

Van wie is de seksualiteit?

Seksuologische consultatie door huisartsen van de psychiater

G. R. VAN DEN BERG*

Bij contacten tussen psychiaters en andere hulpverleners doen zich nogal eens sterke spanningen voor. Meestal is dit soort conflicten in wezen economisch van aard en gaat het om de vraag: wie doet wat in welk echelon. Soms echter ligt de oorzaak op een geheel ander gebied; zo kunnen bij seksuologische consultatie de consultants reageren alsof hun eigen seksualiteit wordt „afgepakt”.

Inleiding

De relatie tussen psychiaters en hun medische vakbroeders, de huisartsen, is tamelijk ongecompliceerd. Anders is het gesteld met de contacten tussen psychiaters en psychologen of maatschappelijk werkers; daarbij treden nogal eens sterke interdisciplinaire spanningen op. Geen wonder, want er is al jaren een ware oorlog aan de gang; een oorlog die slechts in schijn gaat om verschillen in denkwijzen en attitudes en in wezen om de vraag wie in welk verband of in welk echelon wat mag doen in de geestelijke gezondheidszorg en wie daarvoor het meest geschikt is. Men behoeft geen marxist te zijn om te onderkennen dat ook deze oorlog economisch bepaald is. Overigens valt zo'n oorlog vaak wel mee, wanneer men maar persoonlijke contacten heeft met „de vijand”. Iedere psychiater die de moeite neemt om buiten het eigen specialisme te treden en zo „ook maar een mens” blijkt te zijn, kan dit verschijnsel (een bekend thema voor oorlogsfilm en -romans) aan den lijve ondervinden. Toch blijven er bij de contacten buiten het eigen specialisme problemen bestaan, ook al weet men de economische „oorlog” en eventuele andere interdisciplinaire spanningen tot een minimum te reduceren. Over een bepaalde vorm van contact buiten de eigen werkkring, de consultatie voor leden van het eerste echelon, en over de problemen die men daarbij kan

ondervinden, zijn vele boeken en artikelen geschreven. Bij seksuologische consultatie treedt bovendien een specifiek aspect naar voren, waardoor het werk soms extra bemoeilijkt kan worden. Ik zal trachten dit aspect te beschrijven en daarbij dezelfde weg volgen als waarlangs ik ermee geconfronteerd werd, via consultatie.

De beschreven consultaties zijn met opzet ontleend aan de „reinculturen” van huisartsen-consultatiegroepen; dit werk wordt door economische ressentimenten niet en door andere interdisciplinaire spanningen nauwelijks bepaald. Ik heb mij, wegens de discrete materie die wordt behandeld, de uiterste moeite gegeven om de anonimiteit te waarborgen. Hierdoor waren nogal grote veranderingen in de gegevens noodzakelijk. Het gevaar is dan natuurlijk dat men daarmee de waarheid en daarmee de zuiverheid van de proceskant van het consultatiegebeuren schade doet. Ik heb die schade zoveel mogelijk trachten te beperken.

Consultatie

Voordat we verder kunnen gaan, dien ik in het kort aandacht te besteden aan het begrip „consultatie”. Een uitputtende definiëring wil ik niet geven; daartoe kan men beter de uitgebreide literatuur over dit onderwerp raadplegen. Genoeg zij het om – als commentaar, of zo men wil als leidraad – over die literatuur te vermelden, dat men er een geleidelijke evolutie in kan vinden. In vroeger dagen was consultatie een soort zendingsarbeid, een profetenkunst. Later wordt het meer een kunde, een door weten-

schappelijke inzichten gestaafe vaardigheid.

Psychoanalytici laten die evolutie van consultatie doorgaans beginnen bij Freud. In het boek over „De kleine Hans”, zo voortreffelijk vertaald door Adriaan Morriën en Henk Mulder, geeft Freud op warme, vrijblijvende en uiterst kundige wijze adviezen over en commentaren op „de behandeling” van het jongetje Hans door zijn vader. Geleidelijk vindt men na Freud een wat duidelijker profilering van het begrip consultatie, via Lindemann en Balint naar de grootmeester Caplan (1964, 1970). In ons eigen land hebben onder meer Van Ravenzwaaij en recentelijk Gersons zich met consultatie beziggehouden. Onlangs verscheen in psychoanalytische kring het rapport van de werkgroep van het Psychoanalytisch Instituut, *Psychoanalytische consultatie en crisis-interventie*.

