

Thijs Maasen

Narcistische krenkingen
Psychotherapie voor homoseksuele mannen

Schorer Boeken
Amsterdam 2002

c Thijs Maasen en Schorerstichting
Omslagontwerp: Studio Tint, Den Haag
Boekverzorging: Karel Meijer, MMS Grafisch Werk
Druk: Wöhrmann Print Service, Zutphen

ISBN 90 7334 116
NUGI 713,715

Schorer Boeken is een onderdeel van de Schorerstichting, het landelijke kenniscentrum op het terrein van gezondheidszorg voor homoseksuele mannen en lesbische vrouwen. Het doel is deze mannen en vrouwen overal in Nederland een passend aanbod van gezondheidszorg te garanderen.

Schorerstichting
Postbus 15830
1001 NH Amsterdam
tel. 020-6624206
e-mail helpdesk@schorernet.nl

Inhoud

Voorwoord

Inleiding

Ontpathologisering

Hiv triggert psychische klachten

Homospecifieke analyse

1 Thuiskomen na een lange zwerftocht

Krenking en heling van het homoseksuele zelfgevoel

Naar een homoseksuele analyse

Kernbegrippen van de 'selfpsychology'

Homoseksuele krenkingen

Coming out, coming in

Wanneer is psychotherapie nodig?

Het ondergestimuleerde ik

Het gefragmenteerde ik

Het overgestimuleerde ik

Het overbelaste ik

Conclusie

2 De spiegel valt aan diggelen

Nieuwe kwetsuren in het hiv-tijdperk

Nieuwe kwetsuren vanwege de hiv-infectie

De eerste confrontaties met hiv

Herstel van het beschadigde homoseksuele zelfgevoel

Naar een chronisch ziektebeeld bij hiv

Conclusie

3 Vroege trauma's en destructieve scenario's

Oud zeer steekt opnieuw de kop op

De invloed van vroege trauma's op hiv-infecties

Een masochistisch scenario

Een afhankelijk scenario

Een 'jump forward' scenario

Conclusie

4 Rouw en herstel van eigenwaarde

Krenkingen door veelvoudig verlies

Verlies en rouw

Homospecifieke verlieservaring en hiv

Groepsaanbod voor veelvoudig-verliesverwerking

Identiteit ontleend aan homospecifieke rouw

Externaliseren van woede

Het valse en authentieke ik
Conclusie

5 Misbruikervaringen, initiatieseks en de homoseksuele carrière

Ondermijning van de eigenwaarde door seksueel misbruik

Wat is homoseksueel misbruik?

De definitie van seksueel misbruik

Vroeg en langdurig seksueel misbruik

Initiatieseks en incidentele misbruikervaring

Homoseksueel misbruik als dubbele narcistische krenking

Achtergrond van seksueel misbruik en effecten daarvan

Seksueel misbruik, homomannen en de kans op een hiv-infectie

Conclusie

Slot

Homospecifieke psychotherapie

Profilering als homotherapeut

Homospecifieke problemen

Inkleuring van de werkrelatie

Valkuilen bij een homospecifieke aanpak

Gebruikte literatuur

Bijlage

De opzet van een homospecifieke privé-praktijk

Voorwoord

Dit boek is gebaseerd op de ervaring die ik opdeed als hulpverlener bij de Schorerstichting in de jaren 1988-2000, zowel met het geven van individuele therapie als met het begeleiden van groepstherapie voor homomannen. Ik leerde de Schorerstichting kennen toen ik werkzaam was op de Vrije Universiteit in 1987. De afdeling Homostudies waarbij ik betrokken was organiseerde samen met de Schorerstichting een internationaal congres onder de naam *Homosexuality, Which homosexuality?* Nadat ik mijn dissertatie op de Vrije Universiteit afrondde met een promotie in de psychologie stapte ik via de Schorerstichting over naar de praktijk van de hulpverlening aan homoseksuele mannen. Mijn motivatie voor die stap werd ook ingegeven door de opkomst van aids in de homogemeenschap. In mijn directe omgeving verloor ik een eerste vriend en was er door geschokt. Tot 1996 werkte ik vooral in de aidshulpverlening met veel cliënten. Na 1996 veranderde aids onder invloed van de nieuwe medicatiemogelijkheden gelukkig steeds meer in een chronische ziekte.

Gedurende mijn werkzaamheden als hulpverlener ontstond gaandeweg de behoefte om me verder te professionaliseren en ik koos ervoor de RINO-opleiding voor geregistreerd psychotherapeut te volgen met de specialisatie psychoanalytische psychotherapie. Door studie van vakliteratuur ontwikkelde ik mijn belangstelling verder voor homospecifieke psychotherapie. In die tijd kon ik de vruchten van de opleiding en de inzichten uit de vakliteratuur gericht op hulpverlening aan homomannen combineren om zelf ook allerlei publicaties te schrijven vanuit mijn ervaring in de spreekkamer. Sinds 1991 had ik naast mijn functie bij de Schorerstichting ook een eigen vrijgevestigde psychologenpraktijk. Vanaf 2000 ben ik volledig werkzaam in deze praktijk. Bij het schrijven van dit boek heb ik ook gebruik gemaakt van deze ervaringen. Ik hecht er aan om te benadrukken dat de casuïstiek die ter illustratie in dit boek wordt gebruikt geheel is geanonimiseerd.

Graag wil ik Willem van der Hulst, Ruud Feijen en Anton Berkhouwer bedanken voor de commentaren die zij gaven op eerdere versies van de tekst. Bovendien gaven Marty van Kerkhof, Klaas Pruisman, Ton Schreurs, Rudolf Steinberger, Robert Witlox en Erik Marcus hun visie op de eerste opzet van het boek. Mijn uitgever Mariek Hilhorst wil ik bedanken voor haar begeleiding. Tot slot wil ik het boek opdragen aan vrienden en cliënten die overleden zijn aan de gevolgen van aids. Een speciaal woord van dank aan Gennady Tsibin voor zijn morele steun tijdens het schrijfproces, want het bleek geen sinecure deze intensieve periode uit mijn hulpverleningspraktijk nog eens terug te halen.

Thijs Maasen
Amsterdam, februari 2002

Inleiding

Ontpathologisering

In het kielzog van de cultuuromslag en de emancipatiebewegingen in de jaren zestig van de twintigste eeuw werd homoseksualiteit uit de sfeer van pathologie gehaald. Mannen en vrouwen met een seksuele voorkeur voor het eigen geslacht grepen die kans aan om op allerlei manieren openlijk vorm te geven aan die voorkeur. Deze ontwikkeling had ook allerlei gevolgen voor de hulpverlening in relatie tot homoseksualiteit: het schrappen van de seksuele voorkeur voor het eigen geslacht als psychische afwijking uit de American Psychiatric Association (APA) in 1973 symboliseerde het veranderde klimaat in die jaren. Dit gebeurde onder scherp protest van Amerikaanse psychoanalytici, die echter bakzeil haalden. Het zou nog bijna twintig jaar duren voor enkele psychoanalytici zich als professionals 'outen' en interessante nieuwe psychodynamische visies introduceerden. Met deze omslag in de jaren zeventig werd indertijd een basis gelegd voor hulpverlening aan homoseksuelen die niet langer op genezing gericht was, maar op acceptatie, zichtbaarheid en vormgeving.

Deze voor de emancipatie van homoseksualiteit belangrijke ontwikkeling had ook een keerzijde: in het enthousiasme van het activisme werd de liefde voor het gelijke geslacht min of meer heilig verklaard. Na zo lange tijd geassocieerd te zijn geweest met seksuele afwijking en ziekte sloeg de balans door naar de andere kant en werd homoseksualiteit per definitie tot gezond verklaard. Efficiënte diagnostiek en differentiatie tussen psychische gezonde en ongezonde homoseksuelen werden door de *gay pride*-houding bemoeilijkt.

De op gang komende homospecifieke hulpverlening stond vooral in het teken van acceptatie, positieve waardering, stimulans van de coming out, identiteitsvorming, gestalte geven aan leefstijl en solidariteit. In de nieuwe *gay therapy* bestond minder aandacht voor psychische klachten die homoseksuelen ervoeren, zoals depressieve toestanden, angst- en paniekstoornissen, verslaving aan drugs, en persoonlijkheidsstoornissen. Pas jaren later maakte de pendule een beweging terug en werd het mogelijk dergelijke diagnoses te stellen zonder daarmee homoseksualiteit opnieuw als zodanig te pathologiseren.

Hiv triggert psychische klachten

Mijn veronderstelling is dat mede onder invloed van de hiv-epidemie meer aandacht ontstond voor psychische problemen van homoseksuele mannen. In de periode van begin jaren tachtig

tot 1996 nam de hiv-epidemie in de homogemeenschap endemische vormen aan, en het is niet verwonderlijk dat hierdoor hiv-gerelateerde psychische klachten onder homomannen toenamen. De psychosociale aidshulpverlening breidde zich in snel tempo uit en in de spreekkamers werden de diverse problemen verwoord. Te denken valt aan acceptatieproblemen bij hiv-geïnfekteerden, angst voor de dood, en verlies en rouw. In het begin van de epidemie was hulpverlening vooral gericht op stervensbegeleiding omdat er nog nauwelijks behandelmogelijkheden waren, en bestond de therapie vaak uit begeleiding tijdens de terminale periode en ondersteuning bij de verwerking van rouw en verlies. Sinds 1996 is de hulp vanwege de nieuwe medische behandelmogelijkheden meer gericht op aanpassing aan een chronische ziekte, therapietrouw bij medicatie, opnieuw inrichten van een homoseksuele toekomst, en rehabilitatie op de werkvloer.

Van meet af aan bleken depressieve klachten en angst- en paniekstoornissen die direct gerelateerd waren aan de gevolgen van de hiv-infectie, dieperliggende psychische problemen en conflicten te activeren die nauw samenhangen met de situatie van homoseksuelen en schaamte of schuldgevoelens over de homoseksuele leefstijl, en waarvan de wortels reikten tot in de jeugdijaren. Vóór de periode van de hiv-epidemie en waarschijnlijk mede door de positieve stimulans van de homo-emancipatie waren deze problemen voor sommige homoseksuelen gedeeltelijk overwonnen en hun psychische conflicten tot op zekere hoogte opgelost. Anderen slaagden daar in mindere mate in, maar voor deze homomannen waren er relatief weinig homospecifieke voorzieningen waar ze met die problemen konden aankloppen. Dit veranderde snel in het aidstijdperk, toen onder andere voor deze groep mannen in Nederland een adequaat psychosociaal hulpverleningsaanbod van de grond kwam.

De impact van de hiv-epidemie was van dien aard dat voor menigeen vroegere problemen rond acceptatie en waardering van homoseksualiteit opnieuw de kop opstaken. Bijvoorbeeld opnieuw opblazende oude conflicten met de familie over de seksuele voorkeur, schuldgevoelens over seksuele praktijken, of hernieuwde relatieproblemen.

De verhalen in dit boek zijn nogal getekend door de diverse psychische problemen bij homomannen in de periode voor 1996, toen de huidige hiv-medicatie nog niet bestond. De bedoeling is niet om nog eens te vertellen hoe homomannen in de afgelopen decennia in de aidshulpverlening op psychosociaal gebied geholpen werden, maar om te illustreren hoe juist door de ontwikkeling van deze psychosociale hulp heel concrete homospecifieke conflicten aan het licht kwamen. Problemen waarover voor die periode veelal gezwegen werd, die

ontkend dan wel gebagatelliseerd werden, of waarvoor men zich zo diep schaamde dat er niet over gesproken werd. Krenkingen uit de kindertijd en puberteit vanwege het 'anders zijn' en problemen met het ontwikkelen van een eigen identiteit, en het ontbreken van zelfwaardering bleken maar deels overwonnen te zijn. Iedere openlijk homoseksuele man moet een manier vinden om dergelijke conflicten te hanteren.

Uit onderzoek van het Trimbos Instituut en de Universiteit Utrecht blijkt zelfs dat homoseksuelen beduidend meer psychische klachten hebben dan heteroseksuelen (Sandfort e.a. 2001). Deze onderzoeksresultaten ondersteunen de observaties die ik jarenlang in de hulpverlening aan homomannen deed. Zo wordt bijvoorbeeld geconcludeerd dat onder homoseksuele mannen en vrouwen een hogere prevalentie aanwezig is van psychische stoornissen. Bij homomannen wordt met name melding gemaakt van meer depressieve klachten, angststoornissen, dwangmatig gedrag en agorafobie. Deze psychische problemen bleken niet zonder meer gerelateerd te zijn aan hiv, maar waren eerder terug te voeren op de periode van voor de coming out als homoseksueel, en deze manifesteerden zich ook nog op latere leeftijd. De onderzoekers vermoeden dat factoren als stigmatisering, vooroordelen, discriminatie en eenzaamheid het psychisch welbevinden negatief beïnvloeden. Al met al versterken deze conclusies een pleidooi voor het praktiseren van homospecifieke psychotherapie.

Homospecifieke analyse

In de afgelopen tien jaar werden vanuit de psychoanalytische hoek interessante referentiekaders aangedragen om de specifieke psychische problematiek van homoseksuele mannen te kunnen begrijpen en behandelen. Dat gebeurde door een aantal Amerikaanse psychiaters en psychologen die zich in de loop van die jaren als homoseksueel psychoanalyticus kenbaar maakten. De eerste was Richard Isay in 1989 met zijn biologisch verklaringsmodel over de ontwikkeling van homoseksuele jongen tot homoman, waarmee hij de verstoorde relatie tussen deze homoseksuele jongens in spe en hun afwijzende heteroseksuele vaders verklaart en als gevolg daarvan de psychische beschadigingen in het latere leven van homomannen. De vader-zoonrelatie werd een belangrijk thema in Isay's psychotherapie met homomannen, evenals de angst voor afwijzing en de behoefte om aan de verwachtingen van de heteroseksuele omgeving te voldoen, om zodoende bevestiging te krijgen en krenkingen te vermijden.

Carlton Cornett (1995) en Dennis Shelby (1995) namen de draad weer op en werkten de psychoanalytische visie verder uit. Zij grepen voornamelijk terug op de *selfpsychology* van Heinz Kohut (1977) die psychische problemen verklaart vanuit stoornissen in de ontwikkeling tot een gezond gevoel voor eigenwaarde, en ze vertaalden deze benadering naar de specifieke ontwikkeling tot homoseksuele mannen. Centraal staat hier de opvatting dat het zelfbeeld van homoseksuele mannen gedurende hun opvoeding op cruciale momenten gemakkelijker blootstaat aan diverse kwetsingen. Als deze krenkingen van ernstige aard zijn kunnen ze in een homospecifieke psychotherapeutische setting geheeld worden.

In de hier voor liggende publicatie wordt voornamelijk teruggerepen op deze laatste visie en worden de verhalen van mannen die hulp zoeken in een homospecifieke setting vanuit dit referentiekader geanalyseerd. De intentie hierachter is om middels deze analyses te illustreren hoe de psychische problematiek bij homomannen te verklaren is uit diepgewortelde kwetsuren in hun vroegere opvoeding en hoezeer die krenkingen kunnen doorspelen in hun latere leven. De verhalen zijn nogal gekleurd door problemen die in eerste instantie hiv-gerelateerd zijn, maar die bij nader inzien ook raken aan conflicten van voor de coming out.

Hieronder volgt een nadere uitleg van de opbouw van dit boek met een korte schets van de inhoud van de diverse hoofdstukken. In hoofdstuk 1 'Thuiskomen na een lange zwerftocht' wordt de theorie van de 'selfpsychology' geïntroduceerd en de vertaling gemaakt naar de situatie van homoseksuele mannen. Het concept van de narcistische krenking staat centraal, evenals het helende effect van diverse therapeutische strategieën die het zelfbeeld trachten te versterken. Ook wordt nader ingegaan op de gevolgen van de ontwikkeling tot een zogenaamd vals zelfbeeld voor het latere leven, en pogingen om na de coming out het echte zelfbeeld te ontdekken en te versterken. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal voorbeelden van typische kwetsuren in de opvoeding van homomannen.

In hoofdstuk 2 'De spiegel valt aan diggelen' wordt ingegaan op de relatief recente krenkingen bij homomannen die hun vroegere kwetsuren redelijk hadden overwonnen. Het hoofdstuk laat de sfeer voelen waarin homomannen vanwege de hiv-epidemie in een soort vrije val terecht kwamen, en waardoor vroegere beschadigingen van het gevoel voor eigenwaarde uit hun jeugd opnieuw aangescherpt werden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de periode van voor 1996 en de jaren daarna, waarin hiv in een chronisch ziektebeeld verandert vanwege nieuwe medische behandelingen met combinatietherapie.

In hoofdstuk 3 'Vroege trauma's en destructieve scenario's' wordt nog eens expliciet ingegaan op de negatieve gevolgen van traumatische ervaringen in de ontwikkeling van een positief zelfbeeld. Met name de consequenties van geweld, emotionele chantage en discriminatie ten aanzien van onveilig vrijen, het ontbreken aan zelfrespect en de ontwikkeling van destructieve scenario's worden beschreven. Ook komt de negatieve invloed van het taboe op anale seks tussen homomannen ter sprake.

Hoofdstuk 4 'Rouw en herstel van eigenwaarde' illustreert vooral de psychische problemen van degenen die als partner of vriend achterbleven, waarbij de verliezen soms veelvoudig waren. Aan de hand van een procesbeschrijving van groepspsychotherapie voor homomannen met dergelijke veelvoudige verlieservaringen, blijkt hoezeer de rouwverwerking van recente kwetsuren gecompliceerd wordt door het tot leven komen van vroegere krenkingen, en daarmee van heftige emoties van verontwaardiging, naast schaamte over vernederende situaties.

In hoofdstuk 5 'Misbruikervaringen, initiatieseks en de homoseksuele carrière' wordt apart stilgestaan bij het relatief hoge percentage misbruikervaringen bij homomannen en de samenhang die wordt gesuggereerd met de kans op het geïnfecteerd raken met hiv.

In de epiloog ten slotte wordt de zinvolheid van een homospecifiek hulpverleningsaanbod onderstreept vanuit de behoefte die cliënten verwoorden en worden diverse homospecifieke problemen samengevat. Ook wordt ingegaan op de gevolgen voor de werkrelatie in een homospecifieke setting, op helende therapeutische strategieën, evenals op de valkuilen die dreigen bij een homospecifieke aanpak.

Alle casuïstiek die in de hoofdstukken wordt besproken is geanonimiseerd.

1 Thuiskomen na een lange zwerftocht

Krenking en heling van het homoseksuele zelfgevoel

Naar een homoseksuele analyse

Vanuit de psychoanalyse zijn in de loop der tijd niet de meest vriendelijke woorden gesproken over homoseksualiteit. Vooral de navolgers van Freud beweerden dat deze seksuele voorkeur een pathologie inhield, en er werden allerlei theorieën bijgehaald om dat te onderbouwen. Zo werd soms de dominante moeder als oorzaak gezien van de homoseksualiteit van haar zoon, omdat ze diens mannelijkheid ondermijnde en de identificatie met vader blokkeerde. Anderen benadrukten juist de rol van de afwezige, zwakke, onthechte vader, die het onmogelijk maakt voor het kind om van moeder los te komen. Zolang homoseksualiteit in gezaghebbende psychoanalytische kringen als pathologie werd beschouwd, was het fenomeen van homoseksuele psychoanalyticus natuurlijk helemaal ondenkbaar. De gelijkgeslachtelijke seksuele voorkeur bleef zelfs jarenlang een contra-indicatie voor toelating tot de psychoanalytische opleidingen. Daartegen kwamen homoseksuele analytici zoals Richard Isay in verzet en sinds kort profileren er zich meer als homoseksuele psychotherapeut, zoals Dennis Shelby en Carlton Cornett die sinds kort als 'homosexual analyst' worden betiteld. Met deze 'outing' is uiteindelijk ook binnen het conservatieve bolwerk van de psychoanalyse een begin van een wending gemaakt. Onlangs werden psychoanalytische opleidingen in New York van overheidswege gedwongen homoseksuele leerlingen toe te laten.

Isay presenteert vanuit de oude psychoanalytische school van het Freudiaanse driftmodel een nieuwe visie op homoseksualiteit, en beschrijft vanuit de traditionele oedipale theorie de ontwikkeling van homomannen als een gezonde seksuele variant. Anderen maken gebruik van latere analytische scholen, zoals de object-relatietheorie of de 'selfpsychology'. Cornett introduceert concepten uit de object-relatietheorie zoals 'false self' en 'true self' om het innerlijk conflict van homoseksuele jongens in spe te beschrijven. De zelfpsychologie als meest recente psychoanalytische school is tot nu toe onder andere door Shelby uitgewerkt naar de homoseksuele situatie. Alle drie de auteurs vormen een belangrijke inspiratiebron voor dit boek.

Kernbegrippen van de 'selfpsychology'

Centraal staan in deze theorie de concepten 'narcisme' en 'zelfbeeld' en de analyse spitst zich vooral toe op de extreme gevoeligheid voor falen, teleurstelling en een labiel gevoel van

eigenwaarde (De Wolf, 1998). Een gezond zelfbeeld is geïntegreerd, oftewel cohesief: een toestand die stabiel en betrouwbaar is over een langere periode. Dit in tegenstelling tot een pathologisch zelfbeeld dat gefragmenteerd is geraakt door bijvoorbeeld traumatische gebeurtenissen of een onveilig opvoedingsklimaat.

Cliënten met een zwak zelfgevoel neigen nogal narcistisch gekleurde relaties aan te gaan waaraan ze hun kracht ontlenu. Ze richten zich op de bevrediging van de wensen van anderen uit angst voor afwijzing, om de zo ontbeerde goedkeuring alsnog te krijgen. De behoefte aan bevestiging van hun grootheid door anderen is opvallend voelbaar, omdat in de kindertijd deze behoefte onvoldoende werd bevredigd. Deze houding wordt met de term spiegelen aangeduid: door zich in de ander te spiegelen wordt men beloond en bevestigd en groeit het grandioze gevoel.

Emotionele tekorten door gebrek aan identificatie met almachtige ouderfiguren werken hunkerend gedrag in de hand. Door versmelting met de sterke ouder hoopt men van die bewondering mee te mogen genieten. Op deze manier wordt het vroeger ontstane emotionele tekort gecompenseerd. Deze houding wordt idealiseren genoemd, met als resultaat dat het gevoel voor eigenwaarde stijgt door de band met sterke beschermers.

Een andere mogelijkheid is dat vanuit een zwak zelfgevoel gezocht wordt naar gelijken vanuit de behoefte ergens bij te horen. Deze neiging kenmerkt zich door het zoeken naar gelijke anderen, waardoor men een essentiële gelijkenis voelt. Dit wordt aangeduid met de technische termen 'alter ego' of 'twinship bond' zoeken: gelijke maatjes.

De inkleuring van een van deze drie opties in de dagelijks omgang van de cliënt met andere belangrijke personen is in het contact met de psychotherapeut natuurlijk ook voelbaar. In de werkrelatie worden deze opties als belangrijke overdrachtsreacties geduid en in de loop van de therapie worden ze bewust gemaakt en waar nodig gecorrigeerd. Zo zal de therapeut in het contact met zijn cliënt kunnen aanvoelen dat hij zich bijvoorbeeld afhankelijk opstelt en overmatig hunkert naar bevestiging. Of hij voelt aan dat de cliënt er overdreven toe neigt hem op te hemelen. Een andere mogelijkheid is dat de cliënt teveel nadruk legt op de behoefte gelijkheid te voelen in de therapeutische relatie, bijvoorbeeld door vaak te refereren aan de overeenkomst als homomannen. In de sessies gaat het er uiteindelijk om aan de cliënt duidelijk te maken dat hij een overmatige behoefte heeft aan zelfobjecten die in zijn jeugd onvoldoende aanwezig zijn geweest en dat hij juist daarom dit gedrag uitleeft. Bij homoseksuele jongens in

spe kunnen de emotionele tekorten, afhankelijk van het opvoedingsklimaat en van culturele factoren, een specifieke vorm aannemen die gebonden is aan de homoseksuele maatschappelijke situatie. Hierdoor kan bij hen een bepaalde beschadiging van het zelfgevoel ontstaan, bijvoorbeeld door afwijzing van hun homoseksuele voorkeur.

Homoseksuele krenkingen

Homojongens in spe zijn in hun jeugd kwetsbaarder en in de band met de ouders, omdat deze gedrag afwijzen dat niet aan de genderverwachting voldoet. Dat zou vooral het geval zijn tussen deze jongens en hun vader, omdat heteroseksuele vaders vanwege het maatschappelijk taboe op homoseksualiteit niet het vermogen hebben tot bevestiging. Deze homo's in spe voelen zich vaak anders en tonen zich gevoeliger en wars van agressie. Hun houding wordt al snel als vrouwelijk gedrag aangeduid en door leeftijdgenoten en ouders verworpen, waardoor vertrouwelijke banden met mannen niet tot ontwikkeling komen. Het homoseksuele jongetje in spe blijft aldus in het vrouwenkamp en bereikt met het vrouwelijk verleidingsgedrag jegens de vader een averechts effect. Een gevoelig jongetje zal dan niet door vader worden weggehaald uit moeders kamp, vanwege schaamte voor homoseksualiteit ingegeven door het maatschappelijk taboe waar vader voor terugschrikt. Zo wordt hij afgewezen door de primaire man in zijn leven die hij wil idealiseren. Deze terugtrekking van vaders zijde die als regelrechte afwijzing kan aanvoelen, veroorzaakt een lage zelfwaardering en een gevoel van onvolwaardigheid bij sommige homoseksuele mannen. Al met al kan dat een belangrijke reden zijn waarom sommige homomannen in hun latere leven problemen krijgen met liefdevolle relaties. De bevestiging van de grootheid en perfectie kan ook gemakkelijker verstoord worden, omdat het gevoelige jongetje eerder genegeerd of bespot wordt dan beloofd door ouders of leeftijdgenoten. Ten slotte zal in de ontwikkeling van homojongens in spe eerder het verlangen naar een essentiële gelijkens onbeantwoord blijven en kan gemakkelijk een krenking ontstaan. Zo voelen zij dat ze nergens bij horen, maar 'anders dan de anderen' zijn en daarmee alleen en niet verbonden. Aldus kan een zwak gevoel van eigenwaarde ontstaan en in ernstige gevallen kan fragmentatie optreden van het zelfbeeld.

Het uiteenvallen van het eigen ik uit zich in identiteitsverlies, een stoornis in het besef van het eigen ik en het ontbreken van contact met wat werkelijk gevoeld wordt. Deze ervaring wordt ook wel omschreven met het concept 'false self' uit de object-relatietheorie. In de heersende

cultuur heeft de homoseksuele jongen in spe geen voorbeelden van anderen die hem de weg wijzen en stimuleren. Hij bevindt zich temidden van personen waarin hij zich niet herkent en gaat de schone schijn ophouden door zich te gaan gedragen naar verwachtingen van de heteroseksuele wereld. Hij ontwikkelt zo een onechte persoonlijkheid en ervaart gevoelens van schaamte, minderwaardigheid en vervreemding van zijn echte identiteit. Het gespeelde en aangepaste gedrag voldoet aan wat in zijn ogen de verwachtingen van de ouders zijn, met andere woorden het ideaalbeeld dat zij voor ogen hebben. Op deze manier wordt de krenking een homoseksueel te zijn, afgeweerd door ontkenning van deze voorkeur of zelfs door omkering van de verdrongen wens en van alles wat ook maar zweemt naar homo-erotiek. Deze mechanismen verhullen het verlangen naar homoseksualiteit, totdat het afgeweerde in de coming out-periode weer wakker wordt.

Coming out, coming in

De afwijzing van homoseksualiteit is voor het kind al vrij vroeg voelbaar en heeft vérstrekkende gevolgen voor de verdere psychische ontwikkeling. Het gevoel afgewezen en verstoten te zijn wordt deel van zijn persoonlijke bagage, en verzwakt het gevoel van eigenwaarde. Pas als de afgeweerde verlangens weer naar boven komen in de puberteit kan men de schone schijn laten varen, en de eerste schreden zetten op het homoseksuele pad. Afhankelijk van het verloop van de coming out en van de mate waarin het zelfbeeld is beschadigd, kunnen de eerste homoseksuele ervaringen in de adolescentieperiode worden beleefd als het hervinden van de eigenheid, en een gevoel van herkenning geven: de ervaring thuis te komen na een lange zwerftocht. Het is alsof de onbewuste draad van vroeger weer wordt opgepakt.

Pas zo ongeveer vanaf het moment van de coming out en de eerste homoseksuele ervaringen en verliefdheden komen er voor homomannen weer voorbeelden in zicht, die op een zinvolle manier tegemoet kunnen komen aan wat onvoldoende aanwezig is geweest in hun ontwikkeling. Afhankelijk van het type ontberingen in de jeugd zullen de homoseksuele contacten en relaties worden ingekleurd. Zo zal de homoseksuele man die zijn ideale vader erg heeft gemist en zich door hem juist afgewezen voelde, eerder op zoek gaan naar een sterke partner die bewondering afdwingt en waardoor hij zich beschermd voelt. Door deze ervaring van verbondenheid die hij nu pas kan voelen met een geïdealiseerde ander, kan hij zich alsnog waardevol voelen. En degene die vroeger te weinig bevestigd is in zijn grootheid en

afgewezen werd vanwege zijn gedrag, zal eerder hunkeren naar een partner die waardering geeft en hem seksueel bevestigt. Homomannen die vanwege hun anders zijn veel afwijzing hebben ondervonden zullen vooral op zoek gaan naar soortgenoten in de zin van gelijke maatjes.

Na de coming out kunnen beschadigingen van het zelfgevoel deels worden gecorrigeerd door positieve ervaringen met andere homomannen. De kans is opeens aanwezig dat vrienden, minnaars of potentiële partners binnen handbereik komen die niet langer afwijzend reageren op de seksuele voorkeur. De verwerping door de eerste man in hun leven en door andere mannen later in hun jeugd kan op deze manier gedeeltelijk worden gecorrigeerd. Idealiter bieden de nieuwe ontmoetingen vaak niet alleen bescherming, maar ook vriendschap en liefde. Waar ouders en leeftijdsgenoten vroeger tekortschoten omdat ze niet konden beantwoorden aan de verlangens van het homoseksuele jongetje in spe, vullen deze nieuwe figuren die tekorten aan.

In de homowereld biedt spiegelen de kans bij uitstek om bevestigingen te ontvangen, zoals bijvoorbeeld in een succesvolle flirt. In het uitgaansleven is deze manier van bevestiging tot in de finesses uitgewerkt tot meerdere eer en glorie van het zelfbeeld. De negatieve ervaringen van vroeger die resulteerden in het continue gevoel niet te deugen en in een gekwetst zelfgevoel, maken nu gemakkelijker plaats voor bevestiging als homoseksuele man, sekspartner, minnaar of vriend. Juist datgene waardoor men vroeger werd afgewezen biedt nu bij uitstek aanleiding tot bewondering. Bracht vroeger het gevoel anders dan anderen te zijn het nodige isolement met zich mee, nu bieden soortgenoten juist een aanknopingspunt tot verbondenheid en het gevoel erbij te horen. Na hun coming out ervaren homomannen de gayscene vaak als een mogelijkheid om een essentiële gelijkens te voelen met andere mannen. Er wordt niet voor niets gesproken van een coming in of thuiskomen. In dit licht kan misschien ook het fenomeen 'clonen' worden beschouwd als een ultieme poging een gevoel van gelijkens te bewerkstelligen. Het meest uitgesproken komt dit verschijnsel tot uiting in de leerscene met tot in detail uitgewerkte codes, en daarnaast in allerlei varianten en zuiltjes binnen de seksuele voorkeur. Een uit Amerika overgewaaid initiatief zoals de Gay Games is natuurlijk ook een gebeuren gebaseerd op solidariteit en kan als antwoord worden gezien op vroegere uitstotingsprocessen vanwege het anders zijn. Het is niet voor niets dat op openlijke manifestaties van homoseksualiteit in de media zo afwijzend gereageerd wordt.

Als de ontwrichting van het zelfgevoel in het opvoedingsklimaat niet al te traumatisch verliep en voornamelijk door culturele factoren werd veroorzaakt, is een psychotherapie lang niet altijd geïndiceerd en kunnen homomannen op eigen kracht hun weg hervatten en hun homoseksuele leefstijl verder vormgeven.

De hierboven geschetste omslag waarbij de valse schijn niet langer meer wordt opgehouden en homomannen op zoek gaan naar hun echte zelfgevoelens, zal in de praktijk wat ingewikkelder verlopen en voor iedereen ook weer een beetje anders. De vraag is ook in hoeverre de vroegere beschadigingen van het zelfgevoel kunnen worden hersteld en wat de gevolgen voor de latere ontwikkelingen zijn van de afweer van de werkelijke verlangens en het overaangepaste gedrag. Blijft de neiging om aan de verwachting van anderen te voldoen niet een verstoord beeld geven in de relationele sfeer, ook na de coming out? Vormt de splitsing in de homoscene tussen enerzijds seks en anderzijds liefde geen valkuil, waardoor intieme verbondenheid maar in beperkte mate mogelijk is? En is de behoefte aan seksuele bevestiging en aan een veelvoud van seksuele contacten geen teken aan de wand dat ook na de coming out oude wonden moeten worden geheeld?

Wanneer is psychotherapie nodig?

Soms zijn de beschadigingen van het zelfgevoel zo groot dat de helende werking, die door en na de coming out potentieel mogelijk is, niet voldoende is om het verdere levensgeluk te proeven. Dit kan onder meer het geval zijn als naast culturele factoren ook traumatische ervaringen zijn opgedaan in de vroege jeugd. Daarnaast kunnen latere gebeurtenissen het hervonden zelfgevoel opnieuw dusdanig krenken dat alsnog psychotherapeutische hulp geboden is, bijvoorbeeld vanwege een hiv-infectie. Te denken valt aan een onverwachte seropositieve testuitslag, het niet aanslaan van combinatietherapie, de omschakeling na de nieuwe medicatie van een oriëntatie op de dood naar nieuwe toekomstperspectieven, verlies van vrienden en partners, of problemen met safe seks.

De hierboven geschetste krenkingen door afwijzing van anderen in de jeugd vanwege het taboe op homoseksualiteit, kunnen de ontwikkeling tot een stabiel zelfgevoel verstoren. Dit kan leiden tot verschillende vormen van een verstoord gevoel voor eigenwaarde. De Wolf maakt onderscheid tussen het ondergestimuleerde ik, het gefragmenteerde ik, het overgestimuleerde ik, en het overbelaste ik. Hieronder wordt elke vorm geïllustreerd met een casus.

Het ondergestimuleerde ik

Er is sprake van een ondergestimuleerde ik, wanneer er gebrek aan stimulans van de opvoeders was. Gevolg is gemis aan vitaliteit en een apathische houding. Leegte wordt opgevuld met drugs, alcohol en dwangmatige (seksuele) handelingen, en depressieve episodes liggen op de loer.

[k3]Casus Ab

Ab meldt zich aan voor psychotherapeutische hulp met depressieve klachten. Het recente ontslag op de universiteit heeft hem een enorme krenking bezorgd, en werd als erg vernederend ervaren. Als overreactie stortte hij zich in excessieve seksuele uitpattingen met soms onveilige contacten, vaak onder invloed van veel drank.

Opvallend is dat Ab sterk leunt op een sterke succesvolle partner in de werksfeer, waarmee hij tegelijk ook competitie aangaat: 'zonder mij zou hij die baan niet aankunnen'. Zijn partner vindt hem seksueel niet meer opwindend, en voor Ab voelt dit als een afwijzing. Andere belangrijke succesvolle figuren in het werk worden in de sessies sterk gedevalueerd, en tot 'mindere' figuren gemaakt.

De spiegeling van zichzelf ontleende hij sterk aan succes in het doceren. Minder aan bevestiging als homoseksuele man in het uitgaansleven. Hij leunt vooral op anonieme seksuele contacten, uit angst voor afwijzing: 'als ik in de spiegel kijk vind ik me zelf lelijk'.

Op alter ego-niveau is het zoeken naar twinship-banden zwak aanwezig, omdat hij in feite bang is niet mee te tellen. Opvallend is hier de bewondering voor homomannen die aan de zelfkant leven en geïntrigeerd zijn door hiv. Zich verbonden weten met potentiële almachtige figuren overheerst, naast de neiging deze soms te devalueren en er zelf boven te staan.

In de loop van de therapie wordt duidelijk dat hier sprake is van een jongen die in zijn jeugd door zijn ouders, met name zijn vader werd ondergewaardeerd voor wat betreft zijn intellectueel vermogen. Spottend werd hij 'studentje' genoemd. Als studieuze jongetje werd hij in zijn milieu op geen enkele wijze gestimuleerd, en werd van hem verwacht dat hij meehielp in het bedrijf thuis. Omgekeerd schaamde hij zich in het openbaar voor zijn vader: 'Als we door het dorp wandelden wilde ik niet bij hem horen'. Door zijn leeftijdgenoten werd hij voor de gek gehouden met zijn slimheid en geplaagd vanwege zijn nuchter gedrag.

Ook in de therapeutische relatie is het wisselend overidealiseren en devalueren heel tastbaar, naast ook de behoefte aan spiegeling als intellectueel, begrip voor zijn krenkingen vanwege afwijzingen, en een verlangen naar een twinship-band met de homoseksuele therapeut.

[einde k3]

Het gefragmenteerde ik

Een gefragmenteerd ik ontstaat uit gebrek aan geïntegreerde identiteit. Er zijn slechts deel-identificaties tot stand gekomen. Fragmentatie van het ik is het gevolg van een narcistische krenking, en verdwijnt weer als er een relatie met een empathische en sterke andere persoon tot stand komt. In die zin kan een therapeutische relatie als een helende factor fungeren.

[k3]Casus Bert

Bert meldt zich aan voor hulp omdat hij schuldgevoelens heeft over zijn seksuele contacten met mannen. Enerzijds is het verlangen ernaar bij vlagen enorm groot, anderzijds voelt hij zich daar heel slecht over. Daarbij komt dat hij soms niet veilig vrijt, hetgeen zijn schuldgevoel versterkt. Dit gebeurt vooral in depressieve periodes. Zijn alcoholgebruik is dan ook excessief. Hij kan zich dan niet concentreren op zijn werk en raakt zichzelf helemaal kwijt. Letterlijk zegt hij: 'ik kan me niet meer bij elkaar houden, de ene helft van mij doet iets wat de andere niet snapt'. Hij gaat dan contacten aan, en soms korte relaties, die hij eigenlijk niet wil. Maar hij kan niet alleen zijn, er moet iemand bij hem zijn. De relaties zijn echter niet realistisch, hij laat van anderen grensoverschrijdingen toe, en ontwikkelt een masochistische opstelling. Als er mislukkingen te melden zijn, krijgt hij de neiging weg te vluchten uit het Sodom en Gomorra, Amsterdam. De positieve bevestiging van seksuele contacten kan hij maar voor een kort moment voelen, daarna komt een zondig besef en schuldgevoel naar voren over deze contacten.

Bert komt uit een groot boerengezin en was een middenkind, waardoor hij weinig aandacht kreeg. Moeder had eigenlijk een meisje gewild, en met vader heeft hij nooit contact gehad. Hij voelde zich niet beschermd door zijn ouders en evenmin bevestigd. Werken was het enige dat telde. Op zijn twaalfde verliet hij het ouderlijk huis en hij kwam op internaten terecht waar hij een overdreven streng religieuze houding ontwikkelde, met fantasieën over straf.

Op zijn homoseksualiteit werd door ouders en leraren over het algemeen negatief gereageerd of deze werd ontkend en verzwegen, zoals bijvoorbeeld door vader. In de adolescentie kwam hij in een sfeer terecht waarin door priesters heel dubbelzinnig werd omgegaan met

homoseksualiteit: deze werd gepraktiseerd en tegelijkertijd bestraft. Al met al kende Bert dus nauwelijks goede identificatiemogelijkheden met beschermende geïntegreerde opvoeders, noch thuis noch op het internaat. Nergens kreeg hij bevestiging van zijn totale persoon. Ook niet van leeftijdgenoten, bij hen vond hij geen aansluiting. Het gevoel uiteen te vallen en de brokken niet meer bijeen kunnen houden is dan ook kenmerkend voor een gefragmenteerd ik. Bert is enerzijds almaar gretig op zoek naar een sterke partner, maar tegelijkertijd is hij bang deze niet te kunnen verdragen. Hij valt dan terug op tijdelijke contacten. Er is te weinig sprake van een autonome zelfstructuur, de grenzen tussen het ik en de ander vervagen snel. Het verlangen naar de voortdurende aanwezigheid van een ander en een buitengewone gevoeligheid voor verlating vallen op, maar ook een angst voor hechting en verdwijningsangst bij versmelting.

In de werkrelatie met de therapeut valt de behoefte op aan een geïdealiseerde beschermer, die als een 'biechtvader' achteraf vergeving schenkt en toestemming geeft om homoseksualiteit te praktiseren. Ook zoekt hij sterk naar bevestiging van zijn goede gezonde contacten en anonieme seksuele avonturen. Toen hij mij als homoseksuele man in een bar had gezien was zijn reactie de sessie erna: 'wat fijn dat jij daar ook komt'. Kortom een cliënt die aan het begin van de therapie voortdurend in de knoop raakt met afgesplitste delen van zichzelf.

[einde k3]

Het overgestimuleerde ik

Soms ontwikkelt zich een stoornis door overstimulatie van het ik, waarbij spiegeling en idealisering overdadig aanwezig zijn geweest. De ouders zijn dan zo dominant aanwezig geweest dat er geen verinnerlijking heeft kunnen plaatsvinden. Vanwege de overstimulatie kan deze persoon niet genieten van zijn succes, maar raakt overspoeld door niet-realistische grootheidsfantasieën die spanning, angst en gebrek aan realiteitsbesef produceren.

[k3]Casus Cor

Aanleiding voor Cor om hulp te zoeken waren zijn heftige emotionele reacties op een recente afwijzing door een homoseksuele man. Eerder had hij ook dergelijke reacties gekend wanneer relaties niet tot stand kwamen. Alles wijst erop dat hij op dit punt te snel gekrenkt is. Ook in andere relaties met vrienden en collega's leven opvallend snel spanningen. Cor is vaak achterdochtig en heeft gauw het gevoel dat anderen hem niet mogen. Hij kan nogal

onvoorspelbaar agressief uit de hoek komen en dat levert een averechts effect op van wat hij wil bereiken.

Opvallend is dat Cor dweept met andere vrienden die imposant zijn, over het algemeen sterke figuren die indruk maken op anderen door hun vermogen of status, en meestal heteroseksueel zijn. Homoseksualiteit is voor Cor duidelijk een schandelijke zaak, die hem vernedert en minderwaardig maakt. Er spelen dan ook forse acceptatieproblemen op de achtergrond mee. Uiteindelijk - na doorwerking van deze problemen - gaat Cor op zoek naar een sterke partner, maar hij deinst daar ook nog lang voor terug uit angst voor afwijzing en verlating. Dergelijke krenkingen zijn onverdraaglijk voor zijn zelfgevoel.

Tot zijn zevende was Cor het pronkstukje van zijn vader, waar hij tegen opkeek, omdat hij zo populair was en een succesvol man in het dorp. Cor werd door vader overgestimuleerd en opgejaagd om nog betere prestaties te leveren dan andere jongens uit het dorp. Hij voldeed niet aan deze verwachtingen en zijn vader trok zijn handen van hem af en verdween als held uit zijn vizier. Cor voelde zich onttroond. Hij was in de ogen van vader ook te weinig viriel en vader bleef soms toch hoge verwachtingen koesteren, maar stak vervolgens zijn teleurstelling niet onder stoelen of banken. Het is dan ook niet verwonderlijk dat Cor forse acceptatieproblemen rond zijn homoseksualiteit ontwikkelde, en op zoek ging naar geïdealiseerde heteroseksuele vrienden waaraan hij zijn eigenwaarde kon ontleen door er volledig mee samen te smelten.

Op het gebied van homoseksualiteit, zijn grote schaamte, viel de neiging op om contacten en relaties te devalueren. Het was een hele stap om uiteindelijk op zoek te gaan naar een homoseksuele psychotherapeut. Bij een eerdere homotherapeut kwam een erotische overdracht tot stand, waarbij Cor er van overtuigd was dat de therapeut met hem naar bed wilde.

Waarschijnlijk was op dat moment de nabijheid van een homoseksuele man als therapeut te bedreigend. Wat Cor nu in de werkrelatie sterk laat voelen is een overidealisering, terwijl tegelijk de woede naar zijn vader enorm opspeelt. In deze therapie keert hij het spel met de schone schijn de rug toe, hij wil zich niet langer meer aanpassen aan de verwachtingen die met name zijn vader had van een heteroseksuele zoon.

Het spiegelen verloopt vooral via het delen met de therapeut van successen in het werk; als homoseksuele man vindt bevestiging vooral via anonieme sekscontacten plaats. Alter ego's zijn er nauwelijks, vaak zijn er onbereikbare objecten en symbiotische illusies, en als er in realiteit een contact mogelijk blijkt dan loopt snel de angst op. Als homoseksuele

gevoelsgenoot wordt weinig gedeeld met de therapeut. Om afwijzingen voor te zijn maakt Cor het zelf vaak uit of haakt af.

[einde k3]

Het overbelaste ik

Ten slotte kan er sprake zijn van een overbelast ik, dat de kans niet kreeg een gezonde band met de geïdealiseerde ander aan te gaan, waardoor emoties niet gedeeld kunnen worden.

Hierdoor ontstond ook een overgevoeligheid voor krenkingen en achterdocht.

[k3]Casus Daan

Daan meldt zich vanwege angst- en paniekaanvallen en depressieve episodes aan voor hulp, en zoekt speciaal een homotherapeut. Hij komt uit Australië en leeft in Nederland nogal geïsoleerd. Ten opzichte van zijn familie leidt hij een dubbelleven. Daar komt bij dat hij hiv-geïnfecteerd is en slechts zijn behandelaars hiervan op de hoogte zijn, hetgeen zijn sociale isolement nog eens versterkt. Homoseksualiteit en de hiv-infectie worden als twee belangrijke krenkingen ervaren. Daarnaast betreft het hier een homoseksuele man die veel krenkingen opliep in zijn werk, terwijl hij toch hoog is opgeleid. In diverse banen kreeg hij met ontslag te maken, onder andere vanwege conflicten met zijn leidinggevenden. Daan heeft een overmatige behoefte aan controle ontwikkeld en weert met dwang zijn innerlijke angst en wantrouwen naar de omgeving af.

Op idealiserend niveau heeft hij momenteel een afstandelijk contact met een bevriende homoseksuele man die hij meestal ophemelt, maar soms ook uit jaloezie verguist. Als therapeut voel ik me overwegend ook overgeïdealiseerd, en soms als een interventie te confronterend is volgt een devaluatie, of voelt Daan zich snel gekrenkt en afgewezen. Hij heeft een schrijnende behoefte aan erkenning door geïdealiseerde almachtige figuren, maar deze vorm van bevestiging ontbreekt in zijn leven. Er is een duidelijke behoefte voelbaar aan extra gratificatie door deze belangrijke vrienden: grenzen met artsen en hulpverleners worden gemakkelijk overschreden in de zin van uittesten of vriendschappelijke aspecten kunnen worden toegevoegd.

De spiegeling door anderen is schaars te noemen en wordt enigszins opgevangen door contacten in het uitgaansleven en anonieme contacten in darkrooms. Binnen de werksfeer voelt Daan zich miskend, mislukt en hij schaamt zich daar zeer voor. Alleen al de gedachte aan het zoeken naar werk roept paniek op: de mogelijke afwijzing van een sollicitatie; alleen

nog werk vinden beneden zijn niveau; de angst dat hij het werk niet volhoudt. Op het vlak van alter ego's vindt hij ook weinig respons en hij staat er tamelijk alleen voor. Hij heeft nauwelijks vrienden, geen partner, en zeer sporadisch contact met broer en zus.

Wanneer we naar het gezin van herkomst terugblikken valt op hoezeer Daan ideale ouders heeft gemist, vooral wat betreft zijn vader. Door zowel vader als moeder werd hij overbelast in de zin dat grote prestaties werden verwacht. Ook de spiegeling, bevestiging van zijn persoon, kwam moeilijk tot stand. Zijn intelligentie was hier z'n redding en dwong ook bewondering af, maar eveneens werden er hoge verwachtingen aan verbonden wat betreft zijn carrière.

Vanwege een dubbelleven in het land van herkomst gedurende zijn studie werd elke bevestiging als homoseksuele jongen afgesneden. Het zoeken naar essentiële gelijken kon hierdoor evenmin op gang komen.

[einde k3]

Conclusie

Uit de casuïstiek kunnen we concluderen dat homoseksuele mannen die hongeren naar spiegeling vanwege ontberingen die ze leden overwegend partners of vrienden zoeken die hen alsnog bevestigen en een sterker gevoel van eigenwaarde geven. Ze voelen zich te snel waardeloos en hun ontdekking van de seksuele voorkeur gaf hen vanwege afwezige bevestiging een zwak zelfgevoel. Deze homomannen neigen ertoe te gretig almaar nieuwe contacten op te sporen door wie ze gevoed willen worden.

Homomannen hunkeren naar geïdealiseerde partners of vrienden vanuit een ondervonden gebrek aan binding en identificatie met beschermende ouders en opvoeders. Vanwege het taboe op homoseksualiteit was de vader niet toegankelijk en kwam een sterke band niet tot ontwikkeling. Deze homomannen neigen er dan toe om op zoek te gaan naar bijvoorbeeld een sterke partner, die veel bewondering afdwingt bij anderen, of die extreem perfect moet zijn. Met wie ze zich geheel verbinden en waarbij eigen tekorten niet echt worden opgeheven; eerder wordt de leegte gecompenseerd door die ideale homomannen.

Mannen die ernstig in isolement zaten en discriminatie hebben meegemaakt vanwege hun seksuele voorkeur, zullen na de coming out meer behoefte hebben almaar gelijkens te zoeken om de innerlijke leegte op te vullen. Degenen wiens zelfgevoel ernstig is beschadigd zullen, of het nu om idealiseren, spiegelen of alter ego-banden gaat, andere persoonlijkheden nodig hebben om het gebrek aan eigenwaarde te versterken. De grenzen vervagen hier vanwege

diffuse differentiatie tussen het zelf en de ander. Buitengewone gevoeligheid voor verlating en het verlangen naar voortdurende aanwezigheid van de partner vallen hier op.

Ten slotte zijn nog de homomannen te noemen die wel een sterke behoefte aan contact kennen, maar tevens extreem gevoelig zijn voor een mogelijke afwijzing, daarom sociale contacten vermijden en een geïsoleerd bestaan lijden. Te denken valt hier ook aan dubbellevens. De achtergrond van dit ontwijkend gedragspatroon is vaak: veel afwijzende ervaringen vanwege homoseksualiteit, veel pesterijen of andere traumatische ervaringen waardoor het ik zeer zwak is gebleven.

In de therapeutische relatie is de behoefte aan idealiseren, het zoeken van bevestiging door de therapeut, dan wel het verlangen naar gelijkenis voelbaar. Deze gevoelde behoefte kan een belangrijk instrument in de sessies zijn om de aard van de krenkingen en tekorten in de ontwikkeling van jongen tot homoseksuele man te exploreren. De overgevoeligheid in relaties met vrienden en partners kan daardoor beter begrepen worden, en gecorrigeerd zodat weer een krachtiger gevoel voor eigenwaarde ontstaat en een grotere autonomie.

2 De spiegel valt aan diggelen

Nieuwe kwetsuren in het hiv-tijdperk

Nieuwe kwetsuren vanwege de hiv-infectie

Het is niet verbazingwekkend dat de psychische problemen van homomannen door de uitbreiding van de hiv-epidemie in de afgelopen decennia toenamen. In de stedelijke gebieden kwam een enorm hulpverleningsaanbod op gang, onder andere voor de getroffen groep homomannen. Door de hiv-infectie en het verlies van vrienden ontstonden op de eerste plaats nieuwe kwetsuren die voor mannen van deze leeftijd ongekend waren. Aanvankelijk richtte de psychosociale hulp zich vooral op counseling bij de hiv-test, op acceptatieproblemen van een terminale ongeneeslijke ziekte en op rouwprocessen. In een later stadium, toen het ongeneeslijk karakter van aids veranderde in een chronisch ziektebeeld door nieuwe behandelmethoden, richtte de hulp zich meer op aanpassingsproblemen.

In het voorgaande hoofdstuk werd het proces beschreven waarin homomannen vroegere kwetsuren in hun opvoeding redelijk te boven waren gekomen na hun coming out-periode. Met name werd beschreven hoe de inkleuring van hun relaties werd ingegeven door het soort tekortkoming gedurende hun ontwikkeling in de jeugdijaren. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de invloed van dezelfde tekortkomingen van vroeger op de nieuwe kwetsuren door hiv, en op de rol die de hulpverlener vervolgens kan hebben om enigszins een helende functie te vervullen. In het laatste deel van het hoofdstuk worden de veranderingen geschetst die door de nieuwe medicatiemogelijkheden zijn ontstaan, waardoor psychische problemen minder dramatische vormen aannemen. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens beschreven hoe bij homomannen met traumatische jeugdervaringen het gevoel van eigenwaarde negatief beïnvloed wordt wanneer ze hiv krijgen.

De eerste confrontaties met hiv

Voor menige homoseksuele man viel de prachtige spiegel die door gay pride ging schitteren op latere leeftijd aan diggelen vanwege krenkende confrontaties met aids. Positieve ervaringen die men na de coming out had opgedaan met het achter zich laten van de valse schijn en de ontdekking van het authentieke zelfgevoel, dreigden opnieuw te worden ondermijnd. Het aidstijdperk beslaat nu al bijna zo'n twintig jaar en inmiddels zijn er ook verschillende fasen te onderscheiden, waarin homomannen met verschillende psychosociale problemen te kampen kregen. In de beginfase was sprake van een overval door hiv, hetgeen

gepaard ging met paniek en angst, ook onder de homopopulatie die in Nederland toen verreweg de grootste risicogroep vormde. Bovendien werd het virus pas in 1982 gelokaliseerd en de manier waarop de transmissie plaatsvond was aanvankelijk niet duidelijk, behalve dan dat seksuele contacten hierin een rol speelden. De kwetsuren die in deze eerste jaren van de epidemie een grote rol speelden betroffen vooral de verwerking van de seropositieve testuitslag en de aidsdiagnose, en het onder ogen zien van serodiscordante statussen in vriendenkringen en relaties. De grootste verandering was dat relatief jonge mannen in de bloei van hun leven zich op de dood moesten oriënteren en zichzelf moesten voorbereiden op een voortijdig einde van hun relatief jonge leven. De krenkingen die hiermee verbonden waren werden nog eens extra schrijnend doordat de seksuele leefstijl en met name de anale seksuele praktijk geassocieerd werden met een dodelijke ziekte. Homoseksualiteit werd opnieuw in verband gebracht met dood en aids met straf voor deze seksuele praktijk. Zo ontstond een vruchtbare voedingsbodem voor het opwekken van schuldgevoelens en het reactiveren van vroegere afwijzingen en veroordelingen.

De in het vorige hoofdstuk geschetste seksuele bevestiging langs de weg van spiegeling verdween als sneeuw voor de zon: het gevoel uiterlijk aantrekkelijk te zijn verdween en maakte plaats voor een gevoel van schaamte over lichamelijk verval. Het gevoel geaccepteerd te worden, dat zich - in een ideale ontwikkeling - na de coming out had genesteld, maakte vaak plaats voor de vrees verstoten te worden. In de spreekkamer werd ik diverse malen geconfronteerd met de zogenaamde bijbelse parabel van de verloren zoon. Seropositieve homomannen bij wie de waarschuwendende woorden van hun ouders plotseling weer tot leven kwamen: 'Als je die kant uitgaat loopt het verkeerd met je af. Aids is er niet voor niets'. Zij vreesden alsnog verstoten te worden. In de praktijk bleek dat echter lang niet altijd het geval te zijn, maar hadden deze mannen een verdrongen verinnerlijkte afwijzing van hun homoseksualiteit uit de kast gehaald en vervolgens geprojecteerd op hun omgeving. Hieruit blijkt hoe diepgeworteld homofobie kan zijn.

Het stigma rond aids riep gemakkelijk gevoelens van schaamte en diepe vernedering op, die soms leidden tot hernieuwd sociaal isolement en het verzwijgen van de aidsdiagnose of het ongenoemd laten van de status van aidsweduwnaar. De woorden 'ik heb aids', of 'mijn vriend is aan aids overleden' kwamen niet over de lippen. Vroegere kwetsingen en traumatische afwijzingen staken soms opnieuw de kop op, of anders wel de angst daarvoor.

Wie ernstig ziek wordt smacht als een kwetsbaar kind naar onnipotente figuren, om ermee samen te smelten en zodoende bescherming te voelen en redding. Dat betekent dat van verzorgers, hulpverleners en artsen werd verwacht dat zij voldeden aan de potentie van geïdealiseerde almachtige ouders. Hiv-geïnficeerden hoopten dat zij het ultieme antwoord wisten. Het na de coming out relatief herstelde gevoel voor eigenwaarde kon echter behoorlijk gekrenkt worden door de teleurstellende ontdekking dat ook verzorgers op beperkingen van de realiteit stuiten en dus niet kunnen fungeren als onnipotente geïdealiseerde figuren. Buiten de geboden psychische opvang en steun stonden hulpverleners in die periode met lege handen, want jarenlang was er geen remedie mogelijk.

Vanuit deze vitale behoefte werd soms de hoop gevestigd op alternatieve geïdealiseerde figuren, waarbij de grenzen van wederzijdse exploitatie werden gepasseerd. De wanhopige behoefte om te overleven lag hieraan ten grondslag. In zo'n situatie kunnen vroegere inadequate bevestigingen van de eigenwaarde opnieuw opspelen: te denken valt aan het gevoel anders te zijn en niet te deugen, dat eerder genoemd werd bij het homoseksuele jongetje in spe. Het gevoel een slecht kind, en nu een slecht persoon te zijn kan gaan overheersen. Dat bleek eerder naar aanleiding van de pijnlijke ervaringen van de afwijzende vader en spottende leeftijdsgenoten, evenals uit de homofobische wens om gestraft te worden voor deze seksuele praktijk.

Daarnaast kon het homoparadijs op aarde in duigen vallen. De alter ego-strategie van het zoeken naar gelijken ter bevestiging van het zelfgevoel, ging niet meer op waar verschillen in serostatus voelbaar werden. In plaats van gelijkenis voelen kwam plotseling de splitsing in gezond en ziek, in leven en dood, en werd het grote verschil voelbaar en lang niet altijd expliciet bespreekbaar. Diverse metaforische omschrijvingen van dit gevoel komen we in de literatuur tegen: de oorlogsmetafoor waarbij de seropositieven als soldaten ten strijde trekken tegen de ziekte en tegen discriminatie; de ruimtevaartmetafoor, waarin na het vernemen van de hiv-infectie je leven zich afspeelt op een andere planeet. Er ontstond een vervreemding binnen de homogemeenschap in plaats van verbondenheid tussen seropositieven en de rest. Niet alleen na een hiv-infectie, maar ook vanwege veelvuldig verlies van een partner of van goede vrienden ontstonden er enclaves van getroffenen die gemeden werden. Aids was in de spreekkamer een veel besproken onderwerp, maar werd in blitse uitgaansgelegenheden, of op verjaardagsfeesten, even vaak verzwegen. 'And the band played on', maar ik ben achtergebleven, mij heeft hij - weliswaar tegen zijn wil - in de steek gelaten. Uit schaamte

zweeg men. De boosheid hierover kende vaak geen uitlaatklep, of riep schuldgevoelens op. Ik duid hier op het onvermogen om het juiste woord te vinden, of contact te leggen omdat de gelijkenis ontbrak en het verschil griezelig groot aanvoelde en onoverbrugbaar leek. Een verwijzing naar het verschijnsel 'survivor guilt' in de homogemeenschap van San Francisco is hier op zijn plaats. Menigeen ging zich schuldig voelen omdat hij nog overleefde terwijl zoveel vrienden waren doodgegaan. De voortschrijding van de aidsepidemie leidde tot verdere beschadigingen van het zelfgevoel en uitte zich in gevoelens van schaamte, vernedering en soms zelfhaat van aidspatiënten. Degenen die al vele dierbare vrienden verloren hadden gingen zich hierover schuldig voelen, en zij konden zich soms niet meer voorstellen dat nog te overleven viel in een toekomstige wereld na aids. Overidentificatie resulteerde dan in de hardnekkige gedachte dat je als je homoseksueel wordt uiteindelijk toch aids zou krijgen. Tegen deze sombere uitlatingen trachtte men in de aidshulpverlening en preventie op te boksen. De volgende strategieën werden ingezet om tot een herstel van het door de hiv-epidemie beschadigde zelfgevoel bij te dragen.

Herstel van het beschadigde homoseksuele zelfgevoel

Binnen de aidshulpverlening zijn de genoemde strategieën of overdrachtsvormen op een cruciale manier in te zetten: spiegelen, idealiseren en alter ego-verlangens.

Tegemoet komen aan de behoefte om te spiegelen betekent op de eerste plaats op zoek gaan naar positieve aspecten binnen de geknakte persoon. Van verzorgers zal een basisattitude van onvoorwaardelijke acceptatie uit moeten gaan, om zo de gevreesde afwijzing en verstoting teniet te doen. Het is van cruciaal belang om het zelfgevoel van de aidspatiënt overeind te houden. Dat vraagt om een specifieke benadering door de hulpverlening: anderen die met de patiënt geïnvolveerd zijn, in staat stellen beter te spiegelen en het bedreigde zelfgevoel van de aidspatiënt te accepteren, beschermen en versterken.

Voor een psychotherapeut is de kern van de spiegeloverdracht het empathisch exploreren van het negatieve zelfbeeld van het slechte kind, waarvan niemand meer zou kunnen houden. Het helpt om stil te staan bij deze negatieve gevoelens, troost te bieden en ruimte te geven aan positieve aspecten van het zelfbeeld. Het is van belang om de impact van verlies op het zelfgevoel te achterhalen: hoe belangrijk was de ander voor jou? Wat van mij is tegelijk met hem verloren gegaan? Daarnaast krijgen hiv-geïnfekteerden vaak een waarderende spiegelende reactie van anderen, zodra ze zelf de rol van verzorger op zich nemen. Dan

krijgen zij het gevoel wel degelijk de moeite waard te zijn. Hieruit mag geconcludeerd worden hoe heilzaam vrijwilligerswerk binnen zelfhulpinitiatieven, buddyprojecten en belangenorganisaties als de Hiv Vereniging kan zijn.

Het is belangrijk om als hulpverlener empathisch te staan tegenover teleurstellingen van aidspatiënten ten opzichte van diegenen die zij idealiseren, maar die hen uiteindelijk niet kunnen helpen. De therapeut kan als idealiserende figuur helpen simpelweg door er te zijn en zorg te geven. Ook kan het helpend zijn om de banden met andere hulpverleners en artsen zo nodig te herstellen, want een goede band is belangrijk voor een curatieve werking. Het vestigen van een hernieuwde belangstelling voor spiritualiteit kan stabiliserend werken. In dit verband nog een opmerking over de cultus van het lijden. Ziekte en pijn worden - in de christelijke traditie van het transcendent lijden - beschouwd als bron van spirituele kennis. In de begindagen van de aidsepidemie domineerde het beeld van de uitgestoten aidspatiënt. In de jaren negentig leek het lijden - als gevolg van aids - in de media gecultiveerd te worden tot iets heroïsch, authentieks, of verlossends. Fotoreportages met een hemelse blik op het gelaat, een witte vredesduif, onthullen de ontdekking van een spirituele dimensie in het leven met aids van een nieuwe generatie helden. Het lijkt alsof de besmeurde gay pride weer een beetje gerehabiliteerd werd.

Waar mogelijk moeten hulpverleners stimuleren om alter-ego's te vinden of twinship-figuren (maatjes). In sommige gevallen kan een homohulpverlener zelf als zo'n herkenbare figuur fungeren, die als homoseksuele man gelijke ervaringen van verlies meemaakt en ook dezelfde levensbedreigende risico's loopt. Het ontstaan van een zwak gevoel van eigenwaarde heeft empathisch begrip en verklaring, zodat een geïsoleerde en vervreemde aidspatiënt zich opnieuw kan verbinden met familie en gemeenschap. Een ondersteunend alter-egomilieu zal het zelf verder stabiliseren. Belangrijke initiatieven zijn daarom zelfhulpgroepen, buddyprojecten en andere netwerken. Ook rituelen zoals de aidsquilt en Aids Memorial Day vervullen belangrijke twinship-functies. Het quilt-tapijt verbindt elke gestorvene met een groter geheel. Het herinnert eraan dat je als weduwnaar niet alleen bent, maar verenigd met anderen die rouwen. De quilt legitimeert het verdriet en is het beste antwoord op het vreselijke isolerende stigma rond aids.

Naar een chronisch ziektebeeld bij hiv

Homoseksuele mannen worden inmiddels sinds bijna twee decennia geconfronteerd met de aidsproblematiek. Tot voor kort waren er weinig medicatiemogelijkheden en was preventie de beste bescherming tegen hiv-infecties. Daarom werd onder invloed van preventie snel tot gedragsverandering overgegaan ter bescherming van de gezondheid. Desalniettemin brengt het veilig vrijen vaak de nodige problemen met zich mee, en sommigen lukt het maar moeilijk risico's te vermijden.

Inmiddels is de bestrijding van de aidsepidemie in een nieuwe fase aanbeland. De medische behandeling met aidsremmers brengt met zich mee dat de kans te overlijden aan de gevolgen van aids afneemt, terwijl het aantal personen dat met een hiv-infectie leeft toeneemt. Hierdoor wordt ook de testvraag weer actueel. Leven met hiv onder een streng medisch regime brengt de nodige problemen met zich mee, zoals therapietrouw bij medicatie. Ook blijkt dat (veelvoudige) rouw en overlevingsproblematiek in elkaar overvloeien. Dat geldt in het bijzonder voor de populatie homoseksuele mannen, waar het verlies vaak veelvoudig is en de prevalentie van de hiv-infectie relatief hoog.

Door deze recente ontwikkeling zijn de thema's voor homoseksuele mannen met betrekking tot hiv aan het eind van de jaren negentig minder gericht op relatief korte-termijndoelen, en meer op existentiële dilemma's op de langere termijn. Toch blijft rouw over verloren geliefden, vrienden en kennissen een belangrijk onderwerp met als toegevoegde dimensie voor hiv-geïnfecteerden: achterblijven en overleving. Naast de nieuwe hoop die gloort, duiken ook weer nieuwe problemen op.

Wat betekent een en ander zoal voor de homocategoriale zorg en preventie vandaag de dag? Op de eerste plaats zien we specifieke aspecten die voor homoseksuele mannen in deze fase van de hiv-epidemie van belang zijn, zoals herstel van een negatief zelfbeeld als gevolg van hiv-infecties, de verwerking van veelvoudig en gecompliceerd verlies, de voortgang van nieuwe hiv-infecties en seroconversies, casemanagement bij (allochtone) hiv-geïnfecteerden met homoseksuele contacten, de veranderde situatie van serodiscordante stellen, en overlevingsproblemen van homoseksuele mannen.

Hoewel aids minder bedreigend wordt vanwege betere behandelingsmogelijkheden, betekent een hiv-infectie of seropositieve testuitslag voor veel homomannen nog steeds een omslag in hun leven. In Nederland werd het testen aanvankelijk met een ontmoedigingsbeleid tegemoet getreden. In vergelijking met de ons omringende landen zijn homoseksuele mannen minder

bekend met hun serostatus, ook niet als zij risico's hebben gelopen. Momenteel wordt onder invloed van de gunstige behandelingsperspectieven de mogelijkheid van een test opnieuw actueel. Een seropositieve testuitslag kan ondanks een beter behandelingsperspectief allerlei psychologische reacties met zich meebrengen, zoals stress, angst en depressies, en daarnaast kunnen ambivalente gevoelens over homoseksualiteit de kop opsteken. Homoseksuele mannen die zich dan tot de hulpverlening wenden, blijken zichzelf vanwege een hiv-infectie soms negatief te waarderen. Ook nieuwe hiv-infecties blijven de eigenwaarde aantasten, waarbij men zichzelf verwijten maakt, of de homoseksuele leefstijl afkeurt. Vroegere afwijzingen van vóór de coming out-periode kunnen nog steeds geactiveerd worden. Vooral bij diegenen die vroeger acceptatieproblemen ondervonden rond hun seksuele voorkeur, kunnen gemakkelijk gevoelens van schuld en schaamte naar boven komen.

Bij pré- en post-testcounselling is het belangrijk om op dit punt een inschatting van de draagkracht te maken. Homocategoriale hulpverlening kan hier worden ingeschakeld om de eigenwaarde te versterken.

Inmiddels is al jaren bekend dat hiv onder meer wordt overgebracht via onbeschermd seks. Voor homoseksuele mannen is het leggen van seksuele contacten een verworvenheid, waarbij zich al naar gelang de leefstijl en behoefte veel variëteiten en mogelijkheden voordoen. Voor diegenen die seksuele contacten onderhouden geldt dat er een zeker risico aan verbonden is. De meeste homoseksuele mannen blijken goed geïnformeerd te zijn over gevaren die aan sommige seksuele handelingen verbonden zijn, en nemen daartegen de nodige maatregelen. Toch raken in de praktijk om diverse redenen sommige homoseksuele mannen alsnog geïnfecteerd met hiv. Bij jongeren kan bijvoorbeeld een rol spelen dat men onvoldoende op de hoogte is, of om weet te springen met regels en seksuele codes in het uitgaansleven. Sommigen durven geen condoom te kopen, of te voorschijn te halen tijdens het vrijen. Verwijten achteraf kunnen het praten erover bemoeilijken. Anderen weten wel wat onveilige seks inhoudt, maar hielden zich niet aan de regels 'in the heat of the moment'. Hier blijken vaak heel verschillende motieven aan ten grondslag te liggen. Als men toch hiv-geïnfecteerd is geraakt kan schaamte openheid naar anderen toe bemoeilijken. Door zich te wenden tot een hulpverlener kan deze impasse worden doorbroken en kan men gemakkelijker in contact met lotgenoten worden gebracht.

Naast de psychosociale factoren die een rol spelen bij nieuwe hiv-infecties, kunnen psychopathologische factoren in het spel zijn, die de kans op risicovolle gedragingen vergroten. Zo kunnen homoseksuele mannen met een persoonlijkheidsstoornis, zoals antisociale trekken of borderline-trekken, of met ontwijkende en afhankelijke kenmerken een grotere kans op hiv-infecties lopen. Deze persoonlijkheidstrekken zijn vaak verweven met problemen rond homoseksualiteit: vanwege verhoogde impulsiviteit, of uit angst voor verlatting, neemt men dan risico's op de koop toe.

Op het gebied van preventie zijn in de afgelopen jaren interventies ontwikkeld die speciaal gericht waren op de doelgroep en verschillende leefstijlen. Telkens weer wordt getracht specifieke groepen te bereiken, zoals bijvoorbeeld jongeren, homostellen, allochtonen, mannen met homoseksuele contacten op de baan. Ook zijn er soms praatgroepen en zelfhulpinitiatieven rond thema's, zoals omgang met veilige anale sekstechnieken.

Een aparte vermelding verdient de positie van serodiscordante homoseksuele paren. De wijze waarop partners kennis nemen van hun verschillende serostatus heeft vaak effect op de verwerking daarvan. Soms wisten beide partners vóór hun relatie reeds dat een van hen seropositief was. Anderen kenden hun serostatus nog niet voorafgaande aan hun verhouding en werden er bijvoorbeeld mee geconfronteerd door de eerste hiv-gerelateerde symptomen. Doordat de testvraag opnieuw actueel wordt vanwege nieuwe behandelingsperspectieven, zal het aantal stellen dat kennis neemt van een verschillende serostatus naar verwachting toenemen. De hulpverlening wordt daarmee met specifieke problemen geconfronteerd rond homoseksuele relaties. Naast algemenere problemen zoals het vermijden van gevoelens over het verschil in serostatus, kunnen zich problemen voordoen met de onafhankelijkheid en autonomie die voor beide mannelijke partners vaak een hoog goed zijn. Ook blijkt het veilig vrijen binnen homorelaties geen vanzelfsprekend gegeven te zijn. Om diverse redenen blijken partners onbeschermd (anale) seks te bedrijven. Het is moeilijker vol te houden, men valt gemakkelijker terug op fabuleuze alibi's, of totale overgave aan elkaar speelt een belangrijke rol. Vanwege de nieuwe behandelingsmogelijkheden met proteaseremmers is de omvang van de problematiek van serodiscordante stellen niet alleen toegenomen, maar ook de aard ervan is veranderd. Beide partners zien zich geconfronteerd met hiv als meer chronische ziekte, waardoor het toekomstperspectief verlengd wordt of vooralsnog tamelijk onzeker blijft. Door de effecten van infectie en medicatie kan de dynamiek in de relatie verstoord raken en onder druk komen te staan.

Amsterdam heeft een sterke aantrekkingskracht op buitenlandse mannen die, vanwege een minder tolerant of zelfs onderdrukkend klimaat in hun land van herkomst, geen gestalte konden geven aan hun homoseksuele voorkeur. In de hulpverlening komen ook meer mannen met asielproblematiek waarbij hun homoseksualiteit inzet van het verzoek tot verblijf in Nederland is. Zodra allochtone homomannen hiv-geïnfecteerd raken komt het taboe rond homoseksualiteit vaak nog schrijnender naar voren. De onthulling van de serostatus betekent nogal eens tegelijk de coming out als homoseksueel. Vaak worden op die eventuele openheid zware sancties gevreesd. Ondersteuning van asielaanvragen op grond van de vrees voor dergelijke sancties kan deel uitmaken van de hulpverlening aan allochtone cliënten.

Hiv-geïnfecteerden ondervinden vanwege de ondergeschiktheid aan het medische regime van de nieuwe hiv-remmers allerlei algemene psychosomatische klachten. Daarnaast verwoorden homoseksuele mannen specifieke problemen met betrekking tot overleven en hun onverwacht nieuw toekomstperspectief. Zoals reeds opgemerkt zijn nogal wat homoseksuele mannen geconfronteerd met het verlies van vrienden vanwege aids. Andere mannen - die inmiddels ook geïnfecteerd blijken - hebben niet alleen met verlies te maken, maar ook met het gegeven dat zij langer blijven leven en zodoende ook weduwnaar worden. Tot voor kort was aids een ongeneeslijke ziekte met een definitief eind aan de horizon. Na de behandeling door nieuwe hiv-remmers is de realiteit plotseling daar om in leven te blijven en over de toekomst te fantaseren. Dat betekent een grote omschakeling, waar men verschillend op kan reageren.

Voor sommigen is die toekomst nog moeilijk denkbaar, en lijkt het vooralsnog bijna onmogelijk de bakens bij te stellen. Men was net aan het idee van een naderend einde gewend, of had zich erop ingesteld niet lang zonder de verloren geliefde meer te hoeven leven. Anderen legden hun werk neer, en zien zich nu geconfronteerd met nieuwe aanpassingsproblemen, bijvoorbeeld als van hen wordt verwacht de werkzaamheden te hervatten. In de spreekkamer blijkt hoe diep de hiv-infectie en het verlies van dierbaren de eigenwaarde van homoseksuele mannen kan ondermijnen, waardoor de moed ontbreekt om door te willen leven. Dit soort existentiële vragen maakt kwesties als therapietrouw, het voorkomen van resistentie tegen hiv, en het streven naar veilige seks er niet eenvoudiger op. De hulpverlening bij deze aanpassingsproblematiek is in elk geval gericht op ondersteuning en doorbreking van het isolement, herstel van het beschadigd zelfgevoel en gebrek aan eigenwaarde, en het bieden van herkenning van soortgelijke problemen via lotgenotencontact.

Casus

Een homoseksuele man, Karel (50), meldde zich vier jaar geleden aan met rouwproblematiek vanwege het overlijden van zijn partner aan aids, en het vrijwel gelijktijdig overlijden van zijn vader. Ook andere vrienden en kennissen uit de homovriendenkring blijken hiv-geïnfecteerd te zijn. Karel is zelf niet bekend met zijn serostatus. Hij weet wel dat hij risico's heeft gelopen. Het rouwproces wordt gestagneerd door het feit dat meerdere vrienden overlijden: Karel vertelt dat hij soms niet meer weet om wie hij rouwt. Hij is woedend dat hij zijn vriend, die een grote sterke beschermende partner voor hem was, heeft verloren. Hij kan in toorn ontsteken en iedereen om hem heen dan wegsturen. Al heel snel krijgt hij een nieuwe partner, voor wie hij de rol van beschermer vervult. Diens ouders accepteren hem aanvankelijk niet vanwege het feit dat zijn vriend aan aids is overleden. Kort daarna verliest hij door reorganisatie zijn baan. Tijdens de therapie wordt ook dit verlies verwerkt, waarbij zich opnieuw felle uitbarstingen van woede voordoen. Oude gevoelens van uitgesloten worden door jongens op de middelbare school komen terug.

Nadat Karel een nieuwe werkring heeft gevonden waar hij een belangrijke positie heeft gekregen, wordt hij plotseling ziek. De verschijnselen zijn hiv-gerelateerd, en hij besluit om een hiv-test te laten doen die ongunstig uitvalt. Zijn hele wereld stort in. De beelden van de ziekte van zijn vriend komen weer terug. Ook hij denkt deze weg te zullen gaan. Troost vindt hij bij de gedachte dat hij straks weer bij zijn vriend zal zijn. Ook blijken er veel gevoelens van schaamte te zijn over de keren dat hij risico's heeft gelopen. Toen zijn vriend ziek werd was hij nog seronegatief. Hij weet dat er perioden zijn geweest dat hij toch zekere risico's nam met het idee dat hem niets zou overkomen. Hij legt weer voor een deel zijn werk neer en bereidt zich voor op een periode van vallen en opstaan, van ziekte en dood.

Dan komen de nieuwe medische ontwikkelingen vanaf juli 1996, en Karel gaat al snel mee in de nieuwe trials met protease-remmers. Tot zijn verbazing slaan de medicijnen snel aan en verbetert zijn gezondheid. Bij de laatste monitoring kon geen viral load meer worden gemeten in zijn bloed. Karel: 'Medisch gezien zeggen ze dat het goed met mij gaat, maar ik voel me niet opgelucht. Ik had me er net mee verzoend dat ik niet lang meer zou leven, en weer bij mijn overleden vriend zou zijn. Ik was er net aan gewend dat ik niet meer zo veel en hard werk. Het leven dat ik leidde wil ik niet meer terug. Zoveel vrienden en kennissen zijn overleden. Ik heb een leven teruggekregen maar ik ben er niet blij mee. Ik ben totaal in de war geraakt'.

Conclusie

Besproken werd de impact van de hiv-epidemie op het psychisch welbevinden van homoseksuele mannen, de groep die vooral in de beginperiode van de infecties relatief zwaar getroffen werd. Allerlei kwetsuren die samenhangen met ongeneeslijke ziektes werden daardoor actueel voor een groep mannen die hiermee op relatief jonge leeftijd werd overvallen. Later waren de ondervonden krenkingen meer gerelateerd aan een chronisch ziektebeeld. De helende strategieën die na de coming out voor menige homoman het gevoel van eigenwaarde weer versterkten, werden gehinderd door ziekte en verlies. Oude kwetsuren werden opnieuw actueel en leidden tot depressieve stemmingen, paniekgevoelens, identiteitsverwarring, schaamte en schuldgevoel. Vanuit de hulpverlening werden pogingen beschreven om hierop in te spelen met ondersteunende interventies.

