

Homoseksuele problematiek op het medisch spreekuur (2)*

DOOR W. J. SENGERS, ZENUWARTS TE ROTTERDAM

Psychotherapeutische overwegingen. In de afgelopen decennia is duidelijk geworden dat psychotherapie de enig juiste behandeling is. In het eerste deel van dit artikel zijn in het kort de praktische moeilijkheden daarbij genoemd. Het kan natuurlijk tevens nodig blijken enige tijd sedativa te geven of ook een tijdelijke hormonale libido-remmende therapie. De vraag is echter wat het doel van de behandeling moet zijn en waaruit de psychotherapie moet bestaan. **

In de literatuur wordt, dikwijls onuitgesproken, het bereiken van een heteroseksuele bevredigingsvorm als doel gesteld. Uit het eerste deel van dit artikel moge echter zijn gebleken dat daarmee nog niet van een genezing mag worden gesproken. Dit kan pas het geval zijn wanneer de homofilie heeft plaats gemaakt voor heterofilie, ook al bestaat deze dan slechts ten opzichte van één persoon der andere sekse. Hoewel de psychoanalytische scholen deze omvorming in principe mogelijk achten — er bestaan enkele mededelingen van een via een psychoanalyse bereikte genezing (Adler, *Laforgue*, Bergler, *Poe*); bovendien schreven een aantal auteurs over de mogelijkheid van succesvolle behandelingen (Allen, *Ellis*, Bieber, *Martin*, Sugar, *Moore*, Benda, *Hadfield*, Weissman, *Zucker*) — er zijn ook artikelen waarin een veel sceptischer geluid doorklinkt (*Glover*, *Taylor*, Curran en Parr, *Rubinstein*) of aan die omvormingsmogelijkheid wordt getwijfeld (*Wolfenden Report*, Mendelsohn, *Freund*). Bij een kritische bestudering van de door mij bereikte literatuur, waartoe dus de zojuist genoemde publikaties behoren, is mij gebleken dat niemand op overtuigende wijze een omvormingsresultaat heeft beschreven; steeds bleek dat niet was na te gaan of de patiënten homofiel waren of het werd duidelijk dat zij heterofielen waren met biseksualiteit. Dit betekent dat de literatuur geen bruikbare richtlijnen geeft.

De analytici achten bij voorbaat een ver doorgevoerde psychoanalyse aangewezen. Een dergelijke behandeling is echter in de meerderheid der gevallen om praktische redenen onuitvoerbaar. Wellicht ook hierom wordt behalve de omvorming

ook wel als positief behandelingsresultaat genoemd wanneer het de patiënt gelukt om de seksuele verlangens beter te beheersen of wanneer er een verbeterde integratie van de seksuele problematiek kan worden bereikt. Hierover doordenkend kan men zich afvragen of hiermede de onthouding is bedoeld dan wel een concrete seksuele belevingsvorm, waarmee de patiënt zich beter voelt dan voor de behandeling. Uiteraard behoort het niet tot onze taak om van de patiënten te verlangen dat zij in onthouding leven, maar daarmee vervalt iedere redelijke grond om de onthouding op zichzelf als doel van de behandeling te stellen. De verdwijning van klachten is ons enig criterium, medisch-ethisch onafhankelijk van de vraag of dit resultaat een gevolg is van een omvorming der homofilie dan wel van het bereiken van een klachtenvrij leven als homofiel. Omdat er geen middel is waarmee voorspelbaar wordt met welke van deze twee resultaten de psychotherapie als beëindigd kan worden beschouwd, volg ik bij de homofiele patiënten een behandelingsschema waarmee beide mogelijkheden steeds open blijven. Omdat echter niet alle patiënten met een homoseksuele problematiek homofiel zijn, lijkt het mij het beste om de psychotherapeutische aspecten te bespreken aan de hand van de diagnostische groepering zoals deze in het voorafgaande staat beschreven.

Homofilie met homoseksualiteit. De voor de praktijk belangrijkste problemen komen voort uit de aard der moeilijkheden van de patiënt: niet alleen het psychiatrische syndroom, tegelijkertijd — en daarop is thans onze aandacht vooral gericht — de seksuele problematiek. De verwachting welke de patiënt van de behandeling heeft, zal in het algemeen bestaan uit het verlangen dat aan een min of meer diepgaand onbehagen een einde komt (dit onbehagen is een aspect van het psychiatrische syndroom) en daaraan gekoppeld een idee over wat er dan in die seksuele problematiek zou moeten veranderen. Zo kan het zijn dat een patiënt het verlangen uit om normaal te worden, waarmee in het algemeen de heterofilie wordt bedoeld. Het volgende geval bevat een aantal van die problemen; het is illustratief niet alleen als voorbeeld van homofilie, van een duidelijke stoornis binnen de homoseksuele contacten, maar ook als aanwijzing waarom de therapeut sceptisch mag staan tegenover de wens om heterofiel te willen worden. Hoe gecompliceerd dit geval aanvankelijk ook leek (bijvoorbeeld in de behandeling van de depressie), toen de diagnose eenmaal was gesteld verdwenen

* Zie (1966 huisarts en wetenschap 9, 125.

** De laatste jaren worden in de Engelse literatuur door aanhangers van Eysencks opvattingen mededelingen gedaan over de behandeling van homoseksualiteit door middel van deconditionering (*Feldman*). Deze behandeling acht ik een kunstfout omdat, indien een heteroseksuele belevingsvorm wordt bereikt, de homofilie daarmee niet is opgeheven. De nieuwe seksualiteitsbeleving zal dan ook voeren tot grotere spanningen.

met het volgen van het therapeutische schema de klachten in korte tijd.

Een 26-jarige ongehuwde huisknecht, reeds acht jaar in dienst bij dezelfde werkgever, werd in september 1963 naar de polikliniek verwezen wegens slaapstoornissen en huilbuien. Na acht maanden komt hij met de op grond van zijn feminiene psychomotoriek vermoede, maar tot nu toe door hem zelf ontkende homoseksuele problematiek naar voren. Hij schaamt zich daarbij sterk en uit de wens „er van af te komen, normaal te worden”. Hij wil „gewoon getrouwd zijn” omdat hij „met deze manier van doen zijn leven niet wilde slijten”. „Deze manier van doen” bleek een sinds zijn zestiende jaar bestaande promiscuïteit te zijn, ongeveer tweemaal per week met steeds een ander, van wie hij zelden meer dan de voornaam kende. De partners vond hij in een urinoir wanneer het donker was, hij ging dan met zo iemand mee en vertrok kort na de ejaculatie weer naar huis, het huis van zijn stiefmoeder. Sinds de puberteit werd hij alleen verliefd op eigen seksegenoten. Heteroseksuele contacten heeft hij nooit gehad, daaraan bestaat totaal geen behoefte. Niemand van zijn familieleden of kennissen had hij iets over zijn probleem en geheime bestaanswijze verteld.

Verdere details kunnen achterwege blijven omdat het voor ieder begrijpelijk zal zijn dat deze man zijn geluk daarin niet kon vinden. Homofiel-zijn betekende voor deze zwakbegaafde man dit geheime promiscue leven. Merkwaardig was dat hij nooit had gehoord van een vereniging voor homofielen, over homoseksualiteit niets had gelezen en geen homofiele vriendenparen kende. Een vriendin met wie hij sinds de lagere school omging, durfde hij tijdens de behandeling over zijn gerichtheid in te lichten waarbij hij tot zijn verbazing hoorde dat zij lesbisch was. Voor deze patiënt betekende de wens om heterofiel te worden de oplossing welke hij voor zijn problemen zag. Slechts een kleine sector van de homofiele levensvormen, en dan juist een ongunstige, had hij voor het geheel aangezien.

De behandeling van deze patiënt, die een eenvoudig voorbeeld van homofilie met homoseksualiteit is, bestond uit een voorlichting over de ontmoetings- en levensmogelijkheden voor homofielen, gevolgd door een steungevende therapie om hem, zoals ook Giese dat beschrijft, van de ongebonden tot de gebonden belevingsvorm te helpen komen. Na enkele maanden had deze patiënt een oudere vaste vriend gevonden, waren zijn klachten verdwenen en konden toen de in feite belangrijker problemen samenhangend met zijn ambivalente binding aan zijn stiefmoeder worden besproken. Zonder enigerlei pressie in welke richting ook uit te oefenen, maar door het hem mogelijk te maken uit een geheel van mogelijkheden die hem tevoren onbekend waren, een keuze te doen vanuit eigen vrijheid en verantwoordelijkheid, werd ook deze patiënt in een situatie gebracht waarin een aan hem aangepaste psychotherapie, zonder de in het begin van dit artikel genoemde moeilijkheden, kon worden gevolgd.

Het behandelingschema dat ik bij alle patiënten van deze groep volg, ook bij de neurotische homofielen — al denken velen daar anders over — bestaat uit twee fasen. In de eerste fase wordt een aan ieder geval aangepaste voorlichting gegeven over de concrete levensmogelijkheden voor homofielen, het bestaan van de vereniging voor homofielen, lectuur, wettelijke voorschriften en de gevaren, met name prostitutie en geslachtsziekten. Pas wanneer deze voorlichting is verstrekt kan geleidelijk, indien dat nog nodig blijkt, tot de tweede fase worden overgegaan: de eigenlijke psychotherapie.

Voorlichting. Deze is gebaseerd op de gedachte dat de patiënten, wil de behandeling niet veranderen in de bekende weerstanden, in een situatie moeten worden gebracht die vergelijkbaar is met die van heterofiele patiënten. De meesten onder

hen blijken namelijk niet of onvoldoende op de hoogte te zijn van eenvoudige feitelijkheden omtrent de homofilie, hetgeen een onnodige verstoring van hun isolement tot gevolg heeft en fixaties in de hand werkt. Zo min als voorlichting inzake alle met liefde en seksualiteit samenhangende problemen bij pubers tot catastrofes leidt, is dit het geval wanneer aan deze patiënten homoseksuele voorlichting wordt gegeven. Die voorlichting moet echter informatief blijven, geen adviezen bevatten. Met die verrijking van kennis kan iedere patiënt het zijne beginnen, al naar gelang de individuele mogelijkheden. Mocht een patiënt mij om adressen of bemiddeling vragen (bijvoorbeeld van het C.O.C.) dan geef ik die. Het is dus aan de patiënt om zijn verlangens een andere concrete vorm te geven, die vanzelfsprekend uit een grote verscheidenheid van mogelijkheden kan bestaan. Wat er nu ook gaat gebeuren, alles kan in de therapeutische gesprekken op dezelfde wijze worden beoordeeld als de al of niet geconcretiseerde contacten bij heterofielen. Deze voorlichting is mijns inziens niet alleen noodzakelijk, zij heeft ook vooral in psychohygiënisch opzicht uitsluitend voordelen. Op deze wijze wordt immers onverwacht een nieuw perspectief geboden, het schuldgevoel wordt aangestast, van de zijde van de therapeut wordt een acceptatie ervaren van iets dat de patiënt dikwijls jarenlang tevergeefs heeft trachten af te weren of te overwinnen. Het is mijn ervaring dat alleen reeds deze voorlichting een onmiskenbaar bevrijdende werking heeft.

Een gewichtig voordeel is verder dat dank zij de voorlichting de problematiek van het ideële naar het concrete wordt overgebracht, waarbij tegelijkertijd foutieve voorstellingen aan de hand van werkelijk beleefde situaties worden gecorrigeerd. Of met andere woorden: het gespreksthema in de behandeling verplaatst zich van neigingen, verlangens en dergelijke naar de beleving van communicatievormen. Er bestaat geen meer voor de hand liggende manier om de patiënt tot het besef te brengen van stoornissen binnen de aard van zijn homofiele en homoseksuele verlangens, tot het besef ook van wat feitelijk in hem leeft, van wat hij of zij eigenlijk zoekt. En wanneer de patiënt nu tot contacten komt betekent dat tevens dat hij anderen nabij is gekomen op een wijze welke hij tevoren niet mogelijk achtte. Dan ontstaat een nieuwe vorm van vertrouwd zijn met een ander en dit niet alleen in de lichamelijke betekenis, maar ook een meer vertrouwd raken met zichzelf juist door die ander. En dat nabij gekomen zijn zal gepaard gaan met een gevoel van erbij te horen, het wordt een overbrugging van afstanden, niet alleen tegenover die ene maar dan tegelijkertijd als vanzelf tot alle anderen, ook de andergeslachtelijken. De patiënt kan nu immers het gevoel ontwikkelen van een plaats te hebben in de maatschappij op een wijze zoals dat tevoren niet was te voorzien of te voorvoelen. Dit naderbij komen tot anderen be-

tekent in feite een verandering binnen de beleving van de homofiele gerichtheid, die zich onder andere kan gaan uiten in een voor de patiënt tevoren ongekende en toch persoonlijke vorm van heterofilie. In ieder geval verbleekt de al te nadrukkelijk geaccentueerde homofiele instelling. Dit alles betekent dat wanneer de integratie van de homofiele gerichtheid in een beleefbare vorm gestalte gaat krijgen of met andere woorden de zelfaanvaarding duidelijk wordt in zelfs mededeelbare vorm, de patiënt meer en meer zichzelf gaat worden.

Het zal duidelijk zijn dat het zojuist beschrevene bij vele patiënten niet louter op gang komt en zich ontwikkelt als gevolg van de voorlichting, doch dat daarbij de psychotherapie een essentiële rol heeft.

Psychotherapie. Hier is een situatie ontstaan die overeenkomt met de behandeling van heterofiele patiënten: patiënt en therapeut kunnen ieder vanuit de geldende situatie tot een gesprek komen van waaruit het therapeutisch proces zich kan ontwikkelen. Dit wil zeggen dat er nu mogelijkheden zijn om op eenzelfde wijze de stoorissen in de relatie tot anderen te beoordelen en te bespreken. De behandelingsvorm zal een toedekkende of ontdekkende therapie kunnen zijn, al naar gelang de diagnose van ziektebeeld en persoonlijkheidsstructuur. Vanzelfsprekend zal voor iedere patiënt het verloop anders zijn. Bij neurotische homofielen moet echter op een langdurige, regelmatige en intensieve behandeling worden gerekend, waarbij gemakkelijk de moeizame ontwikkeling naar de bewustwording van fundamentele psychodynamismen is te volgen. Ik heb ook de indruk gekregen dat pas wanneer de behandeling eenmaal goed op gang is, de voordelen van de voorafgegangene voorlichting ook voor de therapeut goed duidelijk worden. Immers de nadelen die bijvoorbeeld een uitsluitend psychoanalytisch georiënteerde therapie voor deze patiënt zou hebben, worden nu tot een voordeel omdat de te behandelen pathologische dynamismen tot uiting komen in situaties waarin neigingen en verlangens die voor de patiënt van een actuele betekenis zijn, waarbij hij zich terecht ten zeerste betrokken voelt, kunnen worden gerealiseerd. Op deze wijze is ook de kans op het gevoel door de therapeut niet te zijn begrepen, iets wat bij homofielen snel het geval is, tot een minimum teruggebracht. De lezer zal hebben begrepen dat dit behandelingsschema is gebaseerd op de hypothese dat de genezing alleen mogelijk is door en niet om de homofilie en homoseksualiteit heen.

Hiermede wil niet gezegd zijn dat iedere patiënt tot homoseksuele contacten moet komen. Er is echter ook geen sprake van enigerlei aandrang in de richting van juist een heteroseksueel contact, omdat nimmer voorspelbaar is in welke levensvorm de patiënt klachtenvrij zal blijken te zijn. Wanneer de patiënt tijdens of na de behandeling tot heteroseksuele contacten zou gaan komen, is dat op een andere wijze bereikt dan de weg welke wij ons voorstellen wanneer wij spreken over de opheffing

van de remmingen tot heteroseksueel beleven. De patiënt zal dit bereikt hebben via een vergaande ontwikkeling waarvan alle fasen bewust zijn doorleefd en doorvoeld, waarin de ene fase tot nieuwe gedaante komt in de volgende en zo verder.

Voor artsen die weinig of niet tot een gesprek met homofielen zijn gekomen is het misschien goed er op te wijzen dat vele homofielen en vooral zij die een psychiatrisch advies zochten of een behandeling kregen, er zeer lang over doen om tot een persoonlijke en dan ook bevredigende zelfaanvaarding te komen. Het lijkt er soms op dat het vinden van een levensvorm waarin de homofiele gerichtheid haar passende plaats inneemt meer moeite kost dan de afweer er van. Een aanpassingsperiode van tien tot twintig jaar is geen zeldzaamheid. Is de persoonlijke levensvorm eenmaal bereikt dan blijven er uiteraard problemen, maar in psychohygiënisch opzicht leven zij dan gezond. Helaas is het thans veelal nog zo dat een psychiatrische behandeling vanwege een homoseksuele problematiek, achteraf beschouwd, de zichzelfwording eerder heeft geremd dan gestimuleerd.

Als casuïstiek een poliklinische patiënt die in de psychotherapie slechts langzaam vordert. Het betreft een 27-jarige mannelijke kantoorbediende, die in oktober 1963 door de huisarts werd verwezen op aanraden van zijn zielzorger. Het laatste halfjaar was hij verscheidene malen enige weken wegens overspannenheid thuis gebleven. Dit vond zijn oorzaak in een zich aangetrokken voelen tot een mannelijke 26-jarige collega, zonder dat de patiënt dit tegenover hem durfde te bekennen. Toen die collega van werk ging veranderen, geraakte de patiënt in een depressie. Hij heeft weinig contact met anderen, wil dit wel maar is bang dat men zijn neigingen zal merken. Hij heeft geen behoefte aan meisjes, is ten aanzien van hen ook wat bang en voelt zich seksueel tot gelijkgeslachtelijken aangetrokken. Dit is naar hij meent altijd zo geweest. Bij de onanie heeft hij homoseksuele fantasieën, van welke aard deze fantasieën zijn heeft hij echter nog niet verteld. Op kantoor heeft hij het laatste jaar enkele malen een aanval gehad waarbij hij zich zeer gespannen ging voelen, niet van zijn plaats durfde opstaan en een schreeuw gaf. Zijn angst om te telefoneren heeft hem aan de rand van een ontslag gebracht. De dominee is de eerste geweest aan wie hij zijn problematiek vertelde (begin 1963), later ook aan zijn chef. In zijn werk en thuis (hij woont nog bij zijn moeder; vader is zeevarend) is hij nauwgezet. Zowel zijn chef als de dominee hadden aanvankelijk hun twijfel aangaande zijn homoseksuele neigingen uitgesproken, waardoor hij zich zoals hij later vertelde, nog meer geïsoleerd ging voelen. Seksuele contacten heeft hij nimmer gehad, verliefd is hij alleen op die collega geweest. Hij is de oudste van zes kinderen, waarvan de jongste een meisje is. De tweede zoon (23 jaar) is gehuwd, de derde (22 jaar) verloofd. Vader is sinds 1938 zeevarend en daardoor zelden thuis. Ook de moeder hebben wij nooit gezien, patiënt beschrijft haar als dominerend en het is duidelijk dat hij allerlei meningen van haar overnam. Er zijn hem geen familieleden met homoseksuele neigingen bekend. De mannen uit zijn moeders familie zouden zich minderwaardig voelen. Patiënt is een trage man van het mesomorfe type, met een feminiene motoriek waarin hij echter ook een sterk distantie-willen-houden uitdrukt (bijvoorbeeld bij de handdruk). Hij was aanvankelijk zeer gesloten, ook wat paranoid, soms ook opvallend gespannen. De voorlopige diagnose werd gesteld op een hysterodepressie bij een schizoïde man met homoseksuele problematiek; neurotische factoren werden belangrijker geacht dan constitutionele.

In december 1963 werd hij psychodiagnostisch onderzocht. Het verslag (drs. J. W. Besijn) luidt als volgt: „De heer A. maakt een enigszins geposeerde indruk. Hij beantwoordt de

vragen bij de WAIS Verbal (I.Q. 123) vanuit een zekere superieure welwillendheid. Hij drukt zich behoedzaam en voorzichtig uit. Hij gaat weinig op de vragen in, hij is in zijn formulering onvoldoende expliciet. Hij tracht, strikt formalistisch te werk gaande, zich buiten de beantwoording te houden. De heer A. is vol argwaan en wil zich niet laten kennen; enkele malen ook vraagt hij naar de bedoeling van vragen en opgaven. Zijn houding wekt de indruk, dat het voor hem allemaal niet zo interessant is, al zal het onderzoek, zoals hij zegt, wel zijn nut hebben. Hij neigt ertoe, zich in zijn manier van antwoorden op zijn kennis te laten voorstaan, maar het opvallende is, dat hij zo weinig de behoefte gevoelt zich in te spannen, wanneer de aard der opgaven dit vereist. Aan zijn nonchalante houding is het element van het er boven staan niet vreemd. De heer A. vermijdt het aldus zich in te zetten, zich intensief met de opdrachten bezig te houden. Bij de TAT en de Vierplaten-test doet het hem niets, dat hij nauwelijks in staat is een verhaal te maken. Alleen bij de opgaven van de WAIS Performance (I.Q. 102), wanneer hij zichtbaar en aantoonbaar met het rangschikken van de plaatjes of het leggen van de blokjes niet verder kan, blijkt hij bevangen en is er iets van gêne. Dit leidt echter niet tot hernieuwde pogingen: hij houdt eenvoudig op, wil er verder niet mee doorgaan. Het protocol in zijn geheel geeft — mede gelet op het projectief materiaal — het beeld van een starre, vlakke, contactloze (schizoïde) man. De heer A. is niet in staat zijn goede intelligentie creatief te gebruiken. Hij is een weinig uitgesproken, vage, ongedifferentieerde persoonlijkheid, die nergens tot enige visie komt — al bestaat de pretentie daartoe wel. Hij is onvoldoende direct en onmiddellijk met de omgeving verbonden en is in zijn realiseringmogelijkheden beperkt. Tegenover de vrouw staat hij afwijzend en denigrerend; hij heeft een duidelijke homoseksuele inslag. Met de mogelijkheid van primitieve agressieve uitbarstingen moet rekening gehouden worden. Het is van belang dat de heer A. aangemoedigd wordt zijn huidige of soortgelijke werkzaamheden voort te zetten."

