

Aangezien het in het algemeen voor de huisarts van groot belang is dat hij op de hoogte blijft van de opvattingen, welke er ten aanzien van belangrijke geneeskundige problemen bestaan, zij hier in dit verband gewezen op een publikatie van het Nederlands Gesprek Centrum. Hoe snel het oordeel over de homoseksualiteit verandert blijkt uit de publikatie nummer 31 van het Nederlands Gesprek Centrum waarin men kan lezen: „Voor de jonge homoseksueel geldt onder de huidige omstandigheden, dat uiteindelijk het ontwikkelen van zijn mogelijkheden tot het aangaan van volwassen liefdesverhoudingen het beste mogelijk is in homoseksueel milieu”.

Niet alleen in Nederland is er een verandering van de inzichten op dit punt gaande. Het onlangs in het British Medical Journal verschenen Leading article over de homoseksualiteit eindigde met de volgende alinea: „What ever means of treatment or prevention are employed, the majority of homosexuals will remain in the community. Changes in

the law, increasing public education, and a gradual improvement in public attitudes might result in better protection of the interests of young people rather than the reverse and in removing some of the disabilities affecting those whose life is marred by sexual inversion”.

Aangezien het voor de huisarts bij het geven van adviezen nuttig kan zijn, zij vermeld dat het Centraal bureau van het C.O.C. (Cultuur en Ontspannings Centrum) gevestigd is Korte Leidse-dwarstraat 49 te Amsterdam C. (telefoon: 020-234596), waar men voorlichting kan ontvangen en waar zo nodig hulp wordt verleend bij juridische en sociale problemen. **B.**

Emde Boas, C. van (1965) huisarts en wetenschap 8, 28 en 76.

Leading article (1965) Brit. med. J. II, 1077.

Nederlands Gesprek Centrum. Homoseksualiteit. Publikatie nummer 31. Uitgeverij Het Spectrum, Utrecht, 1965.

Overing, A. F. C., G. Th. Kempe en anderen, Homosexualiteit. Pastorele Cahiers 3. Paul Brand, Hilversum, 1961.

Sengers, W. J. (1965) huisarts en wetenschap 8, 75

Homoseksuele problematiek op het medisch spreekuur (1)*

DOOR W. J. SENGERS, ZENUWARTS TE ROTTERDAM**

Aan de nagedachtenis van Prof. Dr. A. L. Janse de Jonge.

Inleiding. De behandeling van patiënten met een homoseksuele problematiek is moeilijk. Vele artsen weten er nauwelijks raad mee. Over de resultaten der behandeling leest en hoort men vooral teleurstellende berichten. De behandelingen verlopen dikwijls moeilijk, worden gecompliceerd door bijzondere weerstanden met onder meer als gevolg dat de patiënten nogal eens voortijdig wegblijven.

Wie zich in de literatuur verdiept stoot spoedig op een groot aantal problemen en zeer uiteenlopende visies, bijvoorbeeld op het gebied van de diagnose. Op de vraag wanneer men iemand homofiel moet noemen geeft de literatuur verschillende antwoorden. De term homoseksualiteit wordt in een aantal betekenissen gebezigd. Er is geen eenstemmigheid over de wijze waarop men de homoseksualiteit moet zien: als een neurotische reactievorm, een rijpingsstoornis, een regressiefenomeen, een vorm van psychopathie, een biologische variatie. Over homofilie wordt tegenwoordig bovendien door anderen dan psychiaters geschreven omdat men haar meer gaat zien als een probleem van menselijke relaties. Het zijn dan ook sociologen en

sociaal-psychologen die nieuwe aspecten zijn gaan beschrijven en er met name de nadruk op leggen dat het probleem eerder sociaal dan medisch ligt. Hoe men hierover ook moge denken, voor de medicus practicus en niet alleen voor hem, vormt de homoseksualiteit een uitermate complex terrein, dat bovendien heel uitgebreid moet zijn als het waar is dat vier procent van de volwassenen homofiel is.

In deze studie heb ik mij willen beperken tot de moeilijkheden zoals die zich op ons medisch spreekuur kunnen voordoen. Mijn bedoeling was een bijdrage te leveren op het gebied van de diagnostiek en de behandeling van patiënten met een homoseksuele problematiek. Daarbij moest rekening worden gehouden met het feit dat er over de (patho)genese geen eenstemmigheid heerst. Wel kon ervan worden uitgegaan dat alle eigentijdse onderzoekers gemeen hebben dat zij de oorzakelijke momenten, welke dat dan ook mogen zijn, voor het vijfde of zesde levensjaar plaatsen. De volgende vragen dienden als richtsnoer: hoe diagnostiseert men homofilie; welke differentiële diagnoses zijn er mogelijk bij een homoseksuele problematiek; waarvan zouden de behandelingen moeten uitgaan willen de telkens rijzende moeilijkheden zich niet meer voordoen?

Alvorens tot beantwoording van deze vragen kan worden overgegaan moeten enige belangrijke uitgangspunten die de huidige medisch-psychologische benadering markeren, beknopt worden becommentarieerd: het onderscheid tussen aangeboren

* Het tweede deel, waarbij ook de literatuurlijst, zal in het volgende nummer verschijnen.

** Destijds chef de clinique van de Psychiatrische Afdeling van het Dijkzigtziekenhuis te Rotterdam. Thans verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne van de G.G. en G.D. te Rotterdam.

en verworven vormen van homoseksualiteit; het aanwezig kunnen zijn van een bewuste en onbewuste homoseksualiteit; de opvatting dat homofilie een ziekte is; de aangenomen samenhang van homoseksualiteit en passiviteit/femininiteit bij de man, casu quo activiteit/masculiniteit bij de vrouw; de neo-analytische ontstaanstheorieën; de gangbare doelstellingen van de medische behandelingen en de feitelijke kennis over homofiele levensmogelijkheden.

Het onderscheid tussen aangeboren en verworven vormen van homoseksualiteit. Dit onderscheid is door Von Krafft-Ebing (1883) gemaakt. Hoewel de differentiële diagnostische criteria welke hij daarbij gebruikte door niemand meer worden aangehouden, is het onderscheid vrijwel algemeen gehandhaafd. Intussen verschillen nu de criteria van school tot school, terwijl het in de praktijk niet zelden voorkomt dat men pas na een mislukte behandeling tot het aangeboren zijn van de homofiele gerichtheid concludeert. Nu is er van psychoanalytische zijde reeds verscheidene malen op gewezen dat bij het ontstaan van homoseksualiteit zowel constitutionele factoren als milieu-invloeden in de pre-oedipale en oedipale periode van betekenis zijn. Dit betekent dat het onderscheid tussen aangeboren en verworven vormen niet bestaat. Dit komt met de klinische ervaring overeen: bij elk concreet geval is het nimmer mogelijk om te differentiëren tussen een uitsluitend constitutioneel en een uitsluitend psychogenetisch bepaald zijn van de homofiele gerichtheid. Wel blijkt een onderscheid mogelijk tussen de „echte” homoseksualiteit (homofilie) en de schijn- of pseudohomoseksualiteit.

Het aanwezig kunnen zijn van een bewuste en onbewuste homoseksualiteit. Het onderscheiden van een bewuste en een onbewuste of latente vorm van homoseksualiteit speelt in de psychopathologie een rol. In psychodynamische beschouwingen wordt er echter geen verschil in ontstaan gezien tussen de wel en niet tot het bewustzijn doorgedrongen homoseksuele wensen. Voor de werkwijze van een psychoanalyticus maakt het dan ook niet zoveel uit of een analysant deze tendensen zich al dan niet bewust is. Maar het spreekt vanzelf dat dit in het dagelijks leven wel degelijk een belangrijk verschil uitmaakt en dat dit daarom in de behandeling zijn bijzondere consequenties zou moeten hebben.

De opvatting dat homofilie een ziekte is. Deze opvatting was een gevolg van Von Krafft-Ebing's initiatief om de homofilie tot het terrein van de psychiatrie te rekenen. Nadien meende Hirschfeld het als een variatie op een numerieke norm te moeten beschouwen, terwijl ook Kinsey deze mening deelde. Vooral door de bijdragen van cultuurantropologische en sociologische zijde (Fortmann en Schofield) wordt het duidelijk dat men voorlopig

in het midden zal moeten laten of homofiel-zijn een ziekte, een stoornis dan wel een variant is. Enige zekerheid hierover zal pas mogelijk zijn wanneer is komen vast te staan welke verschillen er zijn in de optimale zelfverwerkelijking en de maatschappelijke inpassing van hetero- en homofielen. Daarbij zal uiteraard ook duidelijk moeten worden in hoeverre die verschillen kenmerken bevatten op grond waarvan kan worden besloten tot deviatie dan wel tot variatie. Voorshands zijn dergelijke onderzoeken zeer moeilijk te verwezenlijken, terwijl alle tot nu toe gedane onderzoeken van een te bepaald geselecteerde groep (bijvoorbeeld patiënten) zijn uitgegaan. Voor de arts heeft dit als consequentie dat ook hij bij zijn behandelingen deze vraag in het midden moet kunnen laten. Dit betekent niet dat men de homofilie als onprobleematisch zou mogen gaan beschouwen, maar het opent wel de mogelijkheid om de aandacht in de eerste plaats te richten op de subjectief beleefde moeilijkheden binnen een homofiele man-man- of vrouw-vrouw-relatie, en in het geheel niet of pas later op de gerichtheid als zodanig.

De aangenomen samenhang van homoseksualiteit en passiviteit/femininiteit bij de man, casu quo activiteit/masculiniteit bij de vrouw. Uitgaande van identificatiestoornissen wordt in de psychoanalytische theorie een nauwe zo niet causale samenhang gezien tussen homoseksuele verlangens en een passief-feminien gedrag casu quo zich zodanig gevoelen bij de man. Nu is het een feit dat homofiele mannen die ons spreekuur bezoeken dikwijls een feminiene indruk maken, of, wanneer ze dat op het eerste gezicht niet doen, bij een psychodiagnostisch onderzoek een onopgeloste spanning tussen masculiene en feminiene tendensen blijken te vertonen. Ditzelfde treft men bij homofiele vrouwen aan. Zolang echter het wetenschappelijk onderzoek betreffende deze samenhang op een te kleine of te geselecteerde groep blijft gebaseerd, mag men strikt genomen niet verder gaan dan de constatering van een samenhang bij die bepaalde groepen. Zo mag men niet aannemen dat er bij alle homofielen een samenhang of zelfs maar een samengaan zal zijn. Wanneer men dat in ogen-schouw neemt komt er ruimte voor andere mogelijkheden. Bijvoorbeeld dat homofiel-zijn niet met een passief-feminien gedrag behoort samen te gaan, of dat als dit in voorkomende gevallen wel het geval is, de eventuele klachten kunnen samenhangen met de ontstaansvoorwaarden van dit gedrag en niet met die van het homofiel-zijn, of dat de factoren die dit gedrag bepalen andere kunnen zijn dan die welke het homofiel-zijn bepalen, zelfs al zouden de factorengroepen voor een deel aan elkander gelijk zijn.

Er zijn nog andere motieven voor ontkoppeling van homoseksualiteit en gedragsvorm: het intrapsychische conflict van masculiene en feminiene tendensen ziet men ook vaak bij heterofiele patiënten; verder kan tijdens een behandeling een

gedragsverandering constateerbaar zijn bij een intussen gelijkblijvende gerichtheid. Ditzelfde kan men ook waarnemen in het verloop van een homofiele relatie.

De neo-analytische ontstaanstheorieën. Over de genese van „de” homoseksualiteit is nog geen eenstemmigheid bereikt. De psychoanalytische benadering, met name die tijdens de laatste decennien (zie vooral *Bieber*) heeft de homoseksuele bevredigingsvorm vooral leren zien als een aanpassingsmogelijkheid bij een onbewust geworden, niettemin verlamdende angst voor de vertegenwoordigers van het andere geslacht. Het ontstaan van deze angst en de latere liefdesfixatie aan seksegenoten wordt dan verklaard door pathogene ouderinvloeden in de pre-oedipale, eventueel ook oedipale periode. Hoe waardevol deze bijdrage van neo-analytische zijde ook is, men mag intussen niet uit het oog verliezen dat deze ontstaanstheorie uitsluitend is gebaseerd op onderzoek van patiënten en dat de theorie geen verandering heeft gebracht in de prognose van de psychoanalytische behandelingen.

De gangbare doelstellingen van de medische behandelingen. Het vrijwel algemeen aanvaarde doel van de medische behandelingen is in volgorde van verkieslijkheid: omvorming tot casu quo herstellen van de heterofiele gerichtheid; het mogelijk maken van een liefst uitsluitend heteroseksuele bevredigingsvorm; een betere integratie (bijvoorbeeld beheersing) van de homoseksuele verlangens. Deze doelstellingen zijn gebaseerd op de mening dat homoseksualiteit een ziekte of stoornis is.

De opvatting van Hirschfeld, gebaseerd op de variantentheorie, dat de homofiele mens geen andere mogelijkheid heeft dan het anders-zijn te aanvaarden, wordt in onze eigentijdse vakliteratuur nauwelijks meer gehoord. Dat komt voor een deel omdat de psychoanalytische opvattingen de mogelijkheid tot herstel van de heterofilie voortdurend suggereren, voor een ander deel door de afweershouding die in onze cultuur tegenover het verschijnsel bestaat.

Over de resultaten van de verschillende vormen van therapie zal pas worden gesproken wanneer op de diagnostische aspecten nader is ingegaan. Wel kan hier reeds worden gewezen op de bijkans in de gehele literatuur voorkomende vaagheden wanneer therapeutische resultaten worden beschreven, zo dit al aan de hand van een te volgen casuïstiek gebeurt.

De feitelijke kennis over homofiele levensmogelijkheden. De voorstelling welke de meeste artsen zich op grond van hun eigen opvoeding, opleiding en ervaring over de homofiele mens hebben gemaakt, is dikwijls beperkt. Weinigen zijn op de hoogte van de grote verscheidenheid van levensmogelijkheden voor homofielen. Daardoorheen spelen opvattingen van levensbeschouwelijke en

religieuze aard een niet geringe rol, zodat de feitelijke hulpverlening vaak op een ambivalente wijze wordt gegeven en men ook gauw geneigd is zich voor een bredere informatie af te sluiten. Zo heeft het voor mij lang geduurd voor ik erachter kwam dat homofiel-zijn geen probleem behoeft te zijn, dat er zeer velen zijn die nooit voor behandeling komen en dat de homofilie daarom wellicht meer sociale dan medische aspecten zal blijken te hebben.

Maar niet minder ben ik er thans van doordrongen geraakt dat het leven voor de meesten uit deze bevolkingsgroep dikwijls een bijzonder moeilijke opdracht is. Een terzake kundige begeleiding zou dus in een alleszins begrijpelijke behoefte voorzien. Naar mijn overtuiging ligt hier een werkteerrein van de geestelijke gezondheidszorg dat tot nu toe nauwelijks is verkend.

* * *

Diagnostische overwegingen. Omdat het woord homoseksualiteit in uiteenlopende betekenissen wordt gebruikt, bestaat er in de medische literatuur over dit verschijnsel grote verwarring. Om misverstand te voorkomen zal daarom eerst worden omschreven wat in het verdere verloop van dit artikel onder homoseksualiteit, biseksualiteit en homofilie wordt verstaan.

Homoseksualiteit wordt letterlijk opgevat (*Salzman 1962, Mendelsohn en Ross*): ieder lichamelijk contact tussen gelijkgeslachtelijken met als doel en/of gevolg een genitaal orgasme is (manifest) homoseksueel. En niet alleen wanneer dit realiter gebeurt, maar ook wanneer daarover in die zin wordt gefantaseerd of gedroomd. Dromen en fantasieën van hetero- dan wel homoseksuele aard zijn specifiek voor de betreffende gevoelsrichting dan daadwerkelijke contacten. Daarom behoeft iemand die homoseksuele contacten heeft of had niet homoseksueel in de zin van het dagelijkse spraakgebruik te zijn; ieder weet immers van incidentele contacten, bijvoorbeeld in de puberteit, die daarna in geen enkel opzicht de heteroseksuele contacten verstoren. Lichamelijke contacten tussen gelijkgeslachtelijken uitsluitend als uitingen van liefde, genegenheid, medelijden en dergelijke noem ik niet homoseksueel zolang het seksuele lustaspect daaraan ontbreekt.

Biseksualiteit bestaat bij hen die bij beide geslachten tot een genitaal orgasme komen. Feitelijk krijgt biseksualiteit bij volwassenen vorm in alternerende hetero- en homoseksuele contacten of in een contactvorm met een daaraan tegengestelde fantasie. Uit de vraag of men de man, die bijvoorbeeld tijdens een gevangenschap een homoseksueel contact heeft, daarbij tot een orgasme komt doch tijdens de handeling aan een vrouw denkt homoseksueel, biseksueel, dan wel heteroseksueel moet noemen, blijkt wel dat de homoseksuele daad niet het belangrijkste is wat betreft de praktische probleemstellingen bij de homoseksualiteit.

Homofilie. Deze term omvat veel meer dan het seksualiteitsaspect. Het betekent namelijk niet alleen dat de betrokkenen uitsluitend verliefd kunnen worden op gelijkgeslachtelijken en in die sfeer dromen of fantaseren, maar ook dat de wijze waarop zo iemand in de wereld staat een essentieel andere beklemtoning heeft in de waardering van alle ander- en gelijkgeslachtelijken. Helaas is hierover nog geen beschrijving in de fenomenologische literatuur aanwezig, maar van onze patiënten kunnen wij dit wel ongeveer als volgt horen: zij zien en beleven de wereld — hun Mitwelt — en vullen hun wereld met de eigen seksegenoten, voor hen is de aandacht, zij vallen meer en eerder op. Als vanzelf kijkt de homofiel bedoeld en onbedoeld naar de eigen sekse, hij kan dan worden geboeid op een wijze zoals de heterofiel wordt geboeid door de andere sekse. Waar bij de heterofiel bijvoorbeeld van een tegemoetkomend paar de ander-geslachtelijke in het centrum van het gezichtsveld pleegt te komen, is het omgekeerde het geval bij de homofiele mens. En zo zijn er talloze ontmoetingen en situaties te noemen waarin het homofiel-zijn door de patiënten wordt gevoeld. Deze gevoelsrichting wordt ervaren als geheel tot de eigen persoon behorend, iets fundamenteels dat in de verwerkelijking en beleving van allerlei dagelijkse situaties een belangrijke rol speelt. De feitelijke aanwezigheid daarvan is onontkoombaar en niet „weg te praten”. Dit gevoel en besef van het anders zijn (Hirschfeld) is voor de homofielen even diep verankerend als zij zich voorstellen dat het heterofiel-zijn verankerend ligt in de heterofiele mens: de homofiel beleeft zijn anders-zijn als een zijnsvorm, als het ware: zo ben ik en niet anders.

Het is echter de vraag of deze kenschetsing voor alle homofielen in dezelfde mate geldt. Er zijn immers vele homofielen die geen medische hulp zoeken, omdat het homofiel-zijn voor hen niet zodanig problematisch is dat op grond daarvan klachten ontstaan; dit veronderstelt een voldoende mate van sociaal welbevinden, dus een bevredigende omgang met de andere sekse. Voor onze patiënten met homoseksuele problematiek is die kenschetsing echter steeds geldend en daarom als belangrijk diagnosticum bruikbaar. Alvorens de praktische consequenties hiervan bij de diagnostiek en psychotherapie verder uit te werken, willen wij nader ingaan op de relatie tussen homofilie en homoseksualiteit.

Wanneer in de puberteit het liefdesverlangen tot de ander een genitaal-seksuele vorm krijgt, betekent dat voor de homofiel het homoseksuele verlangen. Krijgt de heterofiele puber dromen en fantasieën van heteroseksuele aard, bij de homofiele puber zijn deze homoseksueel. In die periode ontstaan voor de homofiel de eerste moeilijkheden. Immers, terwijl de puber de overwegend heterofiel en heteroseksueel gestructureerde wereld als voortdurend voorbeeld ervaart, voelt de homofiele puber zich daarin geïsoleerd. De vriendschappelijke omgang wordt toegestaan, maar de homoseksuele im-

puls wordt door haar of hem veelal onderdrukt. Deze verlangens raken dus spoedig in de klem en hoe sterker de homofiele puber de homoseksuele verlangens als verboden ervaart, hoe meer geheim zij of hij die houdt, hoe duidelijker de seksualiteit ten opzichte van de overige persoonlijkheidsaspecten geïsoleerd gaat raken. Zo gaat het seksuele leven een schaduwbestaan vormen waardoor het begrijpelijk is dat de concretisatie van die verlangens tot een wangedrocht wordt. Door middel van dat wangedrocht (in fantasie, droom of handeling) komt die jonge mens tot seksuele bevrediging, hetgeen een fixatie eraan in de hand werkt.

Het spreekt vanzelf dat de meeste homofielen het taboe dat in onze gezinnen en samenleving op homoseksualiteit rust, vroeg overnemen en daarom zullen proberen om de schijn van normaal-zijn op te houden door mee te doen met de anderen op de manier van de anderen. Op die wijze ontstaat in de aanvaarding van de veroordeelde homofiele en homoseksuele gerichtheid en dus ook in de zichzelf-wording een vertraging en in plaats van een eigen bestaansvorm te vinden wordt een tijdlang een pseudoheterofiel bestaan geleid. Langs die weg hoopt en verwacht die jonge mens geaccepteerd te blijven in het gezins-, school- en werkmilieu, hetgeen dan meestal wel gelukt, maar ten koste van een met de jaren groter wordende innerlijke spanning en een verlangzaamde zichzelf-wording. Zo ontstaan opmerkelijke wanverhoudingen.

Als voorbeeld moge dienen een 24-jarige student die reeds jaren lang in het geheim homoseksuele contacten heeft, maar wiens slechte feitelijke aanvaarding hieruit blijkt dat hij naar een beroepsideaal toewerkt, waarin zijns inziens het gehuwd zijn noodzakelijk is. Nu zijn afstuderen in zicht komt realiseert hij zich dat in zijn feitelijke toestand (het homofiel zijn) voor dit ideaal geen plaats is. Pas nu — jaren nadat hij tot het besef kwam homofiel te zijn — moet op korte termijn een oplossing voor dit probleem worden gevonden.

Tegelijk met een uitgesproken pseudoheterofiel bestaan blijft uiteraard de homoseksuele bevrediging op een gestoorde wijze beleefd: een 22-jarige zich homofiel voelende onderwijzer, wiens verkering een onbedoeld bedrog is, kwam nooit tot een homoseksueel contact doch vindt zijn bevrediging uitsluitend in de masturbatie waarbij hij zich voorstelt de penis van een ander vast te pakken. Het is opmerkelijk dat hij zich daarbij niet de persoon van die ander voorstelt, dus slechts een in de lucht hangende penis. Dit is even gestoord als de masturberende heterofiele man die zich daarbij manipulaties aan een vagina zonder vrouw voorstelt.

Stoornissen binnen het homoseksuele beleven zijn bij homofiele patiënten frequent en we zouden daarin een bevestiging kunnen zien van de opvatting dat homofilie een stoornis is. Maar evengoed kunnen wij aannemen en dat ligt zelfs meer voor de hand, dat het louter aanwijzingen zijn voor het gemakkelijk ontstaan van secundaire, overwegend sociogeen bepaalde uitgroei-stoornissen bij een homofiele gerichtheid. Immers, die gerichtheid tendeert op dezelfde manier naar een liefdesrelatie als de heterofiele. Daarom zouden vele van deze stoornissen worden voorkomen als de heterofiele wereld met meer tolerantie tegenover de homofiel zou staan, als ouders die deze geaardheid bij hun

kinderen ontdekken, het zouden kunnen opbrengen hen te helpen er iets van te maken, als artsen en zielszorgers in dezelfde geest hulp konden bieden en als de overheid er meer aan zou meewerken dat homofielen aan goede ontmoetingsplaatsen worden geholpen.

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn geworden dat het voor de diagnose van patiënten met een homoseksuele problematiek allereerst van belang is uit te maken of zij homofiel dan wel heterofiel zijn. Waar dan homofilie aanwezig blijkt, is dat centraler dan de homoseksuele problematiek.

Dat de diagnose homofilie niet kan worden gebaseerd op gedrags- en levenswijzen blijkt uit de volgende feiten:

Homoseksuele contacten behoeven niet op homofilie te duiden.

Een homofiele man behoeft niet feminien te zijn, zomin als een feminiene man homofiel moet zijn; hetzelfde geldt, doch dan wat betreft masculiniteit, voor de vrouw. Er zijn veel homofielen die men het niet kan aanzien (in het onderzoek van Curran 79 procent.)

Homofielen kunnen gehuwd zijn, uiteraard zijn dit in vele gevallen schijnhuwelijken.

Heteroseksuele contacten sluiten homofilie niet uit. Het geen seksuele contacten hebben maakt een homofiel niet minder homofiel, zomin als een heterofiel minder heterofiel wordt door in onthouding te leven.

Wanneer twee vriendinnen of vrienden samenwonen behoeven zij niet homofiel te zijn.

Twee homofiele vriendinnen of vrienden behoeven geen seksueel contact met elkaar te hebben.

Er zijn heterofielen die ook homoseksuele contacten hebben.

Een opvallende behoefte om het gezelschap van eigen seksegenoten te zoeken kan ook bij heterofielen bestaan.

Deze feiten wijzen er op dat gedrags- en levenswijzen op zichzelf geen factoren zijn om tot de diagnose homofilie te komen en dat daarom uitsluitend een belevingsanalyse hiertoe kan voeren.

Om terug te komen op de omschrijving van de gebruikelijke terminologie: de term homo-erotiek wordt zo vaak en op diverse wijzen gebruikt dat de betekenis ervan nietszeggend is geworden wanneer het gaat om het in dit artikel gestelde doel. Eenzelfde onderscheid als hier gemaakt is tussen homofilie en homoseksualiteit wordt ook aangehouden voor de termen heterofilie en heteroseksualiteit.

Wanneer wij deze gegevens willen toepassen in de praktijk van huisartsen en psychiaters, rijzen er een aantal concrete moeilijkheden bij het stellen van de diagnose. Deze kan immers niet worden gesteld vooraleer de patiënt voldoende duidelijk heeft uitgedrukt wat hierboven als de uitingen van de homofiele gevoelsrichting werd omschreven, met name het zich aangetrokken voelen tot, de ver-

liefdheden, de dromen en fantasieën. Het zich seksueel niet aangetrokken voelen tot andergeslachten en het hebben van homoseksuele contacten zijn geen van beide criteria voor de diagnose homofilie.

Omdat de huisarts veelal de eerste is die de patiënt bij zich krijgt en deze laatste — indien homofilie de pathogene of bijkomende factor is — een te grote angst voor de mededeling daarvan kan hebben, kan het in feite hierop neerkomen dat de huisarts niet meer te weten komt dan de klachten zoals slaapstoornissen, moedeloosheid, concentratiestoornissen, angsten, paranoïde gedachten, tentamen suïcidi. Zolang de patiënt de achtergrond niet meedeelt blijft het psychopathologisch syndroom onbegrepen in zijn ontstaan. Deze patiënt kan tenslotte ook naar een psychiater worden verwezen, die, wanneer de patiënt het geheim uit angst, schaamte of schuldgevoel blijft bewaren, evenmin tot een bevredigende diagnose kan komen. Zolang de patiënt erover zwijgt kan en mag de diagnose niet worden gesteld. Dit betekent dus dat een bepaald percentage van ondoorzichtige beelden met name depressies en angstneurotische reacties, op homofilie kan berusten.

Tastbaarder worden de moeilijkheden in al die gevallen waarin de patiënten de achtergrond wel aangeven. Vanwege de gecompliceerdheid van dit probleemgebied zou mijns inziens iedere patiënt naar een psychiater moeten worden verwezen. Niet dus elke homofiel, maar wel al degenen die zich vanwege een homoseksuele problematiek tot de arts wenden. Want het is juist bij deze patiënten dat zich de diagnostische en psychotherapeutische problemen in een veelvoud aandienen, met als bijzondere complicatie dat dit veelvoud niet alleen bepaald wordt door moeilijkheden van vaktechnische aard, doch mede door het dikwijls bij voorbaat innemen van een standpunt door de medicus. In dit opzicht blijkt er vaak een gelijkvormige afweer bij patiënt en arts te bestaan. Het is in onze cultuur immers normaal te achten dat ook de arts tot een zekere zelfoverwinning moet komen om op een zo zakelijk mogelijke wijze over homoseksualiteit te spreken, onbevangen de problemen juist van deze patiënten op zich te laten inwerken, mede te gaan met redelijke verlangens en niet vrijwel direct als bij een kortsluiting een gevoelsmatige afweer de overhand te laten krijgen.

De diagnostische problemen komen tot uiting in de gebruikelijke begripsbepalingen en bij de toepassing daarvan op de patiënt. Een afzonderlijke bespreking hiervan is noodzakelijk om tot een ontvarring te kunnen komen. In literatuur en praktijk wordt, wanneer men verder wil gaan dan alleen homoseksualiteit te constateren, gewerkt met de begrippen latente homoseksualiteit, pseudohomoseksualiteit, neurotische homoseksualiteit en constitutionele homoseksualiteit.

Latente homoseksualiteit. Met deze term wordt gewoonlijk bedoeld dat er kenmerken zijn die aan manifeste homoseksualiteit doen denken — met die kenmerken worden dan

gedrags- en levenswijzen bedoeld — zonder dat de patiënt daar zelf erg in schijnt te hebben. De homoseksuele contacten liggen als het ware naast de deur, wachtend op bepaalde begunstigende omstandigheden. Iedere psychiater kent deze mensen, ook onder de gehuwden, en wij willen dan voorkomen dat verwerkelijking een feit zal worden. Naar mijn mening zijn de zogenaamde latent-homoseksuelen in drie groepen te verdelen.

Allereerst zij die in feite homofiel zijn, maar er nog geen erg in hebben. Wij hebben hier te doen met de eerste fase van de bewustwording, welke iedere homofiel vroeger of later doormaakt. Er is meestal wel een besef anders te zijn, maar de werkelijke aard van het anders-zijn wordt nog niet onderkend. Gewoonlijk zullen deze mensen ongetrouwd zijn en bovendien sociaal nog in de leerlingrol. Zo kunnen wij bijvoorbeeld van homofiele academici horen dat hun geaardheid pas in volle duidelijkheid en zwaarte tot hen doordrong na het afstuderen, bij het begin van hun beroepsuitoefening. Als er een behandelingsbehoefte ontstaat, is het meestal in deze tijd. De onderzoeker mag dan echter niet meer van een latente vorm spreken en hoogstens nog aarzelen tussen homofilie en heterofilie, of — als hij gewend is in deze termen te denken — tussen biseksualiteit, pseudohomoseksualiteit, neurotische homoseksualiteit en constitutionele homoseksualiteit.

De tweede groep is moeilijker te omschrijven. Er komen zowel hetero- als homofielen in voor, vaak zijn zij getrouwd en zij komen bij ons voor andere dan seksualiteitsproblemen. Vaak zijn het psychisch nog onvolgroeide persoonlijkheden. Als zij heterofiel en gehuwd zijn en huwelijksmoeilijkheden hebben, komen deze uiteraard niet voort uit de latente homofilie, maar uit hun onvolgroeidheid. Zij zijn daardoor niet opgewassen tegen hun levensproblemen. Maar als wij, op grond van hun gedrags- of levenswijze, bij gehuwden aan latente homoseksualiteit denken, is de kans dat zij tot homoseksueel gedrag komen in feite een voor de diagnose positief gegeven. Door een eventueel manifest worden komt de stoornis in de huwelijksverhouding immers tot uiting; de spanningen krijgen gestalte en worden daardoor gemakkelijker te behandelen. Natuurlijk kan daarbij blijken dat de patiënt homofiel is, de ernstige consequenties daarvan kunnen in dat geval het dagelijkse leven verzwaren, maar in principe leeft de patiënt toch gezonder dan tevoren mogelijk was. Bij de bespreking van de psychotherapie van de biseksualiteit wordt hierop nader ingegaan.

Tenslotte kan de diagnose latente homoseksualiteit ook worden gesteld bij patiënten van wie de medicus het vermoeden heeft dat zij homofiel zijn, zonder dat zij daarover durven spreken. Zodra de patiënt zich wel uitspreekt zal blijken of hij hetero- dan wel homofiel is. Als wij deze mogelijkheden overzien zou de term latente homoseksualiteit letterlijk genomen eigenlijk alleen van toepassing zijn op diegenen uit de tweede groep die achteraf homofiel blijken te zijn. Voor alle andere gevallen is de term misleidend en daarom voel ik veel voor de mening van Salzman (1957) dat deze term geen praktische bruikbaarheid heeft. Bij nadere differentiëring vallen deze groepen immers uiteen in homofielen en heterofielen, al of niet met biseksualiteit. Als straks de psychotherapie ter sprake komt, zal blijken dat deze differentiëring een praktische bruikbaarheid heeft, terwijl de term latente homoseksualiteit — die dezelfde patiëntengroep dekt — dat niet heeft.

Pseudohomoseksualiteit. Deze term komt in de eigentijdse literatuur in verschillende betekenissen voor, namelijk als nood-, gelegenheids- en perifere homoseksualiteit. De termen nood- en gelegenheidshomoseksualiteit duiden op ongeveer hetzelfde: bij gebrek aan de mogelijkheid tot heteroseksueel contact — tijdens veldtochten en lange zee-reizen, in gevangnissen en psychiatrische ziekenhuizen — kunnen heterofielen tot homoseksueel contact overgaan. Zodra de mogelijkheden tot heteroseksueel contact zich weer voordoen, eindigt de behoefte aan het homoseksuele contact. Dit soort homoseksuele contacten vormt zelden aanleiding een arts te consulteren. Bij perifere homoseksualiteit denkt men eerder aan homoseksuele contacten die niet door een nood situatie zijn bepaald. Een goed voorbeeld zijn de puberteitscontacten, die meestal voort-

komen uit de drang tot seksuele bevrediging zonder dat er een werkelijke liefdesrelatie ontstaat. De vorm die deze contacten hebben is meestal de mutuele onanie. Ook deze contacten vormen zelden aanleiding tot subjectieve klachten, zelfs niet als zij wat langere tijd blijven voortbestaan, zoals bijvoorbeeld op kostscholen, terwijl zij evenmin een pathogene invloed op de verdere persoonlijkheidsontwikkeling hebben (*Gibbens, Giese*).

Het diagnostische en therapeutische knelpunt bij de groep van de pseudohomoseksuelen wordt echter gevormd door hen die gefixeerd zijn geraakt in een homoseksuele bevredigingsvorm en daarbij tegelijkertijd spanningen ervaren. Naar mijn mening moet en kan ook bij deze „pseudohomoseksuelen” onderscheid worden gemaakt tussen heterofielen en homofielen. Als een heterofiel in een homoseksueel patroon raakt gefixeerd en dan uiteraard spanningen gaat ervaren, dus in behandeling kan komen, is die behandeling in principe niet moeilijk. De fixatie aan dit patroon zal dan vaak blijken te zijn begonnen door lichamelijk contact met een homofiel, op een tijdstip dat de betrokkene qua gevoelsrichting nog niet duidelijk was gedifferentieerd. Dit tijdstip kan ook na de puberteit vallen; in dat geval is er sprake geweest van een retardatie bij de patiënt.

Ook in de gevallen dat de „pseudohomoseksueel” in feite een homofiel blijkt te zijn, die na de homoseksuele contacten onlust- en spanningsgevoelens ervaart, zijn dergelijke gevoelens begrijpelijk zolang de homofiele gerichtheid wordt afgeweerd. Deze afweer kan een reeks klachten tot gevolg hebben, zodat ook zij zich onder behandeling stellen. Waar het dus praktisch op neer komt is dat degenen die wij als medicus bij ons krijgen en bij wie velen onder ons tot de diagnose pseudohomoseksualiteit komen, in feite als heterofiel dan wel als homofiel zijn te diagnostiseren.

Neurotische homoseksualiteit. Binnen de beschouwingen over de neurotische homoseksualiteit komen de theoretische en praktisch-diagnostische moeilijkheden het duidelijkst tot uiting. Dit begrip draagt de huidige opvatting over de genese van dit antropologische verschijnsel het meest in zich. Het is immers thans wel overwegend de mening van de psychopathologen dat de homofiele gerichtheid zowel constitutioneel is bepaald, als dat pathogene ouder-invloeden in de pre-oedipale fase een aan het normale tegengestelde keuze tot stand hebben gebracht. Vooral van psychoanalytische zijde is de kennis over de ontwikkelingsfactoren en onbewuste motieven verrijkt (*Freud, Sadger, Boehm, Ferenczi, Stekel, Horney, Thompson, Schultz Hencke, Weissman, Rubinstein, Bieber*). Wanneer men echter deze literatuur bestudeert vanuit de vraagstelling of met neurotische homoseksualiteit wordt bedoeld dat de beweegredenen tot deze contacten neurotisch zijn (Thompson), of dat de homoseksuele daad een neurotisch symptoom (Horney) dan wel een monosymptomatische fobie (Rado) is, of dat aan het ontstaan van homofilie dezelfde dynamismen ten grondslag liggen als aan de neurose (Ferenczi, Boehm), of dat een homofiel altijd neurotisch is, steeds blijft het antwoord op de grondvraag wat de praktische betekenis is van de term neurotische homoseksualiteit onduidelijk. En wanneer wij ons nu realiseren dat de kennis over de psychogenetische factoren bij homofilie en homoseksualiteit uitsluitend is gebaseerd op analytisch onderzoek van hen die zich uit eigen behoefte dan wel gedwongen tot ons hebben gewend (Mendelsohn en Ross), terwijl over het onbekende merendeel der homofielen wetenschappelijk niets bekend is (*Bianchi*), mag het een misvatting heten wanneer dit verschijnsel uitsluitend als een neurotische reactievorm casu quo karakterneurose te boek staat. Uiteraard neemt dit niet weg dat een homofiel neurotisch kan zijn, waarbij dan de mogelijkheid bestaat dat de neurotische klachten zijn ontstaan op basis van de homofiele gerichtheid (*Fenichel*).

Maar hoe stelt de medicus dan deze diagnose bij de patiënt? Wanneer dit niet is vanuit de vooronderstelling homofilie is gelijk aan neurose, kan deze diagnose worden gesteld op grond van een psychodiagnostisch onderzoek waaruit het-zich-neurotisch-verhouden-tot is gebleken. Maar zelfs dan zal de vraag of de homofiele gerichtheid als een uiting daarvan, dan wel het neurotisch reageren als een gevolg van deze gerichtheid moet worden opgevat, niet makkelijk zijn te beantwoorden. Daarom vermoed ik dat deze diagnose in vele

gevallen wordt gesteld bij patiënten die een heterofiele indruk maken, althans niet overeenkomen met de voorstelling welke de onderzoeker zich over homofielen heeft gemaakt.

Constitutionele homoseksualiteit. Over de moeilijkheden ten aanzien van dit begrip is in de inleiding gesproken.

Terugkomend op het uitgangspunt dat men in de psychiatrische praktijk met de begrippen latente, pseudo-, neurotische en constitutionele homoseksualiteit werkt, zal nu begrijpelijk zijn dat ik zou willen voorstellen om bij de vraag hoe onze patiënten moeten worden behandeld niet uit te gaan van deze ook in diagnostisch opzicht misleidende termen, maar van een onderzoek dat uit moet maken of er sprake is van heterofilie dan wel van homofilie. Wellicht zal hiertegen als bezwaar worden geopperd dat hetero- en homofiele gerichtheden moeilijk zijn te scheiden. Ik zou daar dan op willen antwoorden dat door patiënten met een homoseksuele problematiek die scheiding steeds scherp wordt beleefd.

Wij komen nu tot de moeilijkheden die zich kunnen voordoen bij het stellen van de diagnose in een concreet geval: heterofilie of homofilie. Naar mijn mening doen zich deze moeilijkheden vaker voor naarmate de arts minder ingaat op het door de patiënt gebodene. Het gaat hier immers over patiënten die min of meer spontaan vertellen over hun homoseksuele problematiek: zij vrezen het te zijn, zij zoeken de ontkenning het te zijn, zij hebben op dit punt onzekerheid, zij weten niet hoe ze er mee aan moeten, zij hebben er schuldgevoelens over enzovoort. De speciële anamnese gaat dan meestal niet verder dan wat de patiënt hierover uit zichzelf aangaf. Reeds *Sugar* wees op de noodzaak de anamnese dan uit te breiden door te vragen naar de reële argumenten op grond waarvan de patiënt meent of vreest homofiel te zijn, naar zijn seksuele dromen en fantasieën, de seksuele ervaringen welke hij in contact met anderen heeft gehad, de onanie en de fantasieën daarbij, de concrete vorm van zijn verlangens, de leeftijd en aard der voorkeurstypen. Tegelijkertijd moet mijns inziens de patiënt worden gevraagd wat hem bekend is van de homofilie in het algemeen: kent hij homofielen, het bestaan van vriendenparen, de vereniging voor homofielen (C.O.C.), voorlichtings-

lectuur, wettelijke bepalingen, ontmoetingsmogelijkheden, gevaren van prostitutie, geslachtsziekten en chantage. Ook is het van belang te weten in hoeverre de patiënt deze problemen met anderen heeft besproken, met wie, om welke reden en hoe zijn eigen en de reactie van de ander daarop was. Uiteraard zal bij deze speciële anamnese het onderzoek naar de bewuste beleving van heterofiele en heteroseksuele relaties een gelijkwaardige plaats moeten hebben. Wanneer men al deze gegevens heeft — en het is nimmer moeilijk deze te krijgen, omdat op iedere vraag een antwoord mogelijk is, mits de onderzoeker die vragen maar wil stellen — is het naar mijn ervaring bij iedere patiënt mogelijk om tot een diagnose (a) te komen die vooralsnog slechts een van de volgende kan zijn:

homofilie met homoseksualiteit;
homofilie met biseksualiteit;
heterofilie met biseksualiteit;
heterofilie met heteroseksualiteit;
bifilie met biseksualiteit (hoewel ik deze gevallen niet ken, is het bestaan ervan niet bij voorbaat uit te sluiten).

Tevens kan men zich nu een oordeel vormen over de concrete belevingsvorm van de seksualiteit met de stoornissen daarin. Daarnaast moet dan de gewone psychiatrische diagnose (b) van syndroom en persoonlijkheidstype worden gesteld met behulp van het psychiatrische (inclusief somatische) en zo mogelijk ook psychodiagnostische onderzoek; uiteraard is ook deze diagnose bepalend voor de prognose van de psychotherapie.

Hoewel er steeds een samenhang tussen beide diagnoses (a en b) is, zal het met het oog op de behandeling juister zijn deze vooralsnog als gescheiden en in zekere zin los van elkaar staande te beschouwen. Want wanneer men een homofiele patiënt wil behandelen is het vanzelfsprekender rekening te houden met het fenomenologisch als existentieel beleefde van deze gevoelsrichting, dan zich in het keurslijf van een theorie te blijven wringen. Nu ontstaat in de psychotherapie eenzelfde situatie als die bij heterofiele patiënten, waardoor onder andere wordt voorkomen dat de patiënt voortijdig tot het zoeken van contacten komt die als oneigenlijk worden ervaren.