

Homoseksuelen in de huisartspraktijk

FRANS MEIJMAN*

Zijn homoseksuelen zo bijzonder dat de huisarts hen als een aparte categorie patiënten dient te beschouwen? Een ondubbelzinnig antwoord op deze vraag lijkt moeilijk te geven. Dat neemt niet weg dat de huisarts bepaalde problemen tegenkomt bij zijn homoseksuele patiënten. Die zijn soms specifiek van aard, maar meestal gaat het om min of meer algemene problemen die door de homoseksualiteit van de patiënt worden „gekleurd”.

Inleiding

In dit artikel wordt aandacht besteed aan de huisarts in zijn relatie met de homoseksuele patiënt en aan die patiënt zelf.** De medische literatuur is geen overvloedige bron van informatie met betrekking tot dit onderwerp. Een citaat uit het befaamde boek van *Hodgkin* kan dit illustreren. Homoseksualiteit staat er alleen vermeld onder „less common mental disorders” met een vermoede incidentie van 0,3 per 1000 patiënten per jaar: „Homosexuality. Childhood background often relevant; paternal rigidity noted; funnelling of anus or hypertrophy of labia; true incidence not known”.

Journalistiek veldwerk leidde naar andere geïnteresseerde huisartsen; zij verschaffen informatie over hun ervaringen. Voorts ging ik te rade bij de op leken gerichte voorlichtingslektuur. Dit artikel vormt slechts een voorlopige inventarisatie. De typische kenmerken van vrouwelijke homoseksuelen (zo deze er al zijn in dit opzicht) worden niet besproken. In de literatuur overheerst de problematiek van mannen. Het is bovendien moeilijk gebleken bijdragen te krijgen over ervaringen van en met lesbische vrouwen.

De huisarts

Sommige huisartsen kennen nogal wat homoseksuelen onder hun patiënten, andere slechts enkele of zelfs niet één.

*Huisarts te Amsterdam; met medewerking van de leden van de Homogroep Gezondheidszorg te Amsterdam.

**Voor de problematiek van partners van gehuwde homoseksuelen zij verwezen naar *Vogel*.

Een opmerkelijk feit, want verschillende onderzoeken laten zien dat homoseksuelen in de hele populatie in ruime mate zijn vertegenwoordigd. Het feit dat huisartsen niet op de hoogte zijn van de seksuele gerichtheid van hun patiënten, is niet uniek. Een vergelijkbaar fenomeen doet zich voor ten aanzien van hun inzicht in de werksituatie van hun patiënten. Nu zullen vele contacten tussen homoseksuelen en hun huisarts niet de homoseksualiteit van de patiënt tot onderwerp hebben. Toch worden deze contacten qua sfeer vaak mede bepaald door de seksuele geaardheid van de patiënt.

De houding van de arts ten aanzien van homoseksualiteit en homoseksueel gedrag is van groot belang. Men kan dat bij zichzelf nagaan: hoe sta ik tegenover een eventuele homoseksuele gerichtheid van mijn kind of partner, welke gevoelens spelen er ten aanzien van homoseksuele leerkrachten van mijn kinderen of bij het zien van homoseksueel gedrag, wat stel ik me voor bij vrijen van homoseksuelen, hoe zit het eigenlijk met mijn eigen homoseksuele gevoelens? Houding, inzicht en oordeel van de arts ten aanzien van homoseksualiteit worden onder meer bepaald door zijn kennis en zijn ervaringen. Die kennis is voor een deel afkomstig van de medische opleiding. Voor zover daarin al aandacht aan homoseksualiteit wordt besteed, overheerst het psychopathologische of psychoanalytische denkmodel. In hoeverre heeft men zich in de huisartspraktijk vrij weten te maken van een eng psychiatrisch denkkader en kan men onbevooroordeeld open staan voor de homoseksuele patiënt?

Men kan zich afvragen of de huisarts wel

voldoende inzicht heeft in de leefsituatie van zijn homoseksuele patiënten, te meer daar er zulke grote variaties in levensstijl bestaan onder homoseksuelen. Momenteel kan van de huisarts geen speciale deskundigheid worden verwacht. Belangrijk is dat hij zich realiseert dat hij die deskundigheid ook niet bezit. Indien hij zich belangstellend openstelt voor zijn patiënten, kunnen die hem veel leren op grond van hun eigen ervaringen. Op die wijze kan de huisarts veel te weten komen over de vele vormen van homoseksuele levensstijl en de eventuele medische implicaties daarvan. Pas als hem daarom gevraagd wordt, behoeft de huisarts zijn medische deskundigheid in te brengen. De homoseksuele huisarts heeft zelf ervaringen met een of enkele vormen van homoseksuele levensstijl. Daardoor zal hij wellicht makkelijker in staat zijn hulp te bieden aan de homoseksuele patiënt. Die gedachte is terug te vinden in het beleidsplan 1978-1980 van de Schorerstichting, een bureau voor levens- en gezinsvragen te Amsterdam dat zich bezig houdt met problemen rond homoseksualiteit. „In contacten met andere hulpverleners over het werk is ons gebleken hoe belangrijk specifieke kennis en ervaring met betrekking tot allerlei zaken is voor het welslagen van het hulpverleningsproces. Dit betreft zeer uiteenlopende zaken, van bekendheid met bars, sauna's en andere ontmoetingsplaatsen tot kennis van fasen in het zelfaanvaardingsproces. De meeste hulpverleners die zich niet specifiek met homoseksualiteit bezig houden, hebben onvoldoende de gelegenheid deze kennis en ervaring op te doen” (*Van der Veer*).

De homoseksuele (huis)arts is geen bekende figuur in de vakliteratuur. De merkwaardige positie waarin hij zich bevindt, zal aan die verborgenheid hebben bijgedragen. Als arts is hij immers een vertegenwoordiger van een systeem dat flink heeft bijgedragen aan de onderdrukking van de homoseksualiteit. Deze conflictueuze situatie kan men als individu vaak moeilijk op een positieve manier hanteren. Dit vormt een van de redenen waarom homoseksuele artsen en medische studenten samen met andere werkers in de gezondheidszorg bijeen zijn gekomen in werkgroepen in de Randstad, Groningen en Nijmegen. De organisatie van homoseksuele artsen die op deze wijze vorm begint te krijgen, heeft in Nederland (nog?) niet geleid tot de oprichting van medische hulpverleningsinstellingen speciaal voor homoseks-



suelen, zoals in de Verenigde Staten waar in menige stad „gay health centers” floreren. Amerikaanse auteurs (*Berger; Fenwick*) wijzen op de voordelen die dergelijke categorale voorzieningen voor homoseksuelen (in de Amerikaanse situatie) kunnen hebben.

De homoseksuele patiënt

Spreeken over de homoseksuele patiënt impliceert een vreemde paradox. Aan de ene kant zal de huisarts geneigd zijn deze hulpvrager te benaderen als iedere andere patiënt. De meeste homoseksuelen zullen dit ook van hun huisarts verwachten. Aan de andere kant valt niet te ontkennen dat een homoseksuele levensstijl een eigen kleur kan geven aan het probleem dat de patiënt naar de huisarts voert. Dit kan variëren van een emotionele geladenheid die de huisarts

niet (her)kent, tot een specifiek homoseksueel gezondheidsprobleem. Die speciale gevoelswaarde komt naar voren bij uiteenlopende zaken: een verzoek om verfraaiing van het uiterlijk via plastische chirurgie door een patiënt die leeft in een homoseksuele subcultuur waar het uiterlijk een belangrijk element vormt in het sociaal contact; de depressie van een patiënt die gebukt gaat onder het promiscue gedrag van zijn vaste partner; de huwelijksproblemen van een gehuwde homoseksueel; de bezorgdheid over „aambeien” of jeuk rond de anus van de jongen die zijn eerste anale, seksuele ervaringen heeft opgedaan.

Dit laatste voorbeeld illustreert tevens de specificiteit van enkele gezondheidsproblemen. De onduidelijk uitgesproken bezorgdheid van de jongen zou bijvoorbeeld niet zozeer de jeuk kunnen

betreffen, maar eerder de mogelijkheid dat hij een beschadiging of een geslachtsziekte heeft opgelopen. Het is duidelijk dat de huisarts een goede arts-patiëntrelatie ernstig kan verstoren indien hij de specifieke gevoelswaarde van problemen van de homoseksuele patiënt niet onderkent (en respecteert). Ten aanzien van de specifieke gezondheidsproblemen kan de huisarts bovendien diagnostische of therapeutische fouten begaan. Zo kan in het voorbeeld van de jongen een gericht onderzoek, onder meer op gonorrhoe, eerder aangegeven zijn dan een geruststellend woord of een zalfje.

De gesignaleerde paradox wordt opgeheven indien men de patiënt met zijn probleem beschouwt binnen het systeem waarin deze leeft. Natuurlijk gelden in de benadering van de homoseksuele patiënt de gewone „regels” van de huisartsgeneeskunde. Indien men tot die regels een integrale benadering rekent, komen de specifieke gevoelsaspecten en zelfs de „beroepsrisico's” van homoseksueel gedrag in het gesprek tussen arts en patiënt ongekunsteld naar voren. In een open arts-patiëntrelatie kan de huisarts veel leren van de patiënt. Deze zal echter ten aanzien van een aantal zaken kennis en zelfs deskundigheid van zijn arts verwachten. Om die reden wil ik een aantal situaties uit de huisartspraktijk onder de aandacht brengen.

Aanvaardingsproblemen

Te ontdekken dat je homoseksueel bent, kan aanleiding geven tot problemen met zelfaanvaarding. Deze uitend zich onder meer in depressies en lichamelijke klachten. Op deze wijze komt de huisarts in aanraking met zelfaanvaardingsproblemen bij homoseksuelen. Ook zonder duidelijke problemen kiest een „ontluikende” homoseksueel, op zoek naar een eigen identiteit, nogal eens de huisarts als een van de eerste gesprekspartners.

Hulpverleners bij de Schorerstichting hebben hun ervaringen met zelfaanvaarding van homoseksuelen beschreven (*De Regt en Van Stolk*). Zij menen dat deze zelfaanvaardingsproblemen vanuit drie gezichtspunten benaderd kunnen worden:

1. de schuldgevoelens, de angst voor verboden wensen en gedachten, waaronder (homo)sexuele.
2. het geschonden ideale zelfbeeld, de angst om te moeten erkennen dat je (...) behoort tot een soort mensen, (...) dat

noch door jezelf noch door anderen ge-
waardeerd wordt.

3. de vrees voor stigmatisering, de vrees
om als homoseksueel door anderen – en
niet door jezelf – geminacht en buiten-
gesloten te worden.

Deze gezichtspunten zijn te beschou-
wen als een drieluik van sociaal geïndu-
ceerde spanningen die altijd wel in een
of andere combinatie voorkomen. Meestal
lijkt het accent echter op één ervan te
liggen. De problemen zijn het best vanuit
dát perspectief te begrijpen en te benade-
ren bij verdere begeleiding. Zo zullen
suggesties om zich weerbaar op te stellen
slecht aanslaan bij iemand die in feite
(nog) bezig is met (onbewuste) schuldgevoelens. Ander-
zijds zal iemand die door zijn omgeving
gestigmatiseerd wordt, zich niet begre-
pen voelen door de huisarts als deze zijn
problemen louter herleidt tot het niveau
van onverwerkte schuldgevoelens of
identiteitsconflicten en vanuit dat ge-
zichtspunt aanstuurt op een psycho-
therapeutische of zelfs psychiatrische
verwijzing.

Overigens is het proces van zelfaccepta-
tie nogal eens een moeizaam gebeuren,
waarin het de homoseksueel niet ge-
makkelijk gemaakt wordt. Allerlei nega-
tieve maatschappelijke invloeden
blijven zich immers nog steeds op het
individueel richten. Hierdoor en door ge-
brek aan identificatiemogelijkheden
kunnen zeker bij de geïsoleerd levende
homoseksueel persoonlijke moeilijkhe-
den optreden. Sociaal gewaardeerde
personen als huisartsen zouden hun bij-
dragen kunnen leveren aan de verbeter-
ing van het leefklimaat door in de (lo-
kale) gemeenschap een creatieve visie
op seksualiteit en relatievorming uit te
stralen.

Relatie- en eenzaamheidsproblematiek

Relatie- en eenzaamheidsproblemen
zijn geen onbekenden voor de huisarts.
Bij homoseksuelen kan dergelijke proble-
matiek een specifieke „kleur” heb-
ben, die de huisarts niet kent. Dit kan
een adequate benadering van de proble-
men bemoeilijken. Verwijzing naar
meer „deskundige” collega's of instan-
ties kan aangewezen zijn. Er schuilt ech-
ter een gevaar in dergelijke verwijzingen:
een patiënt kan zich in de kou gezet
voelen indien te snel een verwijzing
naar bijvoorbeeld een gespreksgroep
van de lokale of regionale COC of naar
de Schorerstichting wordt geopperd,
zeker als er helemaal geen hulpvraag in
die richting bestaat. Men dient zich ver-

der te realiseren dat de homoseksuali-
teit soms maar zijdelings bij het actuele
probleem betrokken is. Men hoort nog-
al eens de klacht dat hulpverleners de
naar voren gebrachte problemen steeds
terugvoeren op de homoseksualiteit van
de patiënt.

Een nadrukkelijk tolerante houding van
de huisarts waaruit „kennis van zaken”
moet blijken, maakt het voor de patiënt
ook niet makkelijker zijn relatie- of een-
zaamheidsprobleem ter sprake te bren-
gen. Hij ervaart de door zijn homosek-
sualiteit gekleurde problemen soms als
zo individueel of uniek dat een joviale
houding hem te weinig ruimte biedt.

Seksueel overdraagbare aandoeningen

Sinds enkele jaren is een toeneming te
constateren van het aantal patiënten
met geslachtsziekten. Dit geldt voor
heel Nederland, maar vooral voor Am-
sterdam. Met name doet zich een stij-
ging voor van het aantal gevallen van
syfilis, gonorrhoe en hepatitis B (*Coutin-
ho; SOA*). Mannelijke homoseksuelen
worden met betrekking tot seksueel
overdraagbare aandoeningen als risico-
groep aangemerkt. Dit geldt vooral
voor diegenen die frequent wisselende
en anonieme contacten hebben. Maar
zelfs voor diegenen die slechts inciden-
teel een sauna of andere ontmoetings-
plaats bezoeken en daar een of meer
homoseksuele contacten hebben, is de
kans relatief groot, dat zij een seksueel
overdraagbare aandoening oplopen.
Net als bij andere risicogroepen – gast-
arbeiders, zeelieden, prostituées en he-
teroseksuelen met frequent wisselende
contacten – zal de huisarts bij homosek-
suele mannen eerder dan gewoonlijk
denken aan de mogelijkheid dat hij te
maken heeft met een seksueel over-
draagbare aandoening. Het herkennen
van (de mogelijkheid van) een ge-
slachtsziekte is niet moeilijk, indien het
klassieke beelden betreft of als de pa-
tiënt zelf de mogelijkheid suggereert.
Moeilijker wordt het als de seksueel
overdraagbare aandoening schuil gaat
achter een weinig specifiek beeld (bij-
voorbeeld „griep” of malaise bij lues II
of hepatitis B) of gelokaliseerd is op
plaatsen die de huisarts niet goed be-
kend zijn (gonorrhoeïsche of herpetische
proctitis, gonorrhoeïsche pharyngitis) of
als de patiënt zelf niet attendeert op de
mogelijkheid. Treurig is het als de huis-
arts de mogelijkheid van een seksueel
overdraagbare aandoening wegwuift,
terwijl de patiënt die mogelijkheid op-
pert, zoals bij een als surmenage gedui-

de hepatitis B, een als allergie behandel-
de scabies („schurft komt bij mensen
zoals u niet voor”), of bij de weigering
om „reeds” na drie maanden een Was-
sermantest te herhalen (deze „overbe-
zorgde” man bleek na onderzoek inder-
daad een positieve luesserologie te
hebben).

In de Amerikaanse literatuur verschij-
nen in toenemende mate publikaties,
waarin wordt gewezen op een aantal
infecties die via anaal-oraal seksueel
contact overgedragen kunnen worden.
Het betreft niet eerder als seksueel
overdraagbaar onderkende aandoenin-
gen als hepatitis A, shigellose, amoebi-
osis, giardiasis en wellicht ook salmonel-
lose. In homoseksuele deelpopulaties
vertonen deze ziekten epidemische ver-
heffingen (*Corey and Holmes*).

Behalve met betrekking tot de diagnos-
tiek en de therapie van seksueel over-
draagbare aandoeningen kan de huis-
arts een taak hebben bij de routinematige
controle op enkele aandoeningen bij
promiscue mannelijke homoseksuelen.
Voor syfilis wordt een periodieke sero-
logische test geadviseerd. De termijn
wisselt tussen de drie en zes maanden
(*Fenwick; Willcox*). Overleg met de pa-
tiënt is aangewezen. Een Wasserman-
test behoeft in de huisartspraktijk geen
grote organisatorische problemen op te
leveren. Die moeilijkheden kunnen wel
optreden indien men wil overgaan op
het (doen) kweken van gonorrhoe. Over-
leg met het streeklaboratorium is nood-
zakelijk om te komen tot een betrouw-
baar transportsysteem voor het kweek-
materiaal. Routinematige controle op
gonorrhoe bij mannelijke homoseksuelen
lijkt alleen aangewezen bij hen die
regelmatig anale contacten hebben met
wisselende partners. De gonorrhoeïsche
proctitis verloopt namelijk vaak asymp-
tomatisch, maar vormt wél een reële
besmettingsbron. Van de gonorrhoeïsche
pharyngitis, die meestal asymptomatisch
verloopt, wordt aangenomen dat deze
nauwkeurig een besmettingsbron
voor anderen vormt. Terzijde zij hier
opgemerkt dat het (doen) verrichten
van een anale uitstrijk bij een mannelij-
ke homoseksueel die „passief” anaal
contact ontkent, getuigt van overijveri-
ge surveillance en shockerend kan over-
komen bij de patiënt.

Ten aanzien van hepatitis B wordt routi-
nematige controle niet geadviseerd in
de literatuur. Men zou op die manier
wel meer symptoomloze dragers binnen
de homoseksuele populatie op het spoor
komen. De vraag is echter wat men hun
zou moeten adviseren. Seksuele ont-
houding lijkt onuitvoerbaar en profy-

laxe van alle seksuele partners met hyperimmuun-globuline wordt kostbaar. Enige adviezen bij aangetoonde (!) blijvende dragers zijn wel mogelijk, zoals het vermijden van tong-anus en penis-anus contact om transmissie van besmet speeksel of sperma naar het makkelijk kwetsbare rectale slijmvlies te beperken. Ten aanzien van hepatitis B is het in feite wachten op het vaccin dat binnen afzienbare tijd beschikbaar lijkt te komen. Zodra dat het geval is, kan de huisarts patiënten die tot de risicogroepen voor deze aandoening behoren, attenderen op de mogelijkheid van vaccinatie.

Gegevens uit de praktijk van huisarts Th. G. J. Stokman te Amsterdam illustreren de hoge incidentie van syfilis en hepatitis B (en A) onder mannelijke homoseksuelen (*Verhoeven-Tjan; Den Boer-Erdmann; Aarsen*). Enkele cijfers geven aan hoe belangrijk een routinematige halfjaarlijkse screening bij risicogroepen kan zijn (*tabel*).

*Tabel. Resultaten van luesdiagnostiek en surveillance in een huisartspraktijk te Amsterdam, april 1970 - april 1976.**

Indicaties bloedafname	Aantal bloedafnamen	Positieve luesserologie
Gonorrhoe	177	5
Luescontact	73	14
Symptomen	122	23
Routine	625	42
(Oude) lues	51	13
Totaal	1048	97**

*Cijfers exclusief controles na behandeling.

**Twee personen uitsluitend heteroseksueel, één persoon seksuele gerichtheid onbekend, overigen homoseksueel of homoseksuele contacten.

Bronnen: *Verhoeven-Tjan; Den Boer-Erdman*.

Slot

Dit artikel zou zeker niet volledig zijn indien geen aandacht zou besteed worden aan twee seksuele gebruiken die in toenemende mate tot de folklore van bepaalde homoseksuele subculturen zijn gaan behoren en die medische implicaties kunnen hebben. Ik doel hier op het zogenaamde „fist-fucking” en het gebruik van „poppers”. Bij fist-fucking wordt de vuist of zelfs gehele onderarm ingevoerd in de (endel)darm van de partner, wiens anussfincter vanzelfsprekend getraind moet zijn op deze respectabele oprekkings. De manoeuvre draagt het gevaar van darmbeschadiging of zelfs perforatie in zich, indien zij onbesuisd, in een roesttoestand of met scherpe nagels, wordt uitgevoerd. In de Verenigde Staten zijn reeds gevallen van

peritonitis na perforatie gesignaleerd (*Fenwick*).

Mede om verslapping van de anussfincter te verkrijgen bij anale coïtus worden „poppers” gebruikt. De ampullen of flesjes bevatten amylnitriet of verwante stoffen die net als nitroglycerine een verslappende werking hebben op glad spierweefsel.

De stof blijkt het seksueel genoeg bij de gebruikers te verhogen. Amylnitriet wordt gesnoven en kan beschadiging van het reukslijmvlies geven. De overige bijwerkingen en risico's zijn te vergelijken met hoge doseringen nitrobaat, zoals kloppende hoofdpijn, opvliegingen en collaps. Er is geen sprake van lichamelijke afhankelijkheid, maar mogelijk wel van psychische. Lichamelijke ontwenningverschijnselen na staken van frequent gebruik doen zich dan ook niet voor. Voor zover bekend lijkt amylnitriet net als nitrobaat niet schadelijk bij gebruik op hogere leeftijd. Terughoudendheid is wel gewenst bij (acuut) glaucoom en ernstige arteriosclerose. Voorts werden astmatische reacties gesignaleerd (*Sigell et al.; Goode and Troiden*).

Uitgebreidere informatie over de gezondheidsaspecten van homoseksualiteit bij mannen treft men behalve bij *Fenwick* ook aan in het zorgvuldig samengestelde boekje *Sumpf Fieber*, waarin onder meer aandacht wordt besteed aan seksuele technieken en attributen en aan proctologie; bovendien bevat het zinnige hygiënische adviezen.

Samenvatting. Aan de orde komen de houding van de huisarts tegenover homoseksualiteit en de consequenties daarvan voor de relatie met zijn homoseksuele patiënten. Daarbij wordt aandacht gevraagd voor de specifieke „kleur” die gezondheidsproblemen voor homoseksuelen kunnen hebben. Het is van belang homoseksuele patiënten en hun problemen te bezien tegen de achtergrond van hun (zeer uiteenlopende) leefsituaties. Voorts wordt aandacht besteed aan zelfaanvaardingsproblemen en relationele moeilijkheden en aan seksueel overdraagbare ziekten.

Summary. Homosexuality in general practice. This paper discusses the general practitioner's attitude to homosexuality and its consequences for the relationship with his homosexual patients. Attention is drawn to the specific „coloration” that health problems may have for homosexuals. It is of importance to consider

homosexual patients and their problems against the background of their (widely diverse) life situations. Mention is also made of self-acceptance problems, relational problems and sexually transmitted diseases.

Aarsen, R. S. R. van. Een onderzoek naar voorkomen en verspreiding van infectieuze geelzucht bij homofiele patiënten in de jaren 1970-1974. [Ongepubliceerde scriptie.] *Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam*, 1975.

Berger, R. M. Report on a community based venereal disease clinic for homosexual men. (1977) *J. Sex Res.* **13**, 54-62.

Boer-Erdmann, T. W. L. den. Lues in de huisartsenpraktijk. [Ongepubliceerde scriptie.] *Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam*, 1976.

Corey, L. and K. K. Holmes. Sexual transmission of hepatitis A in homosexual men. (1980) *New Engl. J. Med.* **302**, 435-438.

Coutinho, R. A. De toeneming van het aantal patiënten met geslachtsziekten in Amsterdam. (1980) *Ned. T. Geneesk.* **124**, 284-286.

Fenwick, R. D. Gezondheidsgids voor homoseksuelen. *Tiebosch, Amsterdam*, 1979.

Goode, E. and R. R. Troiden. Amylnitrite use among homosexual men. (1979) *Amer. J. Psychiat.* **136**, 1067-1069.

Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis in primary care. *Churchill-Livingstone, Edinburgh etc.*, 1978.

Regt, J. de en B. van Stolk. Zelfaanvaarding van homoseksuelen. (1979) *Maandbl. geest. Volksgezondh.* **34**, 3-17.

Sigell, L. T., F. T. Kapp, G. A. Fusaro et al. Popping and snorting volatile nitrites: a current fad for getting high. (1978) *Amer. J. Psychiat.* **135**, 1216-1218.

SOA. Sexueel overdraagbare aandoeningen; nr. 3. *Nederlandse Stichting tot Bestrijding der Geslachtsziekten, Utrecht*, 1980.

Sumpf Fieber. Autorengroep schwule Medizinstudenten. *Rosa Winkel Verlag, Berlin*, 1979.

Veer, G. van der. De homoseksuele psychotherapeut. (1979) *Haagse Post* **66**, nr. 32, 20-23.

Verhoeven-Tjan, V. B. G. Routinematig bloedonderzoek op lues bij homofiele patiënten. [Ongepubliceerde scriptie.] *Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam*, 1974.

Vogel, C. Huwelijk en homofilie. Dialoogreeks nr. 3. *NVIH/COC, Amsterdam*, 1973.

Willcox, R. R. The management of sexually transmitted diseases, a guide for general practice. WHO-Euro reports and studies nr. 12. *WHO, Copenhagen*, 1979.