

Seksuele stoornissen van de volwassen, ongetrouwde mens

DOOR DR. H. MUSAPH, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Wanneer men spreekt over de volwassen, ongetrouwde mens, dient men zich af te vragen, welke sociale diagnostiek men toepast. De gegevens „volwassen” en „ongetrouwd” zijn nu eenmaal ontoereikend om een inzicht te verkrijgen in de werkelijke achtergronden van een status. Is men nog niet getrouwd, is men getrouwd geweest, is men nog niet aan trouwen toe? Deze drie verschillende sociale en persoonlijke diagnoses houden verschillende therapieën in. En kan men genoeg nemen met de omschrijving van „nog niet”, „niet meer”, „in voorbereiding tot”? De vragen naar meer anamnestiche gegevens dringen zich op.

Er zijn criteria in ons cultuurpatroon, waaruit zou moeten volgen of men met een gezonde of een ongezonde situatie te doen heeft. Een kandidaat in de geneeskunde van 23 jaar, die een duurzame seksuele relatie heeft met een iets jongere medische studente, is even volwassen en ongetrouwd als de 40-jarige manifeste homoseksueel. Toch zal het voor de psychiater niet zo moeilijk zijn met redenen aan te tonen, dat de aanstaande medicus een psychisch niet gestoord gedrags- en gevoelspatroon vertoont en dat de homoseksueel evidente neurotische verschijnselen laat zien.

Sommigen wijzen erop, dat het onjuist is om in het eerste voorbeeld te spreken van een ongetrouwde man of vrouw. Het getrouwd zijn zou dan formeel een juridische zaak zijn, reëel zou het gaan om een status in de belevings sfeer, die in dit beschreven geval niet verschilt van een gewoon huwelijk. Er is over dit probleem wel het een en ander te zeggen. Het lijkt mij juist om in dit verband slechts de problematiek aan te snijden. Het laat zien dat men het eens moet zijn met de inhoud, welke men aan de begrippen „volwassen” en „ongetrouwd” geeft, alvorens tot de bespreking van de problemen over te gaan.

* * *

Wat is volwassen? In het kader van dit artikel willen wij ons beperken tot de psychische kant van het volwassen zijn. De bespreking van de problematiek van de medisch-biologische kant valt buiten dit kader.

Een geestelijk volwassen mens in ons cultuurpatroon voldoet aan enige criteria. De keuze van deze criteria is niet van subjectiviteit ontbloot. Ik kies gaarne de volgende:

1 *De mogelijkheid om een harmonieuze relatie te scheppen tussen capaciteiten en prestaties.* Ik

bedoel hiermee dat men zich in de arbeids sfeer kan ontplooiën en een zekere mate van bevrediging en arbeidsvreugde kan verwerven. Het is typisch voor de psyche van het kind, dat het geen of onvoldoende inzicht heeft in zijn eigen capaciteiten. Zo is er een wisselend overschatten en onderschatten van zichzelf, gecorrigeerd door de volwassene. Het kind kent zijn grenzen niet, weet nog niet waar het geestelijk af moet blijven. De geestelijk volwassen mens weet zich in de arbeids sfeer adequaat te gedragen, weet intuïtief waar hij af moet blijven, gevoelt zich tevreden met bepaalde prestaties. Hij weet zich aan te passen aan de gegeven situatie en daaruit een stuk arbeidsvreugde te puren.

2 *De mogelijkheid een harmonieuze relatie te scheppen tussen zichzelf en zijn partner.* De geestelijk volwassene is in staat tot een bevredigende seksuele relatie. Deze vertoont de volgende kenmerken: duurzaamheid, heteroseksualiteit en monogamie. Het is duidelijk dat de drie kenmerken met elkaar samenhangen. Voor de opbouw van een gemeenschap van twee mensen, die elkaar op de basis van de liefde willen steunen en begrijpen, is tijd nodig. Aan het menselijk huwelijk is een groeiproces inherent, waarin men naar elkaar toe groeit. Men dient in een huwelijk de ander in zijn anders zijn te leren accepteren en liefhebben. De kinderen, die uit een seksuele relatie worden geboren, hebben recht op de liefde van steeds dezelfde vader en dezelfde moeder. Zij hebben een gelijkblijvend identificatieobject nodig om zich op basis van innerlijke zekerheid en veiligheid verder te ontwikkelen. Deze zekerheid en veiligheid zijn eveneens nodig voor het groeiproces, dat inherent is aan elk gezond huwelijk. Dit veronderstelt een monogame relatie, waardoor een trouw aan de ander inherent is aan de trouw aan zichzelf. Een snelle wisseling van partner devalueert de liefde tot een minder ingrijpend beleven, tot een snel te overwinnen status. De heteroseksualiteit in de volwassen partnerkeuze is het eindproduct van een langdurig en ingewikkeld groeiproces. Het onvermogen om in de volwassenheid tot een heteroseksuele partnerkeuze te komen, is bijna steeds een uiting van een scheefgroei in de loop van de ontwikkeling van het gevoelsleven.

3 *De mogelijkheid om een bepaalde hoeveelheid toegebracht of opgeroepen leed normaal te verwerken.* Het gaat hier om een posodynie, een Ik-sterkte, een opvangmogelijkheid van stress-situaties. De geestelijk volwassene is in staat moeilijkheden, die altijd in het leven voorkomen, het hoofd te bieden.

Hij is in staat alleen te zijn, ongelijk te bekennen, te vechten, wanneer dat mogelijk en zinvol is. Hij is in staat de veerkracht op te brengen, die nodig is om verder te leven. Hij weet zich op dynamische wijze aan te passen aan zichzelf.

Wat is ongetrouwd? Wanneer men spreekt in medisch verband over de problemen van de ongehuwde mens, bedoelen wij de mens, die in een bepaalde periode van zijn leven geen duurzame, monogame heteroseksuele relatie onderhoudt. Na het bovenstaande acht ik mij ontslagen van de plicht om een en ander uitvoeriger te behandelen. De te bespreken problematiek is dus niet uitsluitend afhankelijk van het al dan niet gehuwd zijn in juridische zin. De man of de vrouw, die gescheiden van tafel en bed leeft, valt dus eveneens onder de te bespreken categorie.

Seksuele problemen van de psychisch gezonde ongehuwde. Men kan deze problematiek benaderen vanuit de symptomatologie, die het oproept. Wij onderscheiden vijf categorieën van stoornissen, die diagnostisch door de medicus zijn te onderkennen:

- Stoornissen, berustend op onkunde.
- Stoornissen, die te herleiden zijn tot de masturbatie-problematiek.
- Situatiestoornissen.
- Psychosomatische stoornissen.
- Stoornissen in de individuatie en integratie.

In het kader van dit artikel beperk ik mij tot een summier beschrijving van deze vijf categorieën.

Stoornissen, berustend op onkunde. Iedere medicus wordt regelmatig geconfronteerd met patiënten, die tot zijn verbazing onbekend zijn met de meest elementaire kennis op seksueel gebied. Er is een zeer grote groep van de Nederlandse bevolking, die het te enen male niet duidelijk is wat men zich moet voorstellen bij begrippen als bevruchting en baring en die fantastische voorstellingen hebben van de anatomische verhoudingen van de tractus genitalis bij man en vrouw. Ontstellend groot is het aantal jonge vrouwen, dat niet weet, waar het menstruatiesbloed vandaan komt en wat er met haar gebeurt tijdens de coitus. En hoeveel jonge mannen, die geen antwoord weten op de genoemde vragen, menen dat de zaadlozing abnormaal is, behalve op het tijdstip van de bevruchting? Iedere medicus kent dergelijke gevallen uit zijn praktijk.

Wij weten dat deze onkunde niet alleen berust op een gebrek aan informatie. Bijna steeds hebben wij hier te maken met voorbeelden van gevoelsverdringen, die het intellectueel opnemen van de stof vertragen en bemoeilijken. De verdringingsmechanismen, die men in zo sterke pathologische kwantiteiten bij de hysterie kan waarnemen, komen ook bij psychisch gezonde individuen voor. Vooral de puberteit is bekend als periode in de normale gevoelsontwikkeling, waarbij een verdringing van

de seksualiteit optreedt. Men zou kunnen spreken van de „normale hysterie van de puberteit”.

Analoge waarnemingen kan men doen in vroegere stadia van het kind, bijvoorbeeld na een seksuele voorlichting van een kind van drie tot vier jaar. Geschiedt deze voorlichting adequaat, dan treedt het merkwaardige verschijnsel op, dat het kind binnen enkele dagen de feiten vergeten is. Het moet dan opnieuw worden voorgelicht. Een herhaling van dit mechanisme kan men niet eens zo zeldzaam vinden bij de eerstejaars student, die via zijn organisatie een seksuele voorlichting krijgt. De gediagnostiseerde onkunde is een beschermingsmechanisme tegen de realisering van genitale belevingen, die sociaal gezien op te grote moeilijkheden zouden stuiten. In elk mensenleven is er een periode waarin men biologisch wel, maar psychologisch niet aan een seksuele relatie toe is.

Voor een goede therapie is noodzakelijk een goed inzicht in de achtergrond van het beschermingsmechanisme, dat zich uit in onkunde. Men zij uiterst voorzichtig in het hanteren van de aan te bieden informatie. In dit verband spreekt men wel eens van „seksuele voorlichting als psychisch trauma”. Ook hier individualisere men de dosering van het toe te passen geneesmiddel „voorlichting”.

* * *

Stoornissen berustend op onkunde zijn vaak te begrijpen als symptomen van angsten. Ook deze behoeven niet een uiting te zijn van een abnormale psyche. Het lijkt mij alleszins normaal dat de jongen bang is voor de eerste coitus, dat het meisje bang is voor de defloratie, voor een conceptie, voor de partus, enzovoort. Na een periode, waarin men gewoon was elkaar gruwelverhalen te vertellen over graviditeit en partus, is er een periode gekomen, waarin het mos is deze biologisch en psychologisch ingrijpende gebeurtenissen in het leven van de mens te bagatelliseren. Men weet te vertellen, dat het baren nu in het geheel geen pijn meer doet, dankzij de methode Rees; dat men flink moet zijn in de seksuele functies; dat het heel gewoon is, dat jonge meisjes coiteren met een vriend, als men maar zorgde voor een verantwoorde contraceptie. Het is duidelijk dat men in deze houding de normale seksuele angsten van de jonge mens tracht te overwinnen door ze te negeren, te ontkennen. Medisch-psychologisch gesproken gaat men tegenover het Ik staan, men verhoudt zich vijandig ten opzichte van de door het Ik waargenomen angsten. Het is psychisch-hygiënisch meer verantwoord om de angsten te accepteren, om naast het Ik te gaan staan. Hiermede vergemakkelijkt men het individu het hanteren en integreren van de angsten. In de praktijk komt het hierop neer, dat men de patiënt in de spreekkamer niet kleineert door schampere opmerkingen te maken over de beschreven angsten. Men helpt zijn patiënt meer door te doen blijken, dat men beseft hoe naar het is, zó bang te zijn en dat men vertrouwen heeft in de goede afloop.