3 Vroege trauma's en destructieve scenario's

Oud zeer steekt opnieuw de kop op

De invloed van vroege trauma's op hiv-infecties

Tot nu toe werd in dit boek beschreven welke psychische problemen zich voor kunnen doen in de ontwikkeling van jongens tot homoseksuele mannen. Stilgestaan werd bij specifieke kwetsuren in de opvoedingssituatie in relatie tot belangrijke figuren die het gevoel voor eigenwaarde negatief beïnvloeden. Over het algemeen weten homomannen na de coming out deze vroege krenkingen aardig te overwinnen, onder meer omdat de nieuwe ervaringen met andere jongens en mannen een helende werking hebben. In het vorige hoofdstuk werd beschreven hoe deze verworvenheid bruut verstoord werd door de impact die de hiv-epidemie had op de homogemeenschap. Recente kwetsuren die samenhangen met de gevolgen van hiv-infecties werden besproken, waardoor een hernieuwde behoefte aan bescherming en bevestiging van hulpverleners en familie aangewakkerd werd, evenals de behoefte aan gelijksoortige ervaringen van soortgenoten. In dat kader werd al even gerefereerd aan het feit dat die recente kwetsuren door hiv bij sommige mannen oude wonden opnieuw kunnen openrijten. De mate waarin dat gebeurt zal afhangen van de vraag in hoeverre zij die vroege krenkingen uit de opvoeding hebben overwonnen. In dit hoofdstuk ligt de focus vooral op trauma's in de vroege jeugd. Er wordt gekeken naar de invloed van ernstige kwetsuren op jonge leeftijd die later tot psychische problemen leiden, bijvoorbeeld in de sfeer van persoonlijkheidsstoornissen. Door middel van een aantal casussen wordt geïllustreerd hoezeer deze onopgeloste vroege trauma's tot rampzalige destructieve scenario's kunnen leiden met onveilig vrijen. De recente kwetsuren die deze mannen oplopen door een hiv-infectie raken verweven met de vroeger ondervonden psychische problemen. Wat opvalt is dat in de seksuele contacten en relaties compensatie wordt gezocht voor de schrijnende tekorten die men ondervond in de verhouding met ouders, opvoeders en leeftijdsgenoten. Het gaat hierbij niet alleen om het verlangen samen te smelten met een liefdesobject, of om seksuele bevestiging te ontvangen, maar er blijkt ook een agressieve component in de contacten mee te spelen. In zekere zin keert hier weer het dilemma terug dat in de homoscene niet onbekend is: de scheiding tussen enerzijds seks, anderzijds intimiteit en liefde. Hoe dan ook lijken destructieve scenario's bij deze seksuele contacten op een rampenplan waardoor men alsnog het gevoel van eigenwaarde wil terug krijgen. Levensbedreigende risico's voor zichzelf en

desnoods anderen worden op de koop toe genomen. Middels casuïstiek wordt ten slotte kort ingegaan op de inkleuring van de werkrelatie met de hulpverlener.

Casus: een masochistisch scenario

Henk (28) is een vrachtwagenchauffeur die hulp zoekt, omdat hij sombere buien heeft sinds zijn seropositieve testuitslag. Hij leidde enkele jaren een wild seksleven en hield ervan om door uitdagend exhibitionistisch gedrag verleid te worden door viriele mannen. Hij was goed geïnformeerd over safe sex-regels, maar had desondanks onbeschermd anaal contact op diverse locaties: in bars, sauna's en in de slaapkamer. Hij begreep niet waarom hij deze risico's had genomen. Achteraf werd hij vaak depressief, hetgeen hij dan weer trachtte te bestrijden met alcohol. In een van de eerste gesprekken liet hij zich ontvallen: 'Waarschijnlijk heb ik zelfmoord op termijn gepleegd'.

In het geval van Henk werd in de loop van de therapie duidelijk dat hij veel geleden had onder de vernederingen gedurende zijn jeugd. Hij was niet in staat zichzelf goed te weren en te beschermen tegen deze vernederingen, en hij voelde een diepe afwijzing van beide ouders uit, maar ook van zijn twee broers. Met zijn oudere zus kon hij wel redelijk overweg. Als klein jongetje was hij vaak geslagen door zijn vader, bijvoorbeeld als hij met slechte rapportcijfers thuis kwam. Zijn eerste vage gevoelens dat hij anders was dan andere jongens, evenals zijn latere expliciete homoseksuele gevoelens, werden nooit door zijn ouders, broers of leeftijdsgenoten erkend en bevestigd. Deze afwijzing bleef voortduren, zoals een recent incident illustreert: toen enkele jaren geleden zijn broer trouwde verscheen Henk op het huwelijksfeest samen met zijn toenmalige vriend. Zijn broer voelde zich beledigd, reageerde furieus en stond erop dat zijn vriend weg zou gaan. Dus in plaats van bevestiging te krijgen voelde Henk zich afgewezen en vernederd. Uiteindelijk kreeg hij het gevoel een slechte jongen te zijn, die nergens voor deugd.

Hij kon de woede tegenover zijn ouders en broers niet uiten, en keerde deze enorme agressie tegen zichzelf. Zijn slogan werd: als ik een slechterik ben die nergens voor deugd, zal ik er voor zorgen dat alles wat mij gevraagd wordt te doen zal mislukken. Hij ontwikkelde (onbewust) zelfdestructieve scenario's, waarin hij op een passieve manier zijn agressie uitte. Door deugd niet te spelen, strafte hij niet alleen zichzelf maar provoceerde daar ook zijn ouders mee, en later allerlei soorten ouderobjecten. Door op een passieve manier provocerend te zijn,

en daar draait het om, kreeg hij op zijn minst aandacht. Gedurende zijn jeugd had dat wel gewerkt bij zijn vader.

Het onveilig vrijen van Henk kan begrepen worden als een onderdeel van het zelf-destructieve en masochistische scenario, dat tegen hemzelf gericht was, en dat gedreven werd door diverse inconsistente motieven. De afwijzing van zijn homoseksuele gevoelens (geïnternaliseerde homofobie) gaven voedsel aan het verlangen om de deugniet te straffen, en om zichzelf uiteindelijk te doden door 'zelfmoord op termijn' te plegen. Henk werkte zijn slogan erg letterlijk uit. Maar hiermee hebben we nog niet de complete verklaring voor dit risicovolle gedrag gegeven.

Het mishandelde zelfgevoel van deze jongen leidde tot een zoektocht naar bevestiging en bekrachtiging, waarbij desnoods grote risico's niet werden geschuwd. Henk bezocht homobars waarbij hij bij voorkeur uitdagend en schaars gekleed ging om een erotische uitstraling te versterken. Hij bouwde daar een zekere reputatie in op. Hij vertelde me hoe hij dan genoot van de adoratie die hij voelde voor zijn lichaam, van de blikken in de ogen van zijn bewonderaars, en van het strelen van zijn borst door potentiële sekspartners. Na zoveel vernederingen voelde hij zich na zijn coming out bevestigd en erkend door de gloed in de ogen van andere jongens en mannen. In de seksuele seances kon hij eindelijk samensmelten met deze geïdealiseerde viriele mannen.

Aan de ene kant manifesteerde hij zijn zelfhaat door zichzelf te infecteren met het dodelijke virus en drukte hij zijn woede uit door mogelijk diegene te infecteren waarvan hij ook hield. Aan de andere kant was er een enorm verlangen samen te smelten met degenen die hij idealiseerde, om zodoende gelijkheid te ervaren en de bevestiging te krijgen door zich te spiegelen. Dit verlangen om samen te smelten scheen alleen realiseerbaar op een masochistische manier, die in dit geval niet alleen tot een seksueel spel beperkt bleef maar alle interacties met anderen kleurde.

De laatste ervaring met onveilig vrijen gebeurde in een sauna, en de verklaring die Henk achteraf hiervoor gaf was: 'Ik zag aan zijn ogen dat deze jongen op dat moment ter plekke geneukt wilde worden door mij. Omdat er geen condooms aanwezig waren wilde hij zonder genomen worden. Met een smekende blik maakte hij met een knik van zijn hoofd duidelijk wat hij wilde. Ik kon het niet weerstaan op dat moment, want ik voelde mezelf overweldigd door de seksuele aandrang'. De drie strategieën van gespiegeld worden, het idealiseren van

een andere man en de ervaring van een alter ego-band komen hier samen in een razende onbeheersbare passie.

Omdat Henk een passief-agressieve houding ontwikkelde als afweermechanisme, voorspelde ik hem dat hij waarschijnlijk - onbewust - de therapie zou kunnen ondermijnen door bijvoorbeeld weg te blijven uit sessies of agerend gedrag ten opzichte van mij als therapeut. Mijn voorspelling over het ondermijnende gedrag kwam uit. Nadat zich een werkrelatie had ontwikkeld probeerde Henk mij als therapeut enkele keren te provoceren. Zo kwam hij een aantal keren in uitdagende schaarse kleding waarmee hij de relatie erotiseerde, een neiging die hij bij nadere analyse bij anderen ook uitleefde om aandacht te vragen. Op dit punt gaf hij ook blijk van decorumverlies. Ook bleef hij soms zonder afmelding weg, waarmee hij mij onbewust angst bezorgde. Wat zou er gebeurd zijn? Ook met dit gedrag trachtte hij vrienden en zijn ouders soms op stang te jagen. De meest extreme provocatie was ongeveer na de vijftiende sessie toen hij mij tijdens de sessie liet weten dat hij het komende weekend bang was zelfmoord te plegen, en dat hij zelfs niet kon garanderen na afloop van deze sessie niet onder een tram te stappen. Dit was een indicatie voor een bezoek aan een crisiscentrum om deze suïcidale gedachten te doen verminderen. Na dit bezoek zakten de suïcidale gedachten weg, en gaf Henk mij het gevoel dat hij me echt kon vertrouwen. Hij voelde zich nu pas echt serieus genomen door mij, beschermd en gewaardeerd.

Op dergelijke manieren testte Henk dus de werkrelatie uit: hij kon ervaren dat hij de moeite waard was en wist zich beschermd, hetgeen hij in zijn jeugd zo vaak had gemist. In zijn relatie tot belangrijke andere mensen in zijn leven testte hij hen altijd uit, omdat hij niet kon geloven dat ze hem belangrijk vonden. Hij kon mij pas na deze provocaties in vertrouwen nemen en als een geïdealiseerd ouderobject beleven, en als zodanig een gecorrigeerde emotionele ervaring ondergaan. Hij bleef minder vaak weg uit de sessies, of belde op als hij verhinderd was.

Omdat Henk wist dat ik een homoseksuele man ben kon hij gemakkelijker spiegelende en alter ego-overdrachtsreacties ontwikkelen jegens mij. Hij voelde zich als homoseksuele man bevestigd, en wist dat zijn leefstijl gerespecteerd werd. Zo kon hij een onvoorwaardelijke positieve attitude van mij ervaren en een atmosfeer waarin hij zich gestimuleerd voelde om openlijk over zijn seksuele fantasieën en belevingen te praten. Hij kon de werkrelatie gebruiken om zijn trots te delen over de bewondering die hem in het uitgaansleven ten deel viel. Door de vertrouwensband kon hij eveneens het gevoel toelaten door mij als

homoseksuele therapeut gespiegeld te worden. Hij kon vanwege mijn homoseksualiteit een alter ego-band ontwikkelen en mij uiteindelijk als een soortgenoot beschouwen. Het besef dat we beiden tot de homogemeenschap behoorden gaf hem weer het gevoel terug een 'gelijke' te zijn, in plaats van anders dan anderen.

De vernederingen waaronder Henk leed kunnen gemakkelijk gegeneraliseerd worden naar een bredere populatie homoseksuele mannen. Het zelfgevoel van veel homomannen werd gedurende de kindertijd gekwetst of genegeerd. Was het niet op brute wijze, dan toch vaak op subtiele manier. Ontkenning en afwijzing van afwijkende seksualiteit door ouderfiguren en leeftijdgenoten kan gemakkelijk resulteren in een gefragmenteerd zelfgevoel van toekomstige homojongens voor hun coming out. Zoals ook weer blijkt uit deze casus hebben homomannen weinig of geen ervaring van de bevestiging van hun homoseksuele gevoelens door hun vaderfiguren en hun mannelijke leeftijdgenoten.

Gedurende de therapie werden overdrachtsreacties zoals idealiseren, spiegelen en het zoeken naar gelijken bruikbaar om vroegere ontberingen gedurende de kindertijd en adolescentie te corrigeren. Het ageren binnen en buiten de sessies werd minder en het gefragmenteerde zelf kon gedeeltelijk worden hersteld.

Casus: een afhankelijk scenario

De tweede casus betreft Ron, een student van 29 jaar oud, die een afhankelijk scenario volgde binnen een relatie. Hij was in grote paniek toen hij op zijn testuitslag moest wachten. Hij vreesde een ongunstige uitslag en bleek helaas gelijk te hebben. Hij kon zelf niet begrijpen waarom hij onveilige seks bedreef en schaamde zich er diep voor. Hij vertelde in de intake dat hij onbeschermd anale seks had gehad, zelfs nadat zijn partner die hij net kende hem toevertrouwde seropositief te zijn. Tijdens het vrijen waren steeds condooms onder handbereik, maar geen van beiden namen ze het initiatief die te gebruiken. Dus de condooms bleven in de verpakking en onaangeraakt op het nachtkastje liggen waar ze keurig waren klaargelegd. Tot nu toe waren beide partners zelfs niet in staat geweest om hierover hun gedachten en gevoelens uit te wisselen. Pas toen Ron door deze partner weer werd verlaten drong het echt tot hem door welke enorme risico's hij had gelopen. Verderop in de beschrijving van deze casus zullen we zien hoe het verlangen naar exclusiviteit en ultieme

overgave aan een geïdealiseerde partner tot risicovol gedrag met betrekking tot een hiv-infectie kan leiden.

Het geval van Ron illustreert hoe moeilijk het kan zijn om de seks binnen een relatie veilig te houden. Ron toonde zich verbaasd over de risico's die hij had genomen en vond het moeilijk daar in de sessies over te praten. Hij koos voor homospecifieke hulp bij een homoseksuele hulpverlener, omdat hij hoopte daar enig begrip voor zijn problemen te krijgen. In de sessies die volgden onthulde hij dat hij bij incidentele sekscontacten geen moeite had om een condoom te gebruiken. Binnen relaties lukte hem dat minder goed.

Met zijn eerste partner had hij op een gegeven moment onveilige seks, waarbij Ron zowel passief als actief was. Nadat het condoomgebruik achterwege was gebleven lieten ze het gebruik al spoedig helemaal varen, zonder er ook maar een woord aan te wijden. Hij kreeg wel snel het gevoel dat hij iets heel verkeerd uitspookte, maar het onderwerp was ook beladen. Toen hij na veel drank het gewaagde onderwerp ter sprake bracht, wimpelde zijn toenmalige partner zijn bezwaren weg, en vertelde hem dat hij zich geen zorgen hoefde te maken omdat zijn serostatus negatief was. Deze reactie bezorgde Ron een schuldgevoel, alsof hij zijn partner er ten onrechte van had verdacht seropositief te zijn. De reden waarom hij het onderwerp zolang niet ter sprake had gebracht bleek de vrees te zijn om daardoor zijn partner te verliezen.

In de relatie die hierna volgde werd door beide partners opnieuw al snel het condoom terzijde gelaten. En weer kon Ron deze neiging niet ter sprake brengen, alhoewel hem ook toen weer het gevoel bekreep dat hij er niet juist aan deed. Ron vertelde me dat hij zelfs samen met zijn partner de condooms had gekocht en dat ze die in de slaapkamer naast het bed deponeerden. Tijdens het vrijen bleven die echter onaangeraakt met als gevolg dat weer onbeschermd werd geneukt. Toen werden de condooms maar in de badkamer opgeborgen, zonder dat er een woord aan werd gewijd. Nadat dit ritueel zich een aantal keren had voorgedaan, bekreep hem het gevoel dat het er nu toch helemaal niet meer toe deed. Het was nu sowieso te laat. Op een of andere manier bleven beiden het spel van veilig vrijen veinzen, ze speelden alsof ze het met condoom deden, en legden dat na afloop netjes ongebruikt terug.

Behalve dat hij het idee kreeg slecht te handelen, onthulde Ron mij ook dat neuken zonder condoom hem juist in een relatie met een vaste partner een speciaal gevoel gaf. Omdat de afspraak was dat ze alleen met mekaar zonder condoom seks hadden en niet met anderen.

Pas verderop in de sessies vertelde Ron over zijn vroegere sceptische houding tegenover zijn homoseksualiteit. Voor zijn daadwerkelijke coming out thuis, voorspelde zijn vader al aan zijn moeder dat hun zoon homoseksueel zou worden, vanwege diens meisjesachtige gedrag als jongetje. Hij voelde zich bespot door zijn vader, en nooit gewaardeerd. De man die hij zo bewonderde en idealiseerde liet hem links liggen, en gaf nooit een blijk van waardering. Toen hij zich bewust werd anders dan andere jongens te zijn vanwege zijn seksuele voorkeur schaamde hij zich daar in eerste instantie voor. Hij verborg zijn gevoelens jegens andere jongens tegenover zijn ouders, leeftijdgenoten en vrienden totdat hij het ouderlijk huis uitging. Hij besloot medicijnen te gaan studeren, de studie die zijn vaders voorkeur had. Daar leerde hij de eerste homoseksuele medestudenten kennen. Toch kon Ron er maar moeilijk mee uit de voeten, uiteindelijk brak hij zijn studie af en verhuisde naar Amsterdam, waar hij intussen een paar keer tijdens een weekend homoseksuele contacten had opgedaan. Hier stortte hij zich in een wild uitgaansleven.

Het werd in de loop van de therapie duidelijk dat Ron vooral veel oppervlakkige contacten had in de homoscene in Amsterdam en dat hij zwaar leunde op degene die een meer relationeel contact met hem ontwikkelde. Telkens werd Ron bang afgewezen te worden en niet geaccepteerd om wie hij was. Zijn vroegere gewaarwording anders te zijn, homoseksueel, bleef een barrière tussen hem en andere mannen. Zijn vader voorspelde weliswaar zijn homoseksualiteit, maar zat daar niet op te wachten. Integendeel, het was de reden voor zijn vader om hem te laten vallen. Ron voelde zich nooit door hem gespiegeld, voelde nooit een stimulans voor zijn seksuele voorkeur. Zo kwam er nooit enige intimiteit tussen hen op gang, en hij herinnerde zich vader als een koude persoonlijkheid die hem altijd op afstand hield. Ron werd over zijn persoonlijke ervaringen, vooral de seksuele, eerder een zwijger dan een goede prater. Hij was altijd snel bang voor afwijzing door degenen die belangrijk voor hem waren, en neigde er lange tijd toe zijn homoseksualiteit te verbergen. Tegelijkertijd hunkerde hij ernaar door andere homomannen te worden bevestigd, en als er zich in de relationele sfeer al iets ontwikkelde dan wilde hij snel samensmelten met degenen die altijd zo op een afstand waren geweest in zijn herinneringen. Vandaar dat praten over condoomgebruik in zijn ogen veel te riskant was, want dat zou die ander ertoe kunnen brengen hem te verlaten. Opmerkelijk in deze context is dat Ron doorging met onveilig vrijen, zelfs nadat zijn tweede partner hem onthulde seropositief te zijn. Eerst dacht Ron dat het toch allemaal niet meer uitmaakte, de risico's had hij al gelopen. Toen hij echter ontdekte dat deze partner zich had

laten testen vanwege een andere - geheime - minnaar, werd hij pas goed wakker geschud. Hij was meer geshockeerd door de scheiding die na hun discussie volgde, dan door het feit dat hij hiv-geïnfecteerd was geraakt.

In het begin van de therapie schaamde Ron zich zeer en was ondanks de homocategoriale setting die hij zelf had verkozen toch bang dat ik hem dom zou vinden en een loser. Bij nadere analyse bleken dit projecties van zijn eigen geïnternaliseerde negatieve gevoelens jegens zichzelf - in het bijzonder zijn homoseksualiteit - te zijn. Aanvankelijk verwachtte hij dat ik hetzelfde zou kunnen reageren als de ouderfiguren in zijn verleden, die hem niet spiegelde en bevestigden. En als homojongen in spe voelde hij het ontbreken van voldoende maatjes om hem heen.

Nadat in de werkrelatie met mij als homoseksuele therapeut zijn negatieve ervaringen met afwijzingen nader werden geëxploreerd, werd het langzaam aan mogelijk voor hem ook positieve gevoelens jegens zichzelf te ontwikkelen. Dit hield onder meer een vollediger acceptatie van zijn homoseksualiteit in, een meer bevredigende vormgeving van een homoseksuele leefstijl, en bovendien een positiever zelfbeeld in bredere zin. Hij kwam mij toevallig vaak tegen in sommige homobars die we blijkbaar beiden frequenteerden. De eerste keer nadat dit gebeurde zei hij er niets over. Ik sneed later in die sessie zelf het onderwerp aan en vroeg hoe hij zich erover voelde. Hij vertelde dat hij het onderwerp had willen vermijden, uit schaamte. Hij had zich toen gerealiseerd dat ik ook een homoseksleven had, en dus in zijn ogen vieze dingen deed. Ook deze reactie werd door hem uiteindelijk herkend als een projectie van zijn eigen verwerping van homoseksualiteit. Pas later in de therapie, toen hij zijn homoseksualiteit beter had leren waarderen, kon hij mij als een realistisch homoseksueel persoon accepteren. In de therapie werkten deze ontmoetingen en zijn fantasieën over mijn seksleven langzaam maar zeker als identificatiemodel. Belangrijk was ook dat hij zich van meet af aan door mij gesteund en geaccepteerd voelde en niet afgewezen. Deze gevoelens kon hij daarna ook bij anderen herkennen en toelaten. Na deze individuele psychotherapie nam Ron deel aan een zelfhulpgroep van seropositieve homoseksuele mannen. In deze groepstherapie ervaarde hij voor het eerst intense spiegelende reacties en een maatjesgevoel met groepsgenoten: homoseksuele mannen en seropositieve mannen. Voor hem was hiermee een eind gekomen aan zijn sociaal isolement.

Zoals al eerder opgemerkt werd hebben veel homoseksuele mannen de afwezigheid gevoeld van spiegelende vaderobjecten en tevens ontbeerden zij steunende mannelijke idolen gedurende de kindertijd en de adolescentie. Na de acceptatie van een homoseksuele identiteit, en na de corrigerende ervaring van bevestiging van hun seksuele voorkeur, kan het verlangen om volledig samen te smelten met een homoseksuele partner zeer intens worden, vanwege die afwezigheid en ontbering van mannelijke intimiteit. De ervaring een gelijke te zijn in plaats van een vreemde, de wetenschap beschermd te worden door een geïdealiseerde partner, of door vrienden bevestigd en gespiegeld te worden kan dan gemakkelijk resulteren in ontkenning en verdringing van riskante seksuele ontmoetingen. In deze casus werd duidelijk dat het praten over deze risico's van deze totale versmelting in dat geval gemakkelijk wordt vermeden. Liever zwelgt men in een soort grandioze fantasie en in symbiotische illusies die de toets van de realiteit uiteindelijk niet kunnen weerstaan. Tot zolang wordt het gewaande privilege om in het paradijs te mogen vertoeven angstvallig gekoesterd. Homoseksuele stellen die in deze conditie verkeren kunnen met enorme ontkenning reageren op de werkelijkheid en dus alle risico's op de koop toe nemen.

Zoals werd geïllustreerd ervaaarde Ron in het begin van de therapie een negatieve overdrachtsreactie jegens mij als homoseksuele therapeut. Pas nadat deze reacties als projectie van zijn eigen verwerping van zichzelf werden geduid en door hem als dusdanig herkend, kregen meer positieve gevoelens een kans. Zo ging hij mij als een steunende ouderfiguur ervaren, en daarna als een gelijke participant in de homogemeenschap.

Casus: een 'jump forward'-scenario

De derde casus betreft Sam, een filosofiestudent van 22 jaar. Hij zocht hulp vanwege een seropositieve testuitslag. Hij werkte zelf als vrijwilliger in de aidspreventie en ondervroeg in het kader van een onderzoek homoseksuele mannen over hun mogelijke onveilige seksavonturen. Hij sprak hen dan volgens de instructies die hij in een training had geleerd aan in homobars. Tussen de bedrijven van de interviews door dook hij zelf regelmatig de darkrooms in en had daar - tot zijn eigen verbazing achteraf - dan zelf onveilige seks met mannen. Hij genoot zeer van de anonieme anale sekscontacten, maar speelde het zelf niet klaar om het initiatief te nemen de seks veilig te houden. De interviews werkten als een soort alibi, vooral als hij uit de mond van de respondenten vernam dat ze veilig vrijen vaker met een korreltje zout namen. Waarom hij dan ook niet?

Deze casus illustreert hoe anale seks aan de ene kant zeer attractief kan zijn vanwege bijvoorbeeld puur fysiek genot, maar anderzijds juist vanwege die reden gemakkelijk kan uitlopen op onbeschermd riskante seks.

Het geval van Sam onthult hoe experimenteren met homoseksuele contacten gemakkelijk in de gevarenzone van hiv-infecties kan belanden, bijvoorbeeld vanwege de overweldigende intense fysieke ervaring van anale seks. Ook hier bleek weer de vrees een rol te spelen dat het introduceren van een condoom tijdens de seks de spanning en het genot zouden kunnen onderbreken en beëindigen.

De vroegere achtergrond van Sam's gezin bleek in de loop van de therapie een belangrijke rol te spelen. Op elfjarige leeftijd werd hij zich bewust van zijn homoseksualiteit toen hij naar programma's over aids keek op televisie. Daarnaast had hij al seks sinds zijn achtste met een oudere broer, een ervaring die hij niet onplezierig vond maar nooit had kunnen benoemen. Beiden werden door hun moeder betrapt toen ze een keer pornoboekjes bekeken en mekaar masturbeerden. Hierna kregen de broers een scherpe reprimande van vader, die vooral met Sam een heel slechte band had vanwege zijn feminiene koketerie. Toen Sam zestien jaar oud was vond zijn moeder een brief die hij had willen schrijven in reactie op een seksadvertentie. Hij vertelde mij dat zijn moeder en zus wel een week lang weigerden nog een woord met hem te wisselen. Het onderwerp homoseksualiteit was nooit een issue waarover openlijk kon worden gesproken in zijn gezin, maar er werd wel fel afwijzend op gereageerd. Voor hem dus een reden temeer om, toen hij zijn seksuele verlangens ontdekte en wist te benoemen, er slechts het zwijgen toe te doen. Hij leed er zeer onder dat hij in de ogen van zijn ouders, en zijn vader was daar het meest duidelijk in, een nietsnut was. Dit kwam zijn schoolprestaties niet ten goede, en hij kwam met middelmatige en soms slechte rapporten thuis van school, terwijl hij zeker beter had gekund. Het vertonen van de rapportcijfers leidde tot heftige conflicten met zijn vader, in wiens ogen hij definitief had gefaald. Tijdens hun ruzies barstte Sam vaak in tranen uit, waarop zijn vader nog furieuzer reageerde. Hij nam in die tijd het besluit nooit meer aan wie dan ook zijn tranen te laten zien, en raakte er zodoende aan gewoon zijn emoties te onderdrukken.

Toen Sam negentien werd verhuisde hij naar Amsterdam waar hij filosofie ging studeren. Eenmaal in het Mekka aanbeland trokken hem aanvankelijk seksbioscopen en pornoshops zeer aan. Daar had hij zijn eerste ervaring met homoseks en die contacten waren vaak onveilig. Hij realiseerde zich terdege de risico's, en was goed op de hoogte van de regels van veilig vrijen. Toch was hij niet in staat om die regels na te leven. Zijn aanvankelijke verklaring: het gaat allemaal zo snel, je hebt niet eens de tijd om een condoom om te doen, want voor ik het weet word ik al - zonder - geneukt. Pas later in de therapie bleek dat hij geen goede manier wist om de seks te onderbreken en het condoom te introduceren, bang om in 'the heat of the moment' het genot te onderbreken. Hij praatte in die tijd met niemand anders over zijn probleem hiermee. Paradoxaal genoeg, maar waar: een advertentie voor vrijwilligers in de aidspreventie kwam hem op een dag onder ogen, en bracht hem op het idee zich aan te melden. Daar kon hij praten over onveilige seks, en wellicht zijn probleem oplossen?

Bovendien, bleek in de sessies, was dit voor hem de sublieme gelegenheid om buiten het anonieme circuit eindelijk eens vrienden te leren kennen waarmee hij zijn homoseksuele ervaringen kon delen. Hij werd aangenomen en genoot er van dat hij met andere homojongemannen kon praten over seksuele ervaringen, uitgaan, relaties, en problemen die ieder daarbij ondervindt. Hij vertelde me hoe verbaasd hij was om in no time te leren hoe je over dit soort ervaringen kunt praten, alsof je over de gewoonste dingen in het leven spreekt. In de therapie was gebleken dat Sam al vroeg geleerd had, misschien vanwege zijn incestueuze seksuele ervaringen met zijn broer, om zijn gevoelens tijdens het seksueel gebeuren uit te bannen. Dit leverde een patroon op van seks hebben en weliswaar fysiek genot, maar zonder gevoel voor enige affectie of intimiteit. Iemand maakt gebruik van je lichaam zonder ook maar enige tederheid of relationele genegenheid. In die zin ontstond al vroeg in zijn seksuele carrière een afsplitsing tussen seks en liefde die fataal werd.

Tot het moment van de start van de therapie was het voor Sam absoluut onmogelijk geweest om tijdens zijn seksuele contacten ook maar enig gevoel daarover met iemand anders te delen. Zodra een anoniem contact tot iets serieuzers kon leiden dan brak hij dat af. Hij kon zich absoluut niet binden of hechten. In de sessies in die fase was zijn verklaring: ik ben nog veel te jong en wil een gemakkelijk en vrij leven leiden.

Ook Sam onderging de ervaring dat hij als homoseksuele jongen in spe niet werd gespiegeld door zijn ouders, ronduit afgewezen door zijn vader, en ook ontbeerde hij vanwege zijn feminiene gedrag steun van zijn leeftijdgenoten. Slechts seksuele toenadering van zijn broer

was ergens een - geheim - bewijs van de moeite waard zijn. Vandaar dat hij na zijn coming out een overkill zocht aan bevestiging, en dan in de sfeer die hij kende met zijn broer.

Uiteindelijk zocht hij de oplossing door een sprong voorwaarts te maken: van zichzelf nauwelijks accepterende homojongen, naar vrijwilliger in de aidspreventie. Terwijl hij er zelf nog helemaal niet uit was, wat zijn seksuele contacten in de homoscene betrof.

Vlak voor Sam hulp zocht werd hij ziek, en maakte hij een grieperige periode door. Al snel kwamen zijn gedachten uit bij een mogelijke hiv-infectie, vanwege de risico's die hij zo vaak had gelopen. De hiv-testuitslag bevestigde zijn vrees. Hij voelde zich daar zeer schuldig onder en ging gebukt onder schaamte. Met niemand uit zijn gezin, noch met vrienden kon of durfde hij erover te praten. Dat was de reden om op zoek te gaan naar psychologische hulp. Pas later in de sessies werd zijn ambivalente houding duidelijk over onbeschermd anale seks. Enerzijds bleef het een onderwerp waarover je niet spreekt. Van de andere kant was het een waar fysiek genot, hetgeen nog versterkt werd omdat het zo - opnieuw - beladen was geworden vanwege aids. Verboden vruchten smaken het lekkerst.

Al met al, Sam koos voor de volgende oplossing: het attractieve genot geheim houden. Totdat hij zich gedwongen zag erover te gaan praten, allereerst als vrijwilliger in de aidspreventie, daarna als seropositieve jongen met een homoseksuele hulpverlener die hem kon begrijpen. In het begin had Sam in de werkrelatie met mij als therapeut een sterke neiging mij als een ouderfiguur te benaderen, hetgeen onder andere inhield dat ik het gevoel kreeg oververantwoordelijk te moeten zijn. Zo kreeg ik vragen of ik zijn illegale status zou kunnen opheffen; hij kaartte financiële problemen en huisvestingsproblemen aan, evenals zijn slechte studieprestaties. In die beginfase was het een hele klus hem duidelijk te maken dat hij almaar verantwoordelijkheden naar mij toe schoof die ik nooit kon of mocht waarmaken. De reden waarom hij ondanks het gefrustreerde contact toch de sessies bleef bezoeken was naar mijn idee, dat ik hem duidelijk maakte hoezeer hij de stimulans van zijn ouders in dit opzicht had gemist. Hij zou toch zelf op zijn leeftijd deze problemen moeten leren oplossen.

Toch duurde het een hele tijd voordat hij een meer realistische houding tegenover mij kon gaan aannemen, en zag ik me gedwongen de ouderrol te weigeren en zeer empathisch telkens uit te leggen waarom hij me in die positie wenste, zonder er aan te voldoen overigens.

Langzamerhand kon Sam toen zijn eigen verantwoordelijkheden op zich gaan nemen voor zijn eigen leven. Een realistischer overdracht kwam gelukkig op gang, die meer overeen kwam met zijn levensfase. Hij was toch geen kind meer. En inderdaad, de klagende

kinderlijke verlangens veranderden en hij werd zich meer bewust van zijn eigen verantwoordelijkheid.

Hetzelfde gebeurde met zijn verlangen naar spiegeling en bevestiging, dat zo overvragend was in het begin van de therapie. Vandaar dat dit sterke verlangen meteen werd geëxploreerd. Sam begon zich te realiseren wat hij aan ouderlijke steun en begrip als homojongen in spe had gemist in zijn gezin. Hij voelde zich door zijn broer zowel begrepen als misbruikt. In de trainingen van de aidspreventie, en in de sessies, leerde hij voor het eerst van zijn leven te praten over zijn gevoelens, zijn seksuele ervaringen en problemen, en over zijn verlangen naar vrienden die hij nooit had. Over zijn moeilijkheden om echt contact te maken in het uitgaansleven, zonder het alibi van preventiewerker, de wankele fantasieën over een relatie die hij wel wenste, en over verantwoordelijkheid nemen voor zijn eigen leven.

In de sessies veel later in het therapeutisch proces, kon Sam een band als gelijke ontwikkelen, nadat ik de ouderlijke overdrachtsreacties met hem had doorgewerkt en teruggegeven. Hij voelde nu wel respect en steun, maar geen zorgrelatie van mij uit. Hij kon het teruggeven van verantwoordelijkheid op het eind als realistisch zien, en ervaarde dat niet meer als een afwijzing. Sam liet duidelijk blijken dat ons contact op het eind realistischer was geworden, ik was geen ouderfiguur, geen redder in nood. Hij kon mij ten lange leste ook beter zien als iemand die gelijkenis vertoonde. Een homoseksuele man die deel uitmaakt van de homoscene. En, want daar gaat het om, andere homomannen als zodanig ervaren.

Zoals eerder opgemerkt: de coming out als homoseksueel, en de positieve ervaring om bevestigd te worden door significante homovrienden, zijn een belangrijke manier om spiegeling te verzekeren, idealisering te maken, en alter ego's te doen vinden. Homoseksuele mannen die teveel krenkingen hebben ondervonden in hun leven - resulterend in gefragmenteerde zelfgevoelens - kunnen teveel neigen naar een verlangen om bewonderd te worden en samen te smelten met onnipotente figuren. De behoefte om herkenning en gelijkenis te voelen kan resulteren in risicovol seksueel gedrag en het oplopen van een hiv-infectie.

In het geval van Sam werd duidelijk hoe anale-sekservaringen in de coming out-periode overrompend kunnen uitwerken. Tevens blijkt hoe moeilijk het is voor jonge homoseksuelen om de codes van het seksleven te hanteren in deze experimentele fase. Als je al moeilijk contact kunt leggen is de vrees voor afwijzing groot. Het lichaam wordt begeerd,

maar men begrijpt de geest erachter niet. De vrees voor afwijzing is groot, zelfs bij korte anonieme seksuele genietingen. Ook al is elke informatie - cognitief - over de transmissie van hiv bekend.

Seksuele ontmoetingen - zeker onder bepaalde hier beschreven condities - impliceren waarschijnlijk altijd een toestand van 'out of control' zijn, en dat is wellicht ook hun bestaansgrond. Jezelf kunnen verliezen, voor een kort moment. In de homoseksuele wereld zijn daar zeker de nodige risico's aan verbonden. Niks ligt vast, alles kan, er bestaat geen 'model'. Anale seks heeft de naam een emotionele extase te zijn, hetgeen ook impliceert totaal buiten zinnen te geraken. Dat is dus de moeilijkste situatie om op iemand cognitief welke aanspraak dan ook te doen. Hiv wordt dan een ver-van-je-bed-show, totdat de ochtendschemering aanbreekt.

Als je dan ook nog een nieuwkomer bent onder - veronderstelde - geroutineerden in de homoscene, dan heb je geen gemakkelijke weg te bewandelen. Als je eindelijk krijgt waar je zo vaak naar verlangde, dan zeg je geen nee. Het virus wordt al snel een bijkomstigheid. Zoals in de eerdere twee casussen werd de exploratie van Sam's overdrachtsreacties gedurende de sessies in de therapie een belangrijke manier om de krenkingen die hij had ondergaan opnieuw te ervaren en te helen, door hem emotioneel te laten herbeleven wat hij tekort kwam, en hem cognitief zijn nieuwe mogelijkheden te laten uitproberen. Het verleden met al de beschadigingen kun je niet herstellen, maar het is wel mogelijk - na inzicht in wat je verlamde en kwetste - een nieuw bestaan op te bouwen.

Conclusie

De druk op de homogemeenschap om zich 'safe' te gedragen, de logische verwachting dat homomannen condooms gebruiken, is niet zo evident in het licht van de deprivatie en tekortkomingen die veel van deze mannen gedurende hun kindertijd ondergingen. In feite is deze vanzelfsprekende verwachting ten aanzien van de homogemeenschap helemaal niet zo natuurlijk. Het idee dat homomannen snel zouden wennen aan condooms gaat uit van de verwachting dat zij beter, gewilliger, meer gemotiveerd en meer competent zijn om safe seks te bedrijven dan heteromannen. Het is maar de vraag of dat realistisch is.

In de psychotherapeutische benadering van homoseksuele mannen die zich zorgen maken over hun risicovolle gedragingen kan het zinvol zijn om de dominante strategie te ontdekken die de cliënt naar anderen toe hanteert om zijn zelfgevoel bevestigd te krijgen. In deze

strategie, die wortelt in deprivatie, kunnen grote risico's op de koop toegenomen worden als er eenmaal een bevestiging gevoeld wordt. In de overdracht naar de therapeut wordt deze overheersende strategie voelbaar: de cliënt idealiseert, is uit op spiegeling of zoekt een gelijke soortgenoot. Het doel van psychotherapie is dan om cliënten meer zicht op deze strategie te geven, en hen te stimuleren deze veiliger te hanteren, door reality testing aan te moedigen.

Preventiecampagnes die voorbijgaan aan de psychologische conflicten die homomannen moeten oplossen, aan de strategieën die gehanteerd worden om het zelfgevoel te versterken, en aan de intense gevoelens die met onbeschermd anale seks samenhangen, zijn gedoemd te mislukken.

4 Rouw en herstel van eigenwaarde

Krenkingen door veelvoudig verlies

Verlies en rouw

In de twee vorige hoofdstukken werden de gevolgen van recente kwetsuren besproken die nauw samenhangen met de impact van de hiv-epidemie op homoseksuele mannen. Daarbij ging het met name over de gevolgen van hiv-infecties voor het psychisch functioneren, en over risicovolle seksuele gedragingen bij homomannen met een laag gevoel voor eigenwaarde als gevolg van ernstige afwijzende ervaringen in hun jeugd. In dit hoofdstuk staan de traumatische gevolgen van verlieservaringen door aids bij degenen die achterbleven centraal, waarbij de groeiende groep *long term survivors* impliceerde dat achterblijvers ook steeds vaker hiv-geïnficeerd bleken. Dit laatste heeft natuurlijk te maken met de nieuwe medicatiemogelijkheden, waardoor aids niet meer een bij voorbaat dodelijke ziekte is.

Wederom hebben we te maken met recente krenkingen, doordat een partner overleed aan aids, of zelfs met veelvoudig verlies doordat een hele vriendenkring wegviel. Een aantal van deze weduwnaren zocht hulp bij de verwerking van dit verlies omdat hun rouwproces stagneerde, of omdat door veelvoudig verlies het rouwen gecompliceerd raakte. Ook nu blijkt dat deze recente kwetsuren vroegere krenkingen wakker maken, zeker als die te maken hebben met de acceptatie van homoseksualiteit bij bijvoorbeeld de gezinnen van de voormalige partners en bij de achterblijvers. In de rouwtherapie komt de homospecifieke dimensie van de psychische problematiek duidelijk naar voren. De inkleuring van de relatie en zelfs de partnerkeuze op zich blijkt te zijn ingegeven door de behoefte aan een beschermer als ideale partner, dan wel een vriend die veel bevestiging geeft, of een maatje waarmee veel gelijke ervaringen gedeeld kunnen worden. Het wegvallen van zo iemand roept veel herinneringen op aan krenkingen die deze mannen vroeger vaak ondervonden vanwege hun homoseksualiteit. In de rouwtherapie komt dan ook veel agressie los over de machteloosheid die men toen voelde.

Hoewel de actualiteit van deze rouwtherapie gelukkig is afgenomen vanwege het chronische karakter dat hiv inmiddels heeft gekregen, is het toch interessant stil te staan bij de homospecifieke aspecten van dit rouwproces, aangezien deze aspecten ook aan de orde zijn bij andere verlieservaringen van homomannen. In de voorgaande hoofdstukken werd telkens de setting van een individuele psychotherapie beschreven. De meerwaarde van dit hoofdstuk komt tot uiting in het gegeven dat indertijd gekozen werd voor een methodiek vanuit de groepstherapie vanuit een psychoanalytische invalshoek. In zekere zin kan deze bijdrage als

een pleidooi worden gezien om ook in de setting van groepspsychotherapie te kiezen voor een homospecifiek aanbod. De overdrachtsreacties en de inkleuring van de werkrelatie in een individuele therapie worden bij groepstherapie op verschillende niveaus uitgebreid. De behoefte aan idealisering, bevestiging of aan het vinden van gelijkgezinden kan zich uiten in de groep als geheel, tussen de groepsleden onderling, en tussen de leden en de therapeut. In het geval van deze specifieke rouwproblematiek zullen we zien hoe de groep zelf als een beschermende troostende moeder wordt ervaren, als een enorme steun bij de ervaren ontkenning van het weduwnaarschap door de heteroseksuele omgeving, of als een zich thuis voelen bij lotgenoten met gelijke ervaringen.

Hieronder wordt een complete casus beschreven van een groepstherapie bij homoseksuele mannen met verlieservaringen, een proces dat twee en een half jaar in beslag nam.

Versillende casussen illustreren het verloop van het therapeutische proces, waarbij vooral gefocust werd op de analyse en interpretatie vanuit de hiervoor geïntroduceerde concepten uit de 'selfpsychology'. Voor deze casus aan bod komt wordt eerst informatie gegeven over de homospecifieke aspecten van de verlieservaringen van homomannen medio jaren negentig, toen het fenomeen 'multiple loss' zijn hoogtepunt bereikte voor deze groep. Zodoende kan de beschrijving van deze groepstherapie beter worden begrepen.

Homospecifieke verlieservaring en hiv

Homoseksuele mannen worden sinds het begin van de aidsepidemie vaak geconfronteerd met het verlies van partners, vrienden en gezondheid vanwege hiv. Nu van aids sinds de nieuwe medicatiemogelijkheden met triple-therapie gelukkig een minder directe doodsdreiging uitgaat en de ziekte een meer chronisch karakter krijgt, dienen zich desondanks nieuwe psychische problemen aan. Op de eerste plaats kunnen hierdoor de weduwnaren en homomannen door veelvoudig verlies gemakkelijk in een isolement terecht komen en veranderen in een vergeten groep, die gecompliceerde rouwreacties ontwikkelt. Op de tweede plaats ontstaat er door de grotere overlevingskansen bij hiv-geïnfecteerden aanwas van de groep homomannen met verlieservaringen. Het invullen van een nieuwe en onverwachte toekomst komt daar nu bij, en die invulling verloopt niet voor iedereen zonder problemen. Kortom, verlieservaringen en overlevingsproblematiek vloeien gemakkelijk in elkaar over en kunnen leiden tot gecompliceerde psychische problematiek, waarvoor psychotherapeutische hulp is geïndiceerd. Dit hoofdstuk gaat nader in op de bijdrage die groepstherapie zou kunnen

bieden bij het faciliteren van het rouwproces voor homomannen met veelvoudige verlieservaringen, en bij het helpen creëren van nieuwe onverwachte toekomstperspectieven voor seropositieve homomannen die onder behandeling van de combinatietherapie staan, en inmiddels ook de nodige verlieservaringen achter de rug hebben.

Veelvoudig verlies, in vakjargon aangeduid met de term 'multiple loss', verschilt van enkelvoudig verlies, omdat de confrontaties met verlies veelomvattend zijn, progressief, accumulatief en traumatisch. Het verloop van de rouwtaken wordt onderbroken door telkens nieuwe verliezen. 'Multiple loss' impliceert chronisch verdriet dat overgaat in anticiperen op nieuwe verliezen, onopgeloste rouw en de ervaring van meerdere verliezen tegelijkertijd. Deze blootstelling aan voortdurende verlieservaringen aan homomannen kan gemakkelijk resulteren in overbelasting van rouw.

Deze vorm van gecompliceerd veelvoudig verlies wordt bovendien gekarakteriseerd door het feit dat geen enkel aspect van het leven of van de identiteit onaangetast blijft. Er is geen veilige haven meer, geen enkele plaats blijft er nog over om aan de invloed van verlies te kunnen ontsnappen. Het gaat hier ook om verlies van werk, gezondheid, en lange termijn-perspectieven. Dit diepgaande verlies kan resulteren in depressieve stemmingen, schuldgevoelens over het overleven, en schaamte over homoseksualiteit. Dit laatste komt omdat aids geassocieerd wordt met een homoseksuele leefstijl en met anale seks tussen mannen: 'slechte dingen overkomen alleen slechte mensen' zo vertelde een groepslid.

Bij veelvoudig verlies blijft het trauma voortduren, en wordt het onderdeel van de persoonlijkheid. Er ontstaat een chronisch toestandsbeeld waardoor het rouwproces stagneert. Ook kan het rouwproces gecompliceerd worden door factoren als de serostatus, de aard van de relatie, omstandigheden waaronder het verlies plaatsvond, persoonlijkheid, en desintegratie van het sociaal netwerk door hiv. Deze ervaringen komen dicht in de buurt van pathologische rouw en chronische traumata.

Vanwege de nieuwe medische behandelingsmogelijkheden van aids krijgen hiv-geïnfecteerden nieuwe toekomstperspectieven aangeboden. Toch blijkt in de alledaagse praktijk de invulling van die onverwachte toekomst niet eenvoudig te zijn. Behalve twijfels over de werking van de medicijnen op de lange termijn, en soms gecompliceerde bijwerkingen, bemoeilijken ook psychische factoren de overlevingsdrang. Te denken valt aan de omschakeling van de oriëntatie op dood naar voortleven: tot voor kort bereidden aidsgediagnostiseerden zich voor op overlijden, met alle praktische zaken die daar bij hoorden

zoals testament en begrafenis regelen. Velen zeiden hun baan en carrière vaarwel, en zijn niet toe aan rehabilitatie. Anderen verloren veel vrienden en worden niet enthousiast bij het idee van een eenzame toekomst. Onder de homopopulatie blijkt de verwachte levensduur veel lager te liggen dan onder de algemene populatie mannen, vanwege de aidsepidemie. Vanaf 1990 werd aids de belangrijkste doodsoorzaak voor homoseksuele mannen tussen de 25 en 54 jaar in Amsterdam. Kortom, vanwege deze verlieservaringen vervreemdden homoseksuele mannen van een gezonde levensdrang. Ten slotte kunnen eventuele kwetsuren in de vroege jeugd van deze mannen de lust om voort te leven, na de nieuwe krenking door een hiv-infectie, ernstig verstoren. Zo vloeien 'multiple loss' en overlevingsproblematiek bij deze mannen soms in elkaar over.

De copingstrategie ten opzichte van verlies wordt gekenmerkt door een regulerend proces van hechting naar onthechting, als een pendule die op en neer slingert tussen desintegratie en restauratie. Aan het heen en weer slingeren tussen een verlies- en een restauratie-oriëntatie wordt een helend effect toebedeeld. Het rouwproces van homoseksuele mannen met veelvoudige verlieservaringen wordt gekarakteriseerd door het heen en weer switchen tussen deze twee oriëntatiepunten, maar met die toevoeging dat