Patiënt werd een- tot driemaal per maand gezien en kreeg als medicatie chloordiazepoxyde (Librium). Door het vertrek van zijn behandelende arts werd hij april 1964 aan mij overgedragen. Ik heb, na de anamnese te hebben uitgebreid, de diagnose gesteld op een psychogene depressie bij een neurotische schizoïde persoonlijkheid; homofilie met homoseksualiteit. In de volgende zitting heb ik hem de voorlichting over homofilie en homoseksualiteit gegeven, hem eerst wekelijks, sinds juni tweemaal per week laten komen, steeds gedurende twee tot drie kwartier.

Hoewel de behandeling langzaam verloopt werd in oktober 1964 bereikt dat er geen ziekteverzuim meer is, dat hij geen aanvallen van een hysterisch acces meer heeft, dat het telefoneren hem gemakkelijker afgaat en dat hij richting gaat zien in zijn problematiek. Hij is lid van het C.O.C. geworden (zonder overigens nog tot eigenerlei persoonlijk en/of lichamenteel contact te komen) en begint te denken over zelfstandig wonen. Hij heeft een beter inzicht in de feitelijke contactstoornissen gekregen en één van zijn broers in vertrouwen genomen. Waar nodig durft hij nu van replek te dienen. Het is vermeldenswaard dat deze patiënt sinds de voorlichtingstijd te kort komt om zijn problemen te bespreken en dat er mijnerzijds geen reden is om te verwachten dat hij de behandeling zal gaan afbreken.

Hoewel er over de patiënt veel meer valt te vertellen, kan het bovenstaande een idee geven van het verloop van de behandeling. Met name mag ik er wel op wijzen dat de psychotherapie nu kan verlopen op een aan de behandeling van heterofielen analoge wijze, terwijl in het midden wordt gelaten of de patiënt op de duur homofiel zal blijven, dan wel heterofiel zal worden en welke concrete vorm dit dan in het ene of andere geval zal krijgen.

Homofilie met biseksualiteit. Vooraf zij nog eens herinnerd aan de omschrijving van de termen homofilie en biseksualiteit. Iemand wiens gerichtheid homofiel is, die heteroseksuele contacten heeft of had doch bijvoorbeeld tevens homoseksuele dromen, valt dus in deze groep, evenals de homofiel

met slechts enkele heteroseksuele contacten.

Het komt mij waarschijnlijk voor dat de meeste patiënten die onze hulp zoeken vanwege een homoseksuele problematiek tot deze groep behoren. Wanneer deze diagnose eenmaal is gesteld, betekent dit echter dat het homofiel zijn het uitgangspunt voor de therapeutische bemoeienissen moet worden, hoe vergaand de consequenties ook kunnen zijn. Betrekkelijk eenvoudig ligt dit bij de ongetrouwden. Veelal zal blijken dat het heteroseksuele contact eerder plaatsvond vanuit de opzet zichzelf te bewijzen daartoe in staat te zijn of niet homofiel te zijn, dan vanuit de spontane driftmatige impuls. In vele gevallen zal men kunnen horen dat de heteroseksuele daad slechts tot orgasme voerde met behulp van homoseksuele fantasieën. In de praktijk van arts en zielzorger zal het wel eens voorkomen dat een ongehuwde over biseksuele contacten vertelt. Ook bij toeval kan men daarachter komen. Omdat dan nog niet duidelijk is of er sprake is van heterofilie of homofilie, meen ik dat die gevallen ter beoordeling aan de psychiater moeten worden voorgelegd zodra er een vraagstelling aan is verbonden, bijvoorbeeld of een huwelijk verantwoord is. Het spreekt vanzelf dat wanneer homofilie aanwezig zou blijken te zijn, een huwelijk moet worden afgeraden zolang geen omvorming is bereikt. Naar mijn mening moet het voor de betrokkenen als een vooruitgang worden opgevat wanneer zij er tijdens de behandeling toe komen uitsluitend de homoseksualiteit te beleven, in werkelijkheid, dan wel in droom of fantasie, omdat dan de spanning voortkomend uit een contactvorm welke tegengesteld is aan de gevoelsrichting kan wijken. Daarmee is een volgende fase in de zelfaanvaarding bereikt. Zij kunnen dan als behorend tot de groep homofilie met homoseksualiteit worden opgevat en dienovereenkomstig behandeld.

Zeer ernstig en gecompliceerd liggen de problemen bij de gehuwde patiënten uit deze groep. Immers de zorg en de verantwoordelijkheid voor de echtgeno(o)t(e) en kinderen betekent een bijzondere verzwaren van de problematiek. Het is ten ene male onvoldoende om de behandeling van deze mensen met een enkel woord af te doen. Talloos en op de duur ondragelijk kunnen de zorgen en problemen zijn voor de homofiele echtgeno(o)t(e) als gevolg waarvan het huwelijk voor beide partners een en al spanning kan worden (die dan natuurlijk mede bepaald wordt door de partner). Soms ziet men dat binnen de huwelijksverhouding een homofiele relatie een plaats krijgt, uiteraard kan dat alleen goed gaan als de betrokkenen ten opzichte van elkaar een grote tolerantie kunnen opbrengen. Het spreekt vanzelf dat deze problemen van geval tot geval anders liggen en dat juist de gecompliceerdheid voldoende reden is voor de huisarts en zielzorger om de patiënt naar een psychiater te verwijzen.

Wat de psychiater in deze gevallen doen of adviseren moet, vind ik bijzonder moeilijk. Ik ver-

wacht echter dat de enige reële oplossing bij de gevallen waar de nood zo hoog steeg dat medische hulp moest worden gezocht, een scheiding zal zijn. Voor de Rooms-katholieken is dit probleem in het bijzonder voor de heterofiele partner onoplosbaar zolang homofilie niet als basis voor de nietigverklaring van het huwelijk geldt.

Voorbeeld van een ongehuwde patiënte uit deze groep is Mej. B., 26 jaar, die in mei 1964 wegens een mutistisch-depressieve toestand in de kliniek moest worden opgenomen. Centraal bleek een homoseksuele problematiek te zijn, die sinds haar puberteit bestond. Sinds 1958 was zij onder psychiatrische behandeling, zonder dat die problematiek in enigerlei opzicht tot klaarheid was gekomen. In 1962 heeft ze verkering gehad met een jongen, die ze leerde kennen doordat ze bevriend was met zijn zusje tot wie zij zich sterk voelde aangetrokken. Met deze jongen had ze verschillende keren gecôteerd, zonder daarbij echter tot orgasme te komen. Verschillende malen, ook in de laatste jaren, was ze verliefd geworden op meisjes, maar homoseksueel contact heeft ze nimmer gehad; bij de onanie zijn er homoseksuele fantasieën waarbij ze tot orgasme komt, dromen herinnert zij zich niet. Door de sterke eigen afweer van de homoseksuele tendensen heeft dit meisje haar evenwicht niet kunnen bewaren en dit betekent dat zij reeds tien jaar met een ernstige problematiek leeft zonder dat zelfs psychiatrische hulp daaraan iets veranderde. De psychiatrische diagnose is hystero-depressie bij een neurotisch meisje.

Heterofilie met bisesksualiteit. Het is onbekend hoe groot het bevolkingspercentage is dat, heterofiel gericht, ooit tot homoseksueel contact is gekomen. Uit de onderzoeken van Kinsey bleek dat bisesksualiteit vaker voorkwam dan men voordien vermoedde. Het komt echter zelden voor dat een heterofiel vanwege een homoseksuele problematiek een arts om raad komt vragen. Homoseksuele contacten in de puberteit laten geen diepe indrukken na en zijn zelden pathogeen (Gibbens, Giese). Wat echter te doen met patiënten die zich toch om deze reden tot ons wenden? Als het gaat om vroeger doorgemaakte contacten, waarover bijvoorbeeld schuldgevoelens zijn blijven bestaan, is, wanneer het zich hebben uitgesproken een voldoende effect heeft, verwijzing naar een psychiater meestal niet nodig. Mochten daarna toch onlustgevoelens blijven bestaan, dan zal een verwijzing wellicht nodig zijn. Misschien niet primair vanwege die ervaringen, maar vanwege de scrupulositeit, het dwangmatige of het depressieve van deze patiënt. Uiteraard zullen die symptomen zich dan ook op andere terreinen dan alleen op het seksuele voordoen. De psychiatrische behandeling zal de homoseksuele problematiek, zo die nog actueel is, spoedig terzijde kunnen laten omdat de patiënt heterofiel is. Er is geen enkele reden zo iemand een gedetailleerde voorlichting over de homoseksualiteit te geven. Kortom, de psychiatrische behandeling zal bepaald worden zoals die naar de verscheidenheid van diagnoses steeds geschiedt.

In de gevallen dat de patiënten actueel nog een bisesksuele bevredigingsvorm zouden hebben, zal een diepgaande psychotherapie zijn aangewezen indien die bisesksualiteit problematisch wordt ver-

werkt. Dit laatste moet wel als voorwaarde worden gesteld omdat er psychopathische heterofiele persoonlijkheidsstructuren zijn met ook homoseksuele contacten. Daarbij kan het zijn dat die homoseksuele contacten zonder lustgevoel of anorgastisch plaatsvinden, bijvoorbeeld een heterofiele man die zich homoseksueel prostitueert, zoals er ook lesbische vrouwen zijn onder de heteroseksuele prostitutie.

Heterofilie met heteroseksualiteit. Patiënten met een homoseksuele problematiek kunnen tot deze groep blijken te behoren.

Als voorbeeld een 19-jarige gymnasiast die in onze kliniek werd opgenomen vanwege een psychogene psychose welke tijdens de groentijd was ontstaan. Een der thema's in deze psychotische fase is zijn vrees homofiel te zijn; steeds weer komt hij daarop terug, hij vraagt zijn behandelende arts uitsluitend daarover. In feite is hij onmiskenbaar heterofiel, hij heeft heteroseksuele dromen en fantasieën. Sinds een jaar heeft hij verkering zonder genitaal contact, maar de verhouding tussen hem en zijn meisje heeft niets opvallends. Zijn vrees homofiel te zijn motiveert hij met zijn voorkeur voor groene kleuren en een slaaphouding welke lijkt op die van zijn zusje. Het afgelopen jaar las hij graag seksuologische werken en daaruit vooral de hoofdstukken onanie en homoseksualiteit.

Dit voorbeeld laat zien op grond van welke motieven een heterofiel kan menen of vrezen homofiel te zijn. Het zal begrijpelijk zijn dat bij zulke patiënten altijd een seksuele problematiek bestaat, die uiting is van een dieperliggende stoornis, bijvoorbeeld in het zelfgevoel, een onzekerheid in het gevoel en besef van man casu quo vrouw te zijn. In de psychotherapie zal deze dieperliggende problematiek zonder veel omwegen aan de orde komen, waarbij de homoseksuele problematiek niet langer meer de aandacht zal vragen. Het voorbeeld doet ook zien hoe belangrijk het is om bij iedere patiënt met een homoseksuele problematiek te vragen naar de redenen waarom men meent of vreest homoseksueel te zijn.

Dat een homoseksuele problematiek bij heterofielen kan bestaan, is ook de ervaring van psychoanalytici: tijdens psychoanalytische behandelingen komen homoseksuele fantasieën, dromen en angsten bij overigens heterofiel geaarde patiënten wel eens voor. Men vat dit dan eerder op als een symptoom van een persoonlijkheidsstoornis, dan als een uiting van per se gestoorde seksualiteit. Mijns inziens moet er dan wel rekening mee worden gehouden dat de term homoseksualiteit door psychoanalytici in een bredere betekenis wordt gehanteerd dan in dit artikel het geval is. Niet-analytici zouden dan eerder van homo-erotiek spreken.

Samenvatting. Homoseksuele problematiek op het medisch spreekuur (1) en (2). Dit artikel had als punt van uitgang de vraag wat er therapeutisch bereikbaar is met patiënten die hun arts vanwege een homoseksuele problematiek bezoeken. Om deze vraag over dit complexe onderwerp systematisch te kunnen benaderen, zodat ook de praktische problemen dienaangaande de revue konden passeren, werd de studie in drie delen gesplitst.

De inleiding bestaat uit een korte bespreking van enkele

opvattingen en omstandigheden die de medisch-psychologische benadering van het onderwerp bepalen.

In het aan de diagnostiek gewijde deel wordt eerst een omschrijving gegeven van de betekenissen welke de woorden homofilie, homoseksualiteit en biseksualiteit mijns inziens hebben moeten. Daarna worden de thans veelal gebruikelijke termen zoals latente, pseudo-, neurotische en constitutionele homoseksualiteit op hun praktische bruikbaarheid getoetst en in het vervolg als verwarrend en misleidend terzijde gehouden. Voorgesteld wordt om bij alle patiënten met een homoseksuele problematiek reeds in de eerste fase van het onderzoek na te gaan of zij hetero- dan wel homofiel zijn. Aangegeven wordt langs welke weg dit mogelijk is. De patiënten blijken steeds en uitsluitend tot één der volgende groepen te behoren: homofilie met homoseksualiteit; homofilie met biseksualiteit eventueel heteroseksualiteit; heterofilie met biseksualiteit eventueel homoseksualiteit; heterofilie met heteroseksualiteit; bifilie met biseksualiteit.

Aan de hand van dit schema wordt in het derde deel nagegaan hoe elk van deze groepen kan worden behandeld. Voor de homofiele patiënten wordt ervan uitgegaan dat, indien op de duur de heterofiele relatie bereikbaar is, dit alleen mogelijk wordt door een aanvaarding van de homofiele gerichtheid. De realisering daarvan maakt mijns inziens een aangepaste voorlichting over de homofiele levensmogelijkheden in alle gevallen noodzakelijk. De psychotherapie die na de voorlichting beginnen kan, moet, welke vorm zij ook krijgt, van het begin tot het einde de mogelijkheid openhouden dat het verdwijnen der klachten een gevolg kan zijn van een omvorming van de homofiele gerichtheid dan wel van een klachtenvrij leven met die gerichtheid. Voor de patiënt zelf is dan in het één en het andere geval van een gezondwording sprake.

Summary. Homosexual problems in general practice. 1 and 2. The starting-point of this paper was the question of therapeutic possibilities with patients who seek medical advice for homosexual problems. In order to ensure a systematic approach to this complex question, including a review of practical problems, the study was divided into three parts.

The introduction is a brief discussion of certain views and circumstances which determine the medicopsychological approach to the problem.

In the part devoted to diagnosis, the author defines the terms homophilia, homosexuality and bisexuality. Next, current terms such as latent, pseudo-, neurotic and constitutional homosexuality are tested as to practical value and rejected as confusing and deceptive. It is suggested that, in all cases of homosexual problems, an attempt should be made in the very first phase to establish whether the patient is heterophile or homophile; ways and means to establish this are indicated. The patients are invariably and exclusively found to belong to one of the following groups: homophilia with homosexuality; homophilia with bisexuality, possibly heterosexuality; heterophilia with bisexuality, possibly homosexuality; heterophilia with heterosexuality; biphilia with bisexuality.

In the third part, this division is used in discussing possibilities of treatment for each of these groups. As to the homophile patients, the assumption is that, if a heterophile relation can be achieved in the long run, this is feasible only by acceptance of the homophile tendency. In the author's opinion, a prerequisite to such an achievement is suitable instruction about the possibilities of homophile life. Such psychotherapy as is instituted after the instruction, regardless of the technique used, should from its beginning to its completion allow for the possibility that disappearance of symptoms can be a consequence either of a transformation of the homophile tendency or of the ability to live *with* this tendency. For the patient himself, a cure is achieved in either case.

Allen, Cl. (1958) *Homosexuality; its nature, caution and treatment.* Staples Press, Londen.
Benda, C.E. (1963) *Rev. Exist. Psychol. Psychiat.* 3, 133.
Bianchi, H. (1961) De maatschappelijke aspecten van de homoseksualiteit. In: *De homoseksuele naaste* (A.L. Janse de Jonge) Bosch en Keuning, Baarn.

Bieber, I. (1962) *Homosexuality, a psychoanalytic study.* Basic Books, New York.
Boehm, F. (1920) *Intern. Wschr. Psychoanalyse* 6, 297.
Ibidem (1924) *Ibidem* 9, 497.
Ibidem (1926) *Ibidem* 12, 66.
Curran, D. en D. Parr (1957) *Brit. med. J.* I, 797.
Ellis, A. (1956) *J. Consult. Psychol.* 20, 191.
Feldman, M. P. en M. J. Mc. Culloch (1964) *Amer. J. Psychiat.* 121, 167.
Fenichel, C. (1945) *Male homosexuality.* In: *The psychoanalytic theory of neuroses.* Norton, New York.
Ferenczi, S. *The nosology of homosexuality; in* (1956) *Sex in psychoanalysis.* Dover Public, New York.
Fortmann, H. M. M. (1965) *Katholiek Artsenblad* 44, 229.
Freud, S. (1905) *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.* Ges. Werke, V. Band
Ibidem (1909) *Bemerkungen über einen Fall von Zwangneurose.* Ges. Werke, VII. Band.
Ibidem (1911) *Psychoanalytischen Bemerkungen über einen autobiographisch geschriebenen Fall von Paranoia.* Ges. Werke, VIII. Band.
Ibidem (1914) *Aus der Geschichte einer infantilen Neurosen.* Ges. Werk, XII Band.
Ibidem (1920) *Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität.* Ges. Werke, XII. Band.
Ibidem (1932) *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.* Ges. Werke, XV Band Imago Publ., Londen.
Freund, K. (1963) *Die Homosexualität beim Mann.* S. Hirzel, Leipzig.
Gibbins, T. C. N. (1957) *J. Ment. Sci.* 103, 527.
Giese, H. (1958) *Der homosexuelle Mann in der Welt.* Enke Verlag, Stuttgart.
Ibidem (1962) *Psychopathologie der Sexualität.* Enke Verlag, Stuttgart.
Glover, B. H. (1951) *J. Nerv. Ment. Dis.* 113, 377.
Hadfield, J. A. (1958) *Brit. med. J.* I, 1323.
Hirschfeld, M. (1914) *Die Homosexualität des Mannes und des weibes.* Marcus, Berlijn.
Horney, K. (1937) *The neurotic personality of our time.* Norton, New York.
Kinsey, A. C. en W. B. Pomeroy en C. E. Martin (1948) *Sexual behaviour in the human male.* Saunders, Philadelphia en Londen.
Kinsey, A. C. (1949) *Concepts of normality and abnormality in sexual behaviour.* In: *Psychosexual behaviour in health and disease* (Hoch en Zubin) Grune and Stratton, New York.
Laforgue, R. (1934) *Rev. franc. Psychanal.* 7, 178.
Martin, A. Joyce (1962) *Acta psychother.* 10, 394.
Mendelsohn, F. en H. Ross (1959) *Dis. nerv. Syst.* 20, 246.
Moore, T. V. (1946) *J. Personality* 14, 47.
Poe, J. S. (1952) *Psychoanal. Rev.* 29, 23.
Rado, S. (1949) *An adaptational view of sexual behaviour.* In: *Psychosexual development in health and disease.* Grune and Stratton, New York.
Rubinstein, L. H. (1958) *Brit. J. Med. Psychol.* 31, 14.
Sadger, J. (1921) *Die Lehre der Geschlechtsverirrungen auf psychoanalytischer Grundlage.* Deuticke, Leipzig en Wenen.
Salzman, L. (1957) *Amer. J. Psychoanal.* 17, 161.
Ibidem (1962) *Developments in Psychoanalysis; homosexuality.* Grune and Stratton, New York.
Schofield, M. (1965) *Sociological aspects of homosexuality.* Longmans, Londen.
Schultz Hencke, H. (1940) *Der gehemmte Mensch.* Thieme Verlag, Stuttgart.
Stekel, W. (1921) *Störungen des Trieb- und Affectlebens Teil 2: Onanie und Homosexualität.* Urban, Berlijn en Schwarzenberg, Wenen.
Sugar, N. (1925) *Jahrb. f. Psychiat. Neurol.* 44, 210.
Taylor, F. H. (1947) *Brit. med. J.* II, 525.
Thompson, C. (1947) *Psychiat.* 10, 183.
Weissman, Ph. (1962) *Int. J. Psychoanal.* 43, 159.
Wolfenden Report (1952) *Report of the committee on homosexual offences and prostitution.* Her Majesty's Stationary Office, Cmnd. 247, Londen.
Zucker, L. J. (1961) *Amer. J. Psychother.* 154, 603.