Eén van de symptomen van seksuele angsten bij de eerste seksuele ervaringen is de ejaculatio praecox bij de jongen en het vaginisme bij het meisje. Men ontmoet nog vaak de opvatting, dat deze symptomen steeds pathologisch zijn, dat zij wijzen op een neurotische verwerking van de gegeven situatie. Dit behoeft niet juist te zijn. De genoemde symptomen zijn alleen pathologisch te noemen, wanneer zij duurzaam blijken. In de neurosenleer spreken wij dan van een fixatie in de tijd. Een ejaculatio praecox is een zeer veel voorkomend verschijnsel bij normale mensen, die geen of nagenoeg geen seksuele ervaring bezitten. Vaak worden de symptomen gefixeerd door milieu-invloeden. Een sluiks uitgevoerde coitus, waarbij de partners nauwelijks tijd en gelegenheid hebben om rustig samen te zijn, werkt de genoemde symptomen zeker in de hand. De onkunde wordt dan in enkele weken opgeheven door het verkrijgen van ervaring, door het in de gelegenheid zijn naar elkaar toe te groeien, elkaar beter te leren verstaan op lichamelijk gebied. De seksuele angsten worden dan door het niet-neurotische Ik van beide mensen verwerkt en gehanteerd. De symptomen verdwijnen. Ik heb in mijn praktijk tientallen jonge mannen en vrouwen gezien, die van hun vermeende ernstige seksuele problematiek werden verlost door een psychotherapeutische benadering, berustend op de zo juist geschetste theoretische overwegingen.

* * *

De seksuele angsten uit zich niet alleen in de genoemde seksuologische symptomen. Er komen klachten voor op het psychische vlak, waarvan men moet aannemen, dat de oorzaken ook hier dienen te worden gezocht en gevonden. Ik denk aan symptomen van overdreven bescheidenheid en schuchterheid, van agressief optreden in gezin of groep of in de werksfeer, van het provoceren van straf of uitgelachen worden. Het is voor ieder duidelijk dat de jonge man of vrouw zelf in het geheel geen verband met de seksuele angsten of spanningen legt. De deskundige zal echter vrij snel de werkelijke oorzaak kunnen opsporen en de motor van hun asociaal gedrag afzetten. Vaak kan men deze gedragsstoornissen vooral aantreffen indien de geliefde aanwezig is.

Het is duidelijk dat men de genoemde symptomen niet alleen kan waarnemen bij stoornissen, berustend op onkunde. De geschetste gedrags- en gevoelspatronen zijn specifieke reacties op allerlei verstoringen van het psychische evenwicht. Deze verstoringen kunnen optreden bij normale en abnormale mensen, in normale en abnormale situaties.

Men kan zich afvragen welke gesprekstechniek het meest aangewezen is om stoornissen, berustend op onkunde, te behandelen. Ik geloof dat het niet mogelijk is hierop een algemeen geldend antwoord te geven. Ieder gebruikt de gesprekstechniek, die hem het beste ligt. Dit houdt natuurlijk niet in, dat men zijn gesprekstechniek niet kan verbeteren. Door het groeiproces, dat ieder mens, ook de medicus,

doormaakt, verandert zijn houding tegenover de medemens en dus ook tegenover zijn patiënt. In het algemeen kan worden gezegd dat men de onderhavige problematiek het best kan benaderen in een vertrouwelijke sfeer, waarin de medicus-leider zo min mogelijk aan het woord is, gesprekstechnisch: zo weinig mogelijk agressief is. Bij een passieve benadering, met het welwillend luisteren-naar als centrale houding, geeft men de patiënt de gelegenheid zich te bevrijden van ingeklemde, tegen het bewustzijn aan liggende affecten. Men sta in het bijzonder acceptierend tegenover gevoelsuitingen als nerveus lachen of huilen. Een poging om het huilen te doen stoppen lijkt mij een kunstfout. Tenzij het huilen op den duur het verdere contact onmogelijk maakt.

In de praktijk blijkt dat sommige collegae moeite hebben met het accepteren van de uitingen van angst bij de patiënt. De reden hiervoor is in de meeste gevallen, dat de arts bang is voor zijn eigen angsten. Het laten beleven van de angsten van de patiënt, een voorwaarde voor het overwinnen van de angsten, is dan een niet te tolereren provocatie tot beleven van eigen angsten, die men kennelijk niet kan hanteren. Het is voor de arts geen schande om op een bepaald gebied een patiënt niet al te goed te kunnen helpen op grond van eigen onverwerkte moeilijkheden. Iedere medicus heeft wel ergens zijn scotoom. Men kenne zijn eigen grenzen en verwijze eventueel een dergelijke casus naar een andere collega.

Bij een goede gesprekstechniek, die niet zo moeilijk behoeft te zijn, merkt men soms tijdens de eerste, soms tijdens de tweede zitting, dat de patiënt een bevrijdend gevoel krijgt. Ik heb dit vaak kunnen waarnemen. Het is een zeer bijzondere sensatie om dit mee te maken. Indien bij een eenvoudige problematiek in enkele zittingen dit bevrijdend gevoel bij de patiënt niet optreedt, heb ik mij aangewend mij af te vragen of ik niet een essentieel punt in de therapie heb vergeten. Soms heb ik dan een onvolledige diagnose gesteld. Er waren dan belangrijke punten, die niet of nauwelijks waren besproken.

* * *

Het inzicht, dat seksuele onkunde bij overigens normaal intelligente mensen een beschermingsmechanisme is tegen het beleven van niet te integreren gevoelens, is zeer vaak de sleutel tot een adequate therapie, waarbij farmaca in verreweg de meeste gevallen overbodig zijn. Het als begrijpelijk en acceptabel aanvaarden van de in het bewustzijn doorgedrongen seksuele angsten en de hierop berustende gedragsstoornissen, werkt een door iedere medicus uit te voeren adequate psychotherapie, welke bevrijdend kan werken, in de hand.

Het kenmerkende van de psychisch gezonde, ongehuwde met seksuele stoornissen is, dat hij of zij in korte tijd met een juiste therapie is te genezen. Zij beschikken immers over een normaal Ik, dat voldoende krachten bezit om de gestoorde mechanis-

men op te heffen („feed back“). Zit er een evident neurotisch gestoord mens tegenover ons, dan is het onmogelijk met een dergelijke techniek resultaat te boeken. Het neurotisch symptoom, waarvoor onze hulp wordt gevraagd, is te veel gefixeerd in de tijd. Men dient dan over te schakelen op een andere therapie, eventueel in overleg met of met behulp van een daartoe opgeleide collega-psychotherapeut.

Stoornissen, die te herleiden zijn tot de masturbatie-problematiek. Deze problematiek kan zich in de loop van de ontwikkeling van het gevoelsleven van het menskind op verschillende wijzen uiten. Ons beperkende tot een paar zeer sprekende en frequent voorkomende verschijnselen, noemen wij de abnormale pudeur van de puber. Hij of zij weet zich geen raad indien een medelid van het gezin hem of haar in onderbroek of onderjurk ziet, terwijl het enige weken daarvoor zonder meer werd geaccepteerd als hetzelfde gezinslid argeloos de badkamer in kwam, waar de weldra-puber stond te douchen. En iedere medicus wordt wel eens geconsulteerd door een moeder, die de wanhoop nabij is, omdat haar zoon of dochter van veertien jaar met geen stok het bad in te krijgen is. Wij herkennen hierin de angst van de puber om geconfronteerd te worden met het eigen naakte lichaam. De bijzonder irritante schaamte is een beveiliging tegen de neiging om te masturberen. Men wil niet het lichaamsdeel aanschouwen, waartegen men zich wapent. De ontkenning van het geslachtelijk-lichamelijk-zijn is een uitdrukking van de onbewuste wens om geslachtloos te zijn, om geen aandriften in het seksuele vlak te bezitten. Men herkent in de afweer het afgeweerde. Indien men het voor het kind onbewust verlopende mechanisme doorziet, kan men met minder eigen weerstanden het irritante gedrag accepteren, waardoor men het kind wezenlijk helpt.

Het is duidelijk dat men met geduld hier ver kan komen. Even duidelijk is het dat men de eisen van de lichamelijke hygiëne niet straffeloos kan negeren. Het is ondoenlijk het eigen kind zo vies, soms stinkend vies, te laten rondlopen. Men moet dan optreden, meestal onder luid protest van de puber, die alle weerstanden uit tegen de beleving van de lichamelijke en de geslachtelijkheid, in het protest tegen zulke ouders, die niets van hun zoon of dochter begrijpen.

Hetzelfde gedragspatroon kan men in mindere en meerdere mate aantreffen bij volwassenen. Tevens moet erop worden gewezen dat dezelfde afweer zich kan uiten in het onvermogen om toespeelingen op bestaande volwassen seksualiteit te accepteren. Zo loopt de puber de kamer uit, indien de visite een mopje vertelt, dat volgens het jonge mens niet meer door de beugel kan. Of men verkondigt met grote afschuw de schande en de verdorvenheid van de kunstenaar, die een naakt exposeert. De afweer uit zich dan meer op het psychische vlak. Elke geforceerd aandoende uiting van de puber, de adolescent en de wat verlate volwassene is een zelfbescherming. Hoe sterker men protesteert,

hoe sterker de eigen seksuele verlangens worden overschreeuwd. Meestal zullen deze seksuele verlangens zich, gezien de sociale situatie waarin de mens zich bevindt, uiten in een masturbatie.

Een andere reeks uitingen, die in deze paragraaf thuis hoort, zijn de bepaalde inhouden van schuldgevoelens bij puber, adolescent en volwassene. Men meent dan dat men door begane masturbatie het eigen lichaam heeft beschadigd. Bij het meisje krijgen deze fantasieën meestal de inhoud van: „ik heb mezelf beschadigd“; „ik heb geen normaal geslachtsorgaan meer“; „ik zal later als volwassen vrouw niet meer normaal kunnen functioneren“. In de psychoanalyse van volwassen vrouwen kan de medicus deze masturbatieproblematiek vaak aantreffen. Men meent dan geen normale seksuele gevoelens meer te kunnen opbrengen omdat men vroeger heeft gemasturbeerd. In zeer vele gevallen zijn de redenen van dit gedrag in het onbewuste terecht gekomen. Men zou dan niet normaal meer kunnen coïteren en kinderen krijgen. Bij volwassen mannen treedt de angst op om impotent te zijn of niet in staat te zijn kinderen te verwekken. Men zou dan het geslachtsorgaan in zijn functie hebben beschadigd.

* * *

In bovenstaande voorbeelden zijn wij reeds beland bij mensen, die gefixeerd zijn in hun neurotisch gedragspatroon. Wij kunnen bij jonge mensen en kinderen vaak heilzaam werk doen door een verantwoorde voorlichting te geven in de normale masturbatie-problematiek. Het uitleggen van de normale functies van de genitaliën en het beklemtonen van de masturbatie bij jongen en meisje als een normale uiting van een normale ontwikkeling, zal in vele gevallen wonderen doen.

Het zal vele medici zijn opgevallen, dat er mensen zijn, die moeite hebben in het zich ontkleden in aanwezigheid van de arts. Ook in dit gedrag kan de onderzoeker vaak de onopgeloste masturbatieproblematiek herkennen. Men durft zich niet te ontkleden omdat de deskundige zou kunnen constateren, dat men zichzelf door masturbatie heeft beschadigd; alsof de arts zou kunnen zien dat men heeft gemasturbeerd. Het ligt voor de hand dat de werkelijke, hier genoemde verklaring van het zonderlinge gedrag de patiënt volkomen onbewust, dus onbekend is.

De schuldgevoelens, die verbonden zijn met de masturbatie-problematiek, kunnen zich eveneens uiten in de intellectuele sfeer. Bij de puber en de adolescent op school en bij het vakonderwijs zien wij vaak het merkwaardige verschijnsel optreden, dat de intellectuele prestaties plotseling vermindert. Iedere arts kent het symptoom van de goede leerling, die in de derde of vierde klas van de middelbare school een onherstelbaar slecht rapport mee naar huis brengt. Ook is de student bekend, die op de middelbare school tot de beste leerlingen behoorde en in het eerste of tweede jaar niet mee kan

en voor het eenvoudigste tentamen zakt. Hierbij kan het schuld-boetemechanisme een belangrijke rol spelen. Hieronder verstaat men het verschijnsel dat men zichzelf in allerlei onaangename situaties werkt met de onbewuste bedoeling om straf te krijgen. Men provoceert allerlei bijzonder onaangename verhoudingen voor zichzelf om via de straf de schuldgevoelens te verminderen. Dit mechanisme kan men reeds waarnemen bij het kleine kind van nog geen drie jaar. Als het kind iets strafbaars heeft gedaan zonder dat het de voor zijn gevoelsleven adequate straf heeft geïncasseerd, zal het provocerend optreden om alsnog de verlangde straf te krijgen. Hieruit is de psychisch-hygiënische betekenis van het straffen af te leiden. Ik heb wel eens een patiënt tegen mij horen zeggen: „De grootste straf, die ik in mijn jeugd heb gehad is het feit, dat mijn ouders mij nooit straffen”. Het Super Ego van de patiënt neemt dan de taak van de ouders over en soms in versterkte mate. Zo kunnen scrupuleuze persoonlijkheidsstructuren ontstaan. Hierbij treedt het Super Ego tegen het Ik op, zoals de ouders tegen het kind zouden hebben moeten optreden.

Het zal duidelijk zijn, dat het schuld-boetemechanisme sterk er toe kan bijdragen, dat de schuldgevoelens vanuit de masturbatie-problematiek worden verzwakt. Iedere medicus kent patiënten, bij wie deze mechanismen te sterk en te lang werkzaam zijn met te weinig effect. Er is dan sprake van een evidente neurose, die niet meer is te genezen met een bemoedigende suggestieve pedagogische therapie.

Situatiestoornissen. Hieronder zijn te verstaan stoornissen, die optreden bij psychisch en lichamelijk gezonde mensen in een abnormale situatie. Seksuele problemen, die onder deze paragraaf vallen, komen vooral voor indien de ouders of aanstaande schoonouders een niet meer normale situatie scheppen, waarin de jonge mensen geraken. Ik denk aan de overdreven houding van sommige volwassenen tegenover het andersgeslachtelijke kind, dat voor het eerst met een eventuele partner thuis komt. Er kunnen dan grote spanningen in het gezin ontstaan, die de verliefde niet of onvoldoende kan hanteren. In de meeste gevallen is het de vader van de toekomstige bruid of de moeder van de aanstaande bruidegom, die eigen onverwerkte conflicten uit de seksuele sfeer projecteren op hun geliefde kind. De verholten of onverholten vijandschap, welke zij dan ten toon spreiden om hun angsten en liefdesgevoelens en ongerustheden te verbergen, kunnen het de jonge mens bijzonder moeilijk maken. Ik denk aan zwijgacties, aan praktijken die eerder bij het ontgroenen van studenten thuis horen dan bij volwassen mensen. Ik denk aan het chronisch devalueren van alle prestaties van de geliefde, aan het conspireren tegen alles en allen. Bij een dergelijke koude oorlog kan de jonge mens symptomen van psychische inflatie vertonen, die zich uiten in de seksuele sfeer.

De gekrenkte eigenwaarde, die in de koude oor-

log bij beide generaties optreedt, vindt haar symptomatologie niet alleen in seksuele stoornissen. Alle neurotische reacties, zowel van psychische als van somatische aard, heb ik bij deze groep kunnen waarnemen. Bijzonder hinderlijk zijn vaak vooral de weglööpreacties, waarbij dan onverantwoorde gedragingen kunnen voorkomen. Men kan dan een bij elkaar gaan wonen en slapen van de geliefden zien ontstaan, terwijl de jonge mensen nog in het geheel niet toe zijn aan deze wijze van samen-zijn. Helaas zien wij vaak dat bepaalde ouderen in hun omgeving, eveneens vanuit eigen onverwerkte problematiek, deze onrijpe sociale gedragingen te hard toejuichen en mee helpen organiseren. Het mee-ageren met de jongelui is dan, psychisch-hygiënisch gesproken, een averechtse hulp, waarbij voorbij wordt gezien aan de gevaren, die gegeven zijn in het geforceerde en opgedrongene van dit gedrag. Het is een ervaringsfeit, dat een gezonde reactie op een ongezonder milieu alleen, niet voldoende basis voor een huwelijk is.

Situatieve stoornissen zijn in het algemeen kort van duur. Meestal ziet men binnen een of twee weken een oplossing uitkristalliseren, die minder geforceerd is. Blijven de situatieve stoornissen bestaan, meestal op grond van het onvermogen om de gegeven situatie te hanteren, dan heeft men zeer waarschijnlijk met klinische neurotische stoornissen te doen, meestal van karakterologische aard.

De medicus kan vaak uitstekend therapeutisch optreden vanuit een nuchtere, op de werkelijkheid gerichte kijk. Men kan dan het realiteitsbewustzijn bij de ouders versterken en het zo pathogeen werkende patroon van net-doen-alsof-we-getrouwd-zijn bij de kinderen voorkomen.

Psychosomatische stoornissen. Uit de aard der zaak komen medici in de meeste gevallen het eerst met somatische klachten in aanraking. Deze kunnen van zeer uiteenlopende aard zijn. Het is niet doenlijk in het kader van dit artikel alle mogelijke klachten en stoornissen te behandelen. De gehele psychosomatische scala zou dan moeten worden genoemd en besproken. Wij zullen ons beperken tot een enkele gereduceerde symptomatologie, waarbij vooral gedacht wordt aan de frequent optredende symptomen.

De meeste klachten zijn te begrijpen als uitingen van gestuwde libido sexualis. Nu is een gestuwde libido op zichzelf geen reden tot het ontstaan van klachten in de somatische of psychische sfeer. Men kan jaren lang in seksuele onthouding leven zonder enig nadelig effect op lichaam of psyche. Het hangt er maar van af onder welke omstandigheden, in welk geestelijk klimaat en vanuit welke instelling deze abstinentie optreedt. Theoretisch zou men kunnen zeggen dat er alleen dan stoornissen optreden, indien de stuwning chronisch is en gepaard gaat met een gestoorde Ik-structuur. Deze uit zich in de meeste gevallen in de vorm van een verminderde angst-tolerantie. Een normale hoeveelheid angst kan op den duur niet meer normaal worden gehanteerd.

Er ontstaan angstsymptomen en angstequivalenten. Bij de angstsymptomen staan de in het bewustzijn optredende angstige belevingen op de voorgrond. Men kent de meestal als neurasthenie gediagnosticeerde verschijnselen als bang om alleen te zijn, bang zijn in donker, bang voor beesten of beestjes in zijn omgeving, angst om gebruik te maken van openbare of particuliere middelen van vervoer, straatangst en pleinvrees, angst voor bepaalde grote of kleine ruimten, enzovoort. Steeds staat in deze voorbeelden het beleven van de angst als uitzonderlijk onaangename emotie in het centrum. Daarnaast worden wij geconsulteerd voor symptomen, die veroorzaakt worden door onbewuste angsten, die in de plaats komen van de beleving van de angst. Deze angstequivalenten uiteten zich meestal in de somatische sfeer. Men dient zich dan bezig te houden met klachten als: hoofdpijnen, dyspepsieën, diarree of maagkrampen, slikstoornissen, anorexie of vraatzucht. Daarnaast treden klachten van de kant van de tractus genitalis op de voorgrond. Ik denk aan de dysmenorrhoea, de onbestemde buikpijnen en bij de jonge man de neuralgie van de nervi pudendi. In dit verband mag vooral de „low back pain” niet ongenoemd blijven. Men verzuime niet in dergelijke gevallen naar de techniek der contraceptie te informeren.

De medicus kan niet enthousiast zijn over de techniek van coitus interruptus, die nog zeer veel in Nederland, vooral door ongehuwden, wordt toegepast. Niet alleen kan deze methode geen goedkeuring wegdragen door zijn te geringe betrouwbaarheid, maar het is vooral de chronische stuwung der libido, die hierdoor wordt opgeroepen of versterkt. Een verbetering der contraceptieve methode kan in deze gevallen soms de klachten snel opheffen. Het spreekt vanzelf dat men slechts dan tot een juiste diagnostiek komt, als men andere organische oorzaken heeft uitgesloten door middel van minutieus onderzoek.

Er is een belangrijk verschil in therapeutisch verloop tussen de angstsymptomen en de angstequivalenten tijdens de behandeling. In verreweg de meeste gevallen zal de behandeling uit die vorm van psychotherapie bestaan, die aangepast is aan de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt. Tijdens de zittingen bij de behandeling van de angstsymptomen zal men een vermindering van de angst kunnen waarnemen. Bij de behandeling van de angstequivalenten zal men, als de therapie goed verloopt, de patiënt angstiger zien worden. De verdringing van de angst wordt steeds meer opgeheven, de angst wordt door het Ik meer beleefd, de equivalenten verdwijnen. Bij doorzetten en adequaat hanteren van de angst bij zichzelf en bij de patiënt zal de genezing binnen niet te lange tijd optreden.

Er zijn argumenten te noemen voor de opvatting, dat men bij angstsymptomen niet altijd en bij angstequivalenten wel met pathologische toestanden in de zin van een neurose te maken heeft. Men zou dan kunnen wijzen op de mislukte hanteringsmogelijkheid van het Ik in het laatste geval. In de termen

van afweermechanismen zou men kunnen stellen dat bij het ontstaan van angstequivalenten de verdringing partieel mislukt, precies zoals wij dit mechanisme kennen bij de hysterische neurose. Dit is juist. Maar ik zou de afspraak niet graag willen missen, dat men alleen dan van een pathologische situatie mag spreken, wanneer de neurotische symptomen een duur hebben, dat wil zeggen langer dan bijvoorbeeld een week duren. En dan zou ik toch ook graag de gezondheid van het Ik gedemonstreerd willen zien aan een snel ingestelde psychotherapie met goed succes. Met een beetje artistieke instelling zou men hier kunnen spreken van „psychotherapie d'urgence”.

Vaak zijn hier niet-medische factoren van groot belang. Ik denk aan situaties, waarbij men jonge, ongehuwde mensen, die op het punt staan een seksuele relatie aan te gaan, moet helpen in de bestrijding van een van deze psychosomatische symptomen. Men zou dan voor de keus moeten worden gesteld om de seksuele relatie te sanctioneren of te verbieden. Maar al te vaak zullen de jonge mensen trachten de verantwoordelijkheid van een geslachtsverkeer voor het huwelijk af te schuiven op de medicus of een andere autoriteit. In verreweg de meeste gevallen zal men er goed aan doen een dergelijke verantwoordelijkheid niet te accepteren, noch in de ene noch in de andere richting. Helpt men de patiënten zelf een verantwoorde beslissing nemen, dan kan men hen helpen de beslissing te realiseren. Valt deze uit in de zin van seksuele onthouding, dan schrome men niet te overwegen of een sedativum hier op zijn plaats is om de normale seksuele aandrang wat te verminderen. Menen de mensen wel tot de coitus over te moeten gaan, dan helpe men hen met een verantwoorde contraceptie, waarbij het geestelijk klimaat van de patiënten uiteraard meespeelt.

Stoornissen in de individuatie en integratie. Hieronder vallen gedragspatronen, die normaliter optreden in een andere fase der ontwikkeling en gevoelspatronen, die berusten op het nog niet in staat blijken om de seksuele gevoelens hun plaats in het geheel te geven. Wij herkennen vaak deze stoornissen door het overdreven kinderlijke in het gedrag van de jonge volwassene, vooral wanneer hij of zij geconfronteerd wordt met seksuele problemen. Bekend zijn de heftige reacties van volwassen kinderen tegen ouders, familie of vrienden, wanneer toespelingen gemaakt worden op mogelijke toekomstige relaties met hun dikke vrienden, waarmee in sommige gevallen reeds een geheime seksuele relatie bestaat. De pathologische afweer tegen de soms bijzonder sterk gevoelde seksualiteit is duidelijk. Wij hebben reeds een en ander van deze problematiek ontmoet in de bespreking van de masturbatie. De indeling in verschillende stoornissen is uiteraard kunstmatig.

Naast een devaluatie van de seksuele problematiek als afweer ontmoet men nog wel eens een over-

waardering van deze gebieden van menselijk beleven als vorm van afweer. De medicus ontmoet dan patiënten, die met seksuele problemen, natuurlijk van een ander, opstaan en ermee naar bed gaan. Tegen ieder die het horen wil, uiten zij bepaalde theorieën omtrent de plaats der seksualiteit in het geheel der menselijke gevoelens. Zij maken van de seksualiteit hun hobby, zij organiseren zich in groepen, die in hun vrije tijd bezig zijn de seksuele problemen van ontelbare ongezien op te lossen. Als men er maar vaak over leest en spreekt, vooral in het openbaar, dan verliest het zijn gevaren, dan distantieert men zich via de objectivering. Ook hierbij dient aangetekend, dat in elke ontwikkeling van normale individuen wel eens een dergelijke periode optreedt, vooral in de adolescentie en in het manlijk en vrouwelijk climacterium. Men lette ook hier op de aanwezigheid van een fixatie in de tijd en van eventuele andere neurotische symptomen. De pathologie is bijna steeds af te lezen aan het dwang- en drangkarakter van de bemoeienis. Stoornissen in de integratie kunnen uitingen zijn van een hoogwaardige ontwikkeling. Zij gaan dan voorbij, men groeit er overheen. Een gezonde medische begeleiding, die al te ongeruste, angstige, overbezorgde of agressieve invloeden van ouders of verzorgers opvangt en onschadelijk maakt, zal gunstig werken. Dan kan een onredelijke ascetische instelling of een onredelijke seksueel-propagandistische houding als kortstondige stoornis in de integratie, worden gezien als een uiting van normale groei.

Wij hebben in dit artikel vele pathologische uitin-

gen van seksuele scheefgroei met opzet niet genoemd. De gehele problematiek bijvoorbeeld van de homoseksualiteit en homoërotiek is bewust weggelaten. Op een andere plaats in deze reeks artikelen zal er aandacht aan worden geschonken. In dit artikel hebben wij ons vooral bezig gehouden met de net niet en net wel neurotisch gestoorde jonge mens.

Samenvatting. Als criteria voor psychisch volwassen gedrag worden genoemd: de mogelijkheid om een harmonische relatie te scheppen tussen capaciteiten en prestaties; de mogelijkheid om een harmonische relatie te scheppen tussen zichzelf en zijn partner; de mogelijkheid om een bepaalde hoeveelheid toegebracht of opgeroepen leed normaal te verwerken.

Bij seksuele problemen van de psychisch gezonde, ongehuwde onderscheidt schrijver vijf categorieën stoornissen, elk met zijn eigen symptomatologie: stoornissen, berustend op onkunde; stoornissen, die te herleiden zijn tot de masturbatieproblematiek; situatiestoornissen; psychosomatische stoornissen; stoornissen in de individuatie en integratie. Van elke groep worden uitvoerig de verschijnselen en de therapeutische mogelijkheden besproken.

Summary. *Sexual problems in the unmarried human adult.* Criteria of psychologically adult behaviour include the ability to establish a harmonious relation between ability and performance; the ability to establish a harmonious relation between the self and a partner; the ability to assimilate in the normal way a given amount of grief inflicted or evoked.

— Discussing the sexual problems of the psychically sound unmarried adult, the author distinguishes five categories of disturbances, each with its own symptomatology, viz: disturbances based on ignorance; disturbances which can be traced to masturbation problems; situational disturbances; psychosomatic disturbances; disturbances in individuation and integration. The symptoms of each category are discussed in detail, with reference to therapeutic possibilities.

Het gezin in de statistiek

DOOR DRS T. VAN DEN BRINK*

La famille est l'élément naturel et fondamental de la Société et a droit à la protection de la société et de l'Etat (Artikel 16 van de Verklaring over de rechten van de mens.)

Bovenstaande aanhaling uit de in december 1948 in de vergadering van de Verenigde Naties aangenomen Verklaring over de rechten van de mens laat zien, dat tegelijkertijd een centrale plaats werd toegekend aan het gezin. Dat deze Verklaring dateert uit 1948 betekent geenszins, dat het gezin een ontdekking van recente datum zou zijn. Reeds eeuwenlang wordt het gezin als kleinste groep in onze samenleving erkend, ook al zijn er nog steeds landen c.q. gebieden, ook in Europa en ook in ons land, waar de zogenaamde „Grossfamilie” of familiehuishouding (meer) als primaire eenheid wordt beschouwd.

Evenmin mag uit het tweede deel van genoemd

artikel 16 worden afgeleid, dat van de kant van maatschappij en overheid voordien geen aandacht zou zijn geschonken aan het scheppen van mogelijkheden voor een zo goed mogelijke ontplooiing en, waar nodig, ook aan de bescherming van het gezin. Naarmate de sociale relaties in onze samenleving belangstelling gingen verkrijgen en verbetering van sociale toestanden in de doelstellingen van organisaties en verenigingen voor hulp en bijstand op verschillend gebied en in de programma's van politieke groeperingen werden opgenomen, kwam daarbij meer en meer ook het gezinsaspect naar voren. Na de laatste oorlog heeft deze ontwikkeling echter een ander, men zou zelfs kunnen zeggen, een principiële karakter gekregen. Naast uitbreiding van activiteiten tracht men te komen tot consolidatie. Niet alleen spectaculair naar voren tredende situaties en problemen hebben de aandacht, doch in een streven naar systematische aanpak worden ook aanverwante en nog geheel buiten beschouwing gebleven gebieden binnen de gezichtskring betrok-

* Hoofd afdeling algemene tellingen en bevolkingsstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek.