaar voor. Moesten er tussentijds contacten geweest zijn of er een vriendschappelijke relatie zijn ontstaan, dan zou een vervolg-therapeutisch proces onmogelijk worden.

De Belgische psychologen en de orde van Vlaamse seksuologen hebben een deontologische code. Daarin staat dat seksuele toenadering tussen psycholoog en cliënt ten stelligste verboden zijn. Een knelpunt is dat een aantal beroepsgroepen niet erkend zijn, waardoor er ook geen officiële reglementeringen bestaan.

Er liggen geen richtlijnen vast voor Centra Geestelijke Gezondheidszorg of voor privé-praktijken. De CGG's hebben wel eigen deontologische codes, waarin ook het verbod van seksuele toenaderingen door de hulpverlener is opgenomen.

Wat kan het beleid doen?

De erkenning van de beroepsgroep van psychologen zou al een stap vooruit zijn.

Ontzettend belangrijk is preventie. Die begint in de opleiding. In de opleiding van psychotherapeuten zou een verplicht onderdeel moeten opgenomen over contacten met cliënten, om de eigen impact van de handelingen met de cliënt te kunnen inschatten.

Intervisie en supervisie zijn ook belangrijk.

In CGG's is er minder kans op seksueel misbruik dan in privé-praktijken. Hulpverleners moeten een behandelplan volgen. Ze werken in team, met collega's.

Er zou een lijst moeten komen van betrouwbare therapeuten waarmee CGG's samenwerken, waar ze bepaalde cliënten naar kunnen doorverwijzen.

Herstelbemiddeling is ook een piste die al vernoemd is.

Een meldpunt is een te onderzoeken piste.

Op vlak van justitie is er al veel vooruitgang geboekt maar deze is nog teveel "à la carte". Veel hangt af van de advocaat in kwestie, de rechter,... Dit kan eigenlijk niet. Een persoon die al een trauma heeft wegens seksueel misbruik en dan opnieuw alles moet doormaken omwille van de procedures,... komt in een harde justitiële wereld terecht. Er kan dan sprake zijn van een secundaire traumatisering. Vandaar dat de oprichting van een meldpunt te overwegen is. Dat moet dan ook met de minister van Justitie bekeken worden.

Reacties publiek

Kan het ziekenfonds ook geen meldpunt krijgen?

Als gevolg van seksueel misbruik ben ik in behandeling moeten gaan en het ziekenfonds - dus de gemeenschap - komt daar voor een stuk in tussen.

Rechters zouden ook extra-opleidingen moeten krijgen in menselijkheid.

Er is sprake van enorm veel seponeringen, zelfs als de dader bekend heeft. Daarom moeten slachtoffers de garantie krijgen dat hun klachten ernstig onderzocht worden en niet zomaar losweg overgegaan wordt tot seponering.

Het probleem van de bewijslast is weinig aan bod gekomen. Een meldpunt zou interessant zijn om klachten te groeperen, wat ten goede komt aan het probleem van de bewijslast.

Ria Convents, voorzitter van de rondetafel, dankt de sprekers en de aanwezigen en kijkt hoopvol uit naar initiatieven vanwege de betrokken overheden.