In een voordracht naar aanleiding van het verschijnen van dat rapport wees J. Spanjaard erop dat er in essentie weinig verschillen zijn tussen consultatie en supervisie. In de supervisorsenwerkgroep van het I.M.P.-Zaanstreek (*Bereen; Van den Berg*) werden de verschillen tussen supervisie en consultatie bestudeerd. De kwintessens is bij supervisie en consultatie inderdaad hetzelfde, te weten: de vermeerdering van kennis en vaardigheden bij mensen die daarom vragen. Ook de problemen met betrekking tot de overdracht en het hanteren ervan zijn dezelfde, evenals de wijze van overbrengen van kennis en vaardigheden: vaak „modelend”, impliciet en geleidelijk. Toch is het verschil zo groot en heeft het zo'n invloed op de werkwijze, dat het succes van consultatie staat of valt met het inachtnemen van dit verschil. Omdat iedereen die zich bezighoudt met dergelijke kwaliteitsverbeterende activiteiten, doordrongen moet zijn van die verschillen en omdat ze in de literatuur vaak onomschreven blijven, wil ik op dit aspect dieper ingaan.

In de Supervisorenwerkgroep van het IMP-Zaanstreek werden drie begrippen die betrekking hebben op kwaliteitsverbetering onderscheiden en geanalyseerd. Het zijn de begrippen werkbegeleiding, supervisie en consultatie. Het meest essentiële verschil bleek te liggen in de machtsconfiguratie.

Bij *werkbegeleiding* geeft een werkbegeleider, daartoe aangesteld door een werkgever (een kliniek, een instituut), werkbegeleiding aan een medewerker. Zo'n medewerker kan, wanneer hij „het

* Psychiater, seksuoloog; directeur van het I.M.P.-Zaanstreek en superviserend hoofd van de Polikliniek Sexuologie van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam.

slecht doet” in het uiterste geval door (of op advies van) één of meer werkbegeleiders worden ontslagen. Natuurlijk moet daarbij de in ons land voor werknemers relatief „veilige” wetgeving in acht genomen worden. Gebleken ongeschiktheid moet nauwkeurig worden aangetoond. Maar de werkbegeleider kan, om het scherp te stellen, uiteindelijk de medewerker het brood uit de mond stoten. Hij heeft daarmee vitale macht over zo'n medewerker.

Bij *supervisie* oefent de supervisor minder macht uit. Hij kan de gesuperviseerde doorgaans niét het brood uit de mond stoten. Wel kan de supervisor de gesuperviseerde in de weg gaan staan bij wat hij wil worden. In het uiterste geval, doorgaans in consensu met andere supervisors, kan de supervisor de gesuperviseerde verhinderen te worden wat hij zich voorstelt. De supervisor heeft dus geen direct vitale, maar wel een essentiële macht over de gesuperviseerde. Als in onze ambitieuze maatschappij iemands streven om iets te bereiken belemmerd wordt, is dat zeker essentieel.*

Bij *consultatie* liggen de rollen heel anders: de consultgever bezit geen wezenlijke macht over de consultant. Integendeel, de consultant kan de consultgever zelfs „ontslaan”: wegsturen, afzeggen of, zonder door represailles getroffen te worden, gewoon niet luisteren. Bij de consultant ligt de macht.

Natuurlijk kan de consultgever boos of teleurgesteld weigeren met de consultant(en) verder te gaan maar dan is er geen sprake meer van de klassieke consultatiesfeer en -relatie. „On apprend de celui qu'on aime” leerde Rousseau en dat is ook het adagium van de consultatie. Alle boeken over consultatie staan vol met gedragsregels om aan dat principe te voldoen. Wie niet liebenswaardig weet op te treden en wie niet de moeite waard is, kan als consultgever wel inpakken.

Tot zover enige opmerkingen over consultatie. Ik hoop dat enigszins duidelijk is geworden wat ik eronder versta en wat naar mijn mening een juiste attitude is bij consultatie; dan hebben de erva-

ringen die ik hierna wil weergeven een duidelijker kader.

Ik ga in het volgende slechts in op de proceskant van de weergegeven ervaringen; inhoudelijke en technische aspecten van deze casus blijven omwille van de korthed achterwege.

Een geslaagde seksuologische consultatie

Het hier gegeven voorbeeld acht ik min of meer prototypisch voor een geslaagde consultatiesituatie.

Door de coördinator van een huisartsenwerkgroep werd mij telefonisch verzocht om (op de ruime termijn van vier maanden) seksuologische consultatie te geven. Financiën ter hoogte van het officiële psychiatrische vacatiegeld waren gereserveerd. De consultvrager gaf blijk zich bewust te zijn van de machtsverhoudingen, want hij vroeg mij een avond „op proef” te verschijnen; indien dat wederzijds zou bevallen, moest ik nog drie avonden met een maand tussenruimte vrijhouden.

De huisartsenwerkgroep komt eens in de vier weken bijeen. Er wordt dan gerefereerd of onderling beraadslaagd over casuïstiek of er wordt een gast (specialist of deskundige op een bepaald gebied) uitgenodigd. De werkgroep heeft jaarlijks een andere coördinator. Zeven artsen nemen aan de werkgroep deel. Zij komen uit zes praktijken die ook onderling nacht- en weekenddiensten doen. Eén praktijk wordt gevormd door twee associés, een oudere collega, en een huisarts die nog maar kort is afgestudeerd.

Bij de kennismaking, tijdens de eerste zitting, probeer ik altijd iets te weten te komen over vroegere ervaringen met trainings- en/of consultatiesituaties, aangezien deze het proces van de consultatie sterk kunnen beïnvloeden. Vier van de zeven artsen bleken Balint-ervaring te hebben; twee van deze vier deden die ervaring samen op, in dezelfde groep. Voorts had een van de zeven artsen een weekend „sensitivity-ervaring”, hetgeen slecht was bevallen; zo te horen was de trainer nogal psychotoxisch bezig geweest.

Bij de kennismaking laat ik ook nooit achterwege om te vragen of er iemand afwezig is. Zo ja, dan vraag ik altijd naar de reden en probeer ik ook over de afwezige enige informatie te krijgen, voorzover dat niet indiscreet wordt. Bij de eerste zitting was de oudste van de twee associés van de tweemanspraktijk afwezig; hij had dienst. Uit opmerkin-

gen van de aanwezigen bleek dat dat tegen de gewoonte was; hij had zich juist geassocieerd met de jongste om met zijn gezondheid rekening te houden. En dat hield onder meer in, dat de jongste (wanneer hun praktijk aan de beurt was) vanaf 's avonds 18.00 uur tot 's morgens 8.00 uur de diensten deed. Ik vermeld dit zo uitgebreid omdat de oudste daarna steeds aanwezig was bij de consultatie-avonden die nog volgden. Hij bekende mij na de vierde en laatste bijeenkomst bij een glaasje wijn, dat hij de jongste eerst maar eens even de kat uit de boom had laten kijken en dat hij eigenlijk best ook de eerste keer had kunnen komen. Ik vond zijn aanwezigheid bij de latere zittingen en zijn „bekentenis” een parameter voor de goede sfeer, de vertrouwelijkheid en het welslagen van de consultatieserie.

De huisartsenwerkgroep bleek, ondanks alle menselijke verscheidenheid van de collega's een coherent geheel. Duidelijk gedragen door de vier collega's met Balint-ervaring was de groep in staat naar aanleiding van de ingebrachte casuïstiek een aantal algemene gevoelens aan de orde te laten komen, zoals: het tevreden gevoel bij het slagen van een therapie en de ontevredenheid over (en dus boosheid jegens) patiënten „die maar niet beter willen worden”; en zoals de „rouwreactie” die elke huisarts heeft bij het verwijzen van een patiënt aan wiens problemen veel libido en energie werden gewijd.

De meeste leden van de werkgroep hadden nogal wat seksuologische vakliteratuur gelezen en, in overleg met elkaar, seksuologische behandelingen verricht. Zij bleken daar ook – voorzover dat in de algemene praktijk mogelijk is – relatief veel tijd voor te willen nemen.

In een sfeer die ik zou willen omschrijven als tolerant maar assertief, werden verschillende casus gebracht: een over een (naar later uit het beloop bleek) door de betreffende huisarts goed te genezen vaginisme, een over een sterilisatieverzoek door een zeer jonge student, een over problematiek bij anticonceptie en een betreffende (naar uit de anamnese en het latere beloop bleek: psychogene) erectiezwakte bij een oudere man. Wanneer de werkgroepleden het onderling oneens waren, of met mij van mening verschilden, kon dat helder en met wederzijds respect worden geformuleerd. Ook konden standpunten met souplesse evolueren en/of worden herzien. Geen van de werkgroepleden stortte zich in discussies omwille van de discussie. Ook leken zij zich

* Het hier gedefinieerde verschil tussen werkbegeleiding en supervisie kan mijns inziens overigens een belangrijke rol spelen bij het al dan niet erkennen van psychotherapie als discipline, specialisatie of aantekening. Ik denk dat psychotherapie in onze maatschappij geen erkenning zal kunnen krijgen indien de praktische vorming van therapeuten slechts via supervisie zal blijven plaatsvinden en niet, zoals bij medische specialisten, via expositie aan de veel klemmender (en daardoor heroïscher) machtsverhouding van de werkbegeleiding.

thuis te voelen én goed te voelen bij hun huisartsenwerk. De kwellende gedrevenheid die men bij huisartsen nogal eens aantreft, om zoveel mogelijk uit het brede eerste echelon even goed te weten en te kunnen als de specialist op diens veel smallere werkerterrein, kwam bij geen der zittingen storend naar voren. Die gedrevenheid is namelijk gedoemd tot frustratie.

Toen de eerste bijeenkomst een uur en drie kwartier had geduurd, werd besloten tot evaluatie. Men uitte de wens om bij de drie volgende gelegenheden een follow-up van de gevallen te houden en eventuele nieuwe casuïstiek in te brengen. Ik had niet de indruk dat men mij uit „beleefdheid” liet terugkomen en nam het voorstel aan; ikzelf had naar mijn gevoel ook de mogelijkheid en vrijheid gehad om af te haken als ik dat had gewild.

Tussentijds werd ik niet afgebeld. Meestal is te voorspellen wanneer dat zal gebeuren: de evaluatie komt niet op gang, of er worden wat algemene beleefdheden geuit. In dat geval wordt men kort voor de gemaakte nieuwe afspraak afgebeld met de mededeling „dat er zoveel werkgroepleden ziek zijn”, of dat er net een of twee zijn met huiselijke problemen of dat er een griep epidemie is en dat de praktijken te druk zijn voor iets anders.

Wanneer wordt afgesproken een follow-up te houden over bij eerdere zittingen ingebrachte casuïstiek, kan de mate waarin men zich houdt aan die afspraak gelden als parameter voor het welslagen van de consultatie. Dat geldt ook, of misschien wel juist, als het slecht gaat met de behandelde patiënt. Bij de zittingen die volgden, werd de afspraak om een follow-up te houden, systematisch nagekomen. Natuurlijk brengt iedere consultant liever de successen dan de mislukkingen en a fortiori hoort de consultgever de geslaagde genezingen het liefst. Maar de goede consultatie is gekenmerkt door een nauwkeurige analyse van beide: zowel van de geslaagde als van de mislukte therapieën; en dat was in deze werkgroep goed mogelijk.

Er werd na vier zittingen afgesloten in een sfeer van wederzijdse waardering. Het plan bestond om na twee jaar nog eens enkele zittingen te doen. Hoewel de consultatie langer geleden plaatsvond, is van dat plan nog niets terechtgekomen. Ik beschouw dat echter niet als een signaal dat het toch allemaal wat tegenviel. Wanneer men goed samengewerkt heeft en men geen tijd heeft om, zoals in een langer durende psychotherapie, „het afscheid door te werken”,

krijgt men vaak de uitnodiging om nog eens terug te komen. Het huisartsenvak is echter heel wat breder dan de seksuologie alleen; ik denk dus dat de beschreven werkgroep zijn tijd ook heel goed aan andere zaken kan besteden en wellicht niet zo'n behoefte heeft aan seksuologische consultatie. Dat men tevreden was, meen ik te kunnen destilleren uit het gegeven, dat de meeste leden van de werkgroep (vijf om precies te zijn) me een of meer malen hebben opgebeld om een telefonisch advies en wel tot op recente datum.

De sfeer van wederzijdse waardering bij de geslaagde consultatie geeft voor alle partijen veel narcistische gratificatie. Juist die narcistische gratificatie is een valkuil bij consultatie. Het is misschien wat cynisch, maar daarom niet minder juist om te veronderstellen dat consultatie vooral daardoor zo populair is geworden bij allerlei consultgevers.

Een mislukte seksuologische consultatie

Ondanks het gemak waarmee vaak narcistische gratificatie wordt bereikt middels consultatie, zijn er vele redenen waardoor consultatiesituaties kunnen mislukken. In het voorafgaande werden enkele algemene consultvragers- en consultgeversvariabelen geschetst, waardoor het mis kan gaan: de economische „oorlog” die in het begin van het artikel werd genoemd, onbevredigbare dorst naar kennis bij de consultants (net zoveel willen weten over een smal vakgebied als de specialist), narcistische structuren bij de consultgevers, enzovoort. Ook onderlinge naijver en competitie van consultants uit één werkgroep, of competitie met de consultgever door consultants (of andersom!) kunnen de consultatiesituatie aanzienlijk verstoren. Wie een mislukte consultatiesituatie achteraf probeert te evalueren aan de hand van zijn geheugen of aan de hand van een geluidsbandje, kan dan ook soms door de bomen het bos niet meer zien.

Toch komen er situaties voor, waarbij men alle bomen en het hele bos meent te zien, maar geen van de gebruikelijke redenen voor mislukking kan vinden. Natuurlijk heeft elke consultgever zijn blinde vlekken, maar na een aantal minder of niet geslaagde consultaties kunnen de meeste oorzaken wel opgespoord worden; ook de oorzaken die uit de eigen persoon en de karakterstructuur voortvloeien. Een eigen ontdekkende (leer)-psychotherapeutische ach-

tergrond voor de consultgever is daarbij wel van voordeel, zo niet een *conditio sine qua non*.

In een consultatiewerkgroep met huisartsen – ook dit was een groep die „ideaal” leek – lukte het niet om een voortdurende sfeer van competitie en achterdocht, zowel van de werkgroepleden onderling als van enkele werkgroepleden jegens de consultgever, te doorbreken. De werkgroep bestond uit negen leden van wie drie in een groepspraktijk en vier in twee tweemanspraktijken functioneerden. De twee overigen hadden elk een kleine eenmanspraktijk. De werkgroep kwam maandelijks bijeen en doet dat bij mijn weten nog. In de praktijken leken mij geen specifieke stressfactoren te bestaan, noch maakten de werkgroepleden bij de kennismaking onderling een disharmonische indruk. De werkverhoudingen tussen de collegae uit de praktijken leken niet gestoord, in gezins- en huiselijke relaties waren volgens de mededelingen geen crises.

Natuurlijk is de consultatiesituatie niet de geëigende plaats om bekentenissen uit te lokken, maar meestal (en ook in deze groep) stel ik enigszins voorlichtend vast dat eigen problemen soms een belemmering kunnen zijn bij het consultatiewerk. Meestal (en ook in deze groep) vertel ik daar dan bij, dat de persoonlijke problemen op zich geen reden behoeven te zijn om goede ver slaglegging over patiënten in de weg te staan. De werkgroepleden hadden, met uitzondering wellicht van een of twee wat terughoudende collegae, grote belangstelling voor seksuologie. Spanningen in de werkgroep wegens de keuze van het onderwerp leken derhalve geen storende factor voor de consultatie. Zelfs de terughoudendste collega was de twee keren dat wij werkten, present. Om het kort te houden: ik heb tientallen mogelijkheden overwogen waarom het mis ging en ik kon in eerste instantie geen duidelijke oorzaak vinden. Het begon eigenlijk al bij de eerste bijeenkomst. De gevallen werden keurig, maar zonder gevoel gebracht, alsof je een scherpe foto zag. Bij de overwegingen over de in te stellen behandelingen c.q. verwijzingen ontstonden felle, vaak hatelijke en pijnlijke discussies met het soort psychologismen dat ik doorgaans „duidelarij” noem, een vorm van harde projectieve pseudoduidingen die niet zoveel te maken hebben met het materiaal dat het slachtoffer brengt, maar wel allerlei indiscrete veronderstellingen omtrent zijn driftleven inhouden.

Deze gang van zaken werd bij de tweede zitting (na een maand) nog scherper. Er was geen goede follow-up te krijgen: wat er eigenlijk gebeurd was met patiënten werd niet of nauwelijks ingebracht en men wenste nieuwe casuïstiek te bespreken. Er ontspannen zich allerlei depersonaliserende discussies „over het wezen van de seksualiteit” en men streed elkaar van alles af. Toen ik de werkgroepleden reflecteerde hoe ze deden, wierpen ze zich gezamenlijk op mij, zoals vechtersbazen dat doen wanneer zij door een politieagent worden gescheiden. Ik kon niets meer goed doen, er werden over mijn seksuologische inzichten en behandelingsattitude allerlei beschuldigingen geuit. Voorts werden ook mijn persoon en mijn beroepskeus „geduideld”. Men besloot mij niet meer te ontvangen en zei de volgende twee geplande sessies af tijdens de evaluatie van de tweede zitting.

Van wie is de seksualiteit nu eigenlijk?

Wie zich met consultatie bezighoudt, leert dat men af en toe de laan wordt uitgestuurd. Dat kan dan meestal nog maar beter bij de evaluatie van een bijeenkomst dan via een beleefd telefonisch bericht vlak voor de volgende afspraak. De bruuskheid en vijandigheid die de collega's in de beschreven groep jegens elkaar en jegens mij hadden ten toon gespreid, bleven mij echter lange tijd bezighouden. Wanneer men bepaalde misgelopen situaties uit de levens- of werksituatie de revue laat passeren en in de fantasie laat herleven, vindt men nogal eens „Treppenwitz”. Ook al is het krenkend, dat men niet op het geëigende moment de juiste woorden vond of de beste handelingen verrichtte, het „esprit d'escalier” heeft ook zijn creatieve kanten. Een Treppenwitz kan een enkele keer een misgelopen situatie achteraf nog redden, vaker is hij bij een volgende gelegenheid bruikbaar: men leert van zijn falen.

Soms kan men bij mislopende consultatiesituaties het ijs breken door iets onverwachts te doen. Schieten geduldige waardering en ander „liebenswürdig” gedrag van de consultgever te kort, dan kan hij iets doen waarvan iedereen weet en/of voelt dat hij juist geacht wordt het niet te doen. De spanning kan dan vaak gebroken worden. Natuurlijk moet het juiste moment worden afgewacht en de metacommunicatie „grapje” of „boosheid” dient zorgvuldig gedoseerd te zijn. Maar zo'n opmerking kan soms

veel beter werken dan de fraaiste reflectie en de duidelijkste duiding.

Bij het nafortaseren over hoe het had gemoeten met de huisartsenwerkgroep die zoveel competitie ten toon had gespreid, bedacht ik op een goed moment dat ik als een soort geprikkeld grapje, als „grappige” betichting had moeten zeggen: „Ja hoor eens, jullie vechten allemaal met elkaar alsof je elkaar iets wilt afnemen; van wie van jullie is de seksualiteit nu eigenlijk?” Op hetzelfde moment merkte ik in mijn gefantaseerde uitlating de Fehlleistung. Ik had natuurlijk bedoeld te zeggen (of liever gezegd: in mijn fantaseren bedoeld te zeggen): „Van wie van jullie is de seksuologie” en „Jullie zitten maar op te snijden in deskundigheid en elkaar af te troeven”, of woorden van gelijke strekking.

Waar de rede ophoudt, komt het onbewuste vaak te hulp. Denkend over mijn Fehlleistung in de fantasie, mijn falende Treppenwitz, merkte ik dat ik waarschijnlijk de spijker op de kop had geslagen. In de werkgroep had het gevoel bestaan dat men erop uit was elkaar „de seksualiteit” af te nemen of mogelijk ook dat ik daarop uit was. En de angst dat dat echt zou gebeuren, dat „seksualiteit” echt afgepakt kan worden, maakte dat iedereen de anderen en mij daarmee vóór wilde zijn.

Zonder uitgebreid in te gaan op de vele neurotische, infantiele angsten rond de seksualiteit en hun – naar het idee van velen onbetwifelbare en volgens anderen juist zeer aanvechtbare – verband met het castratiecomplex, meen ik gestuit te zijn op een essentieel probleem bij de seksuologische consultatie. Ieder mens maakt een ontwikkeling door en moet in een latere fase de geneugten van de eerdere fase loslaten. Komt men uit de orale fase, dan gaat dat gepaard met het afscheid van veel lustvolle genietingen met de mond. De zindelijkheid impliceert het afscheid van de geneugten van de anale fase en anticiperend dat het met zijn fallus ook wel weer mis zal gaan (of al misgegaan is!), tracht men af te rekenen met het castratiecomplex. Zo werkt het natuurlijk ook vaak met de genitale, volwassen seksualiteit: wanneer men die ontdekt in de puberteit en de adolescentie, zal een aantal mensen (afhankelijk van hoeveel zij vroeger hebben moeten „loslaten”), anticiperen dat ook dié seksualiteit kan worden afgenomen. Zij hebben dan niet het gevoel dat seksualiteit van iedereen is en niet kan worden afgenomen.

De economische „oorlog” in het veld van de seksuologie is natuurlijk heftig,

net als in al die gebieden waar psychiaters mensen van een andere discipline tegenkomen. Een extra aspect waarmee rekening gehouden dient te worden, is dat sommige mensen bij die gevechten niet alleen strijden om hun broed en om het beleg erop. Zij vechten ook voor het behoud van „hun” seksualiteit, omdat zij het gevoel hebben, dat die hun afgenomen kan worden. Die extra dimensie acht ik van groot belang, niet alleen in contacten tussen psychiaters en het eerste echelon, maar ook in seksuologische psychotherapie en in allerlei andere seksuologische samenwerkingsverbanden.

Naschrift

Een van de meest felle collegae uit de huisartsenwerkgroep belde mij na ongeveer tien maanden op voor een afspraak. Er waren in de relatie met zijn echtgenote ernstige seksuele problemen die veel schaamte hebben veroorzaakt. In een relatietherapie kon veel spanning opgeheven worden en er lijkt een nieuwe, voor beiden bevredigende oplossing gekomen te zijn.

De betreffende huisarts voelde zich, zo bleek bij de psychotherapie, erg onveilig in de werkgroep. Hij had werkelijk het gevoel gehad, dat zijn seksuele geheim, dat zijn „seksualiteit” hem ontfutseld zou worden en dat hij, door over seksuele problemen van patiënten te spreken, betrap had kunnen worden en zo seksuele handelingen achterwege zou moeten laten, die hij op dat moment niet had willen missen. Wegblijven durfde hij niet, want ook daarmee zou hij het gevoel hebben gehad dat hij zich zou verraden. Er was dus maar een mogelijkheid geweest: zo snel mogelijk de boel torpederen.

Waarom hij daarbij zoveel bijval kreeg, bleek toen hij, overigens geheel op eigen initiatief, aan het eind van de relatietherapie de stoute schoenen aantrok en bij zijn collegae informeerde, of er nog anderen waren die zich bij de consultatie belemmerd hadden gevoeld door eigen schaamtevolle seksuele problemen. Bij twee van de anderen bleek dat het geval.

Samenvatting. Tussen psychiaters en niet medisch opgeleide werkers in de geestelijke gezondheidszorg treden nogal eens sterke interdisciplinaire spanningen op. In het contact tussen psychiaters en huisartsen doen dergelijke spanningen zich in veel mindere mate voor. Na een uiteenzetting over het verschil tussen consultatie, supervisie en werkbegeleiding

wordt ingegaan op een speciale problematiek bij seksuologische consultatie: de consultants kunnen reageren alsof hun eigen seksualiteit wordt „afgepakt”. Dit verschijnsel wordt toegelicht aan de hand van een beschrijving van twee consultatiegroepen. Een latere partner-relatietherapie van een van de consultants bevestigt deze opvatting.

Summary. To whom belongs sexuality? Sexological consultation of a psychiatrist by general practitioners. Fairly marked interdisciplinary tensions not infrequently arise between psychiatrists and non-medical mental health workers. Such tensions are much less pronounced in contacts between psychiatrists and general practitioners. After a discussion of the difference between consultation, supervision from outside and on-the-job guidance, a special problem of sexological consultation is outlined: the consultants may react as if they are being „deprived” of their own sexuality. This phenomenon is elucidated on the basis of a description of two consultation groups. Subsequent marital therapy received by one of the consultants confirmed the above assertion.

- Balint, M. The doctor, his patient and the illness. *Pitman, London, 1957.*
- Beeren, J. Rapport Supervisorenwerkgroep I.M.P.-Zaanstreek. *I.M.P.-Zaanstreek, Zaandam, 1978* (op bestelling leverbaar door het I.M.P.-Zaanstreek).
- Berg, G. R. van den. Rapport Supervisorenwerkgroep I.M.P.-Zaanstreek. *I.M.P.-Zaanstreek, Zaandam, 1980* (op bestelling leverbaar door het I.M.P. Zaanstreek).
- Caplan, G. Principles of preventive psychiatry. *Basic Books, New York, 1964.*
- Caplan, G. The theory and practice of mental health consultation. *Basic Books, New York, 1970.*
- Freud, S.; vertaling A. Morriën en H. Mulder. Analyse van de fobie van een vijfjarige jongen. „De kleine Hans”. *Boom, Meppel, Amsterdam, 1979.*
- Gersons, B. P. R. De consultatiemethode in de preventieve psychiatrie. *Samsom, Alphen aan den Rijn, 1977.*
- Lindemann, E. Symptomatology and management of acute grief. (1944) *Amer. J. Psychiat.* **101**, 141-148; nederlandse vertaling in (1970) *Maandbl. geest. Volksgezondh.* **13**, 271 evv.
- Psychoanalytische consultatie en crisis-interventie. *Stichting Psychoanalytisch Instituut, Amsterdam, 1978.*
- Ravenzwaaij, J. F. van. Consultatie in de geestelijke gezondheidszorg. *Boom, Meppel, Amsterdam, 1972.*

Een patiëntenvereniging binnen het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord

E. H. EBBENS*

Eind 1976 werd door het team van het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord besloten tot een actieve bevordering van de communicatie met de patiënten; men wilde de plaatselijke bevolking meer betrekken bij het centrum. Dit initiatief – een logische stap in de ontwikkeling sinds 1970 – leidde na ongeveer een jaar tot de oprichting van een thans goed functionerende Patiëntenvereniging.

Inleiding

Het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord is in 1970 gesticht vanuit de persoonlijke behoeften van vier solo-huisartsen. Toch is er vanaf het begin een sterke betrokkenheid geweest met de sociale problemen die in die tijd ontstonden door de gedwongen mijnsluitingen. Mede door de samenwerking met andere disciplines werd die betrokkenheid vergroot. Er was binnen het team behoefte om te ageren tegen de manier waarop de mijnsluitingen gerealiseerd werden. Het stelling nemen tegen het oneigenlijk gebruik van de WAO om mensen af te laten vloeien en ze daardoor tegelijk te belasten met een medisch etiket, is daar een voorbeeld van.

Met name op landelijk niveau is het team actief geweest met het signaleren van deze sociale misstanden. Daarnaast is het team actief geweest als voortrekkers van samenwerkingsverbanden.

Na zeven jaar functioneren had het team intern een zekere stabiliteit verkregen. Voor zichzelf had het zijn bestaansrecht bewezen. De eerste kinderziekten waren overwonnen. De organisatie draaide redelijk. De verschillende disciplines hadden elkaars mogelijkheden leren kennen en er was een gevoel van gemeenschappelijke werkwijze ontstaan, hoe moeilijk die ook onder woorden te brengen was. Toch bleken op plaatselijk niveau, met name ten opzichte van de patiënten, de opvattingen van het team over gezondheidszorg en de motivatie om samen te werken nog

moeilijk over te komen. Er was een permanente stroom van kritiek. Veel klachten betroffen de grootte en ondoorzichtigheid van de organisatie. Mensen misten met name het intieme van de solist („de warme bakker”). De voordelen van het werken in een gezondheidscentrum, hoe duidelijk ook voor de medewerkers, bleken voor de buitenstaanders vaak erg onduidelijk. Daarom ontstond na zeven jaar behoefte aan bezinning.

Discussies

Toen de discussie op gang kwam binnen het team, leek de belangrijkste vraag in eerste instantie: hoe brengen we onze motivatie tot samenwerken en onze ideeën over gezondheidszorg beter over aan de plaatselijke bevolking en hoe betrekken we die daarbij. Gemakshalve werd ervan uitgegaan dat die zaken voor de teamleden zelf helder waren en redelijk uniform.

Snel bleek in de discussie dat tot dat moment een essentiële tussenstap in de richting van de patiënten was overgeslagen. Op geen enkele manier waren de behoeften en verwachtingen van de bevolking ten opzichte van het team gepeild, laat staan dat daar rekening mee gehouden was. Verwonderlijk is het, achteraf gezien, helemaal niet dat er zo weinig betrokkenheid bij de patiënten was. Ze misten informatie over de manier van werken en de organisatie waarin dat gebeurde en ze konden er geen invloed op uitoefenen. De kritiek dat samenwerkingsverbanden er alleen zijn voor het belang van de medewerkers en niet in de eerste plaats voor de pa-

*Huisarts Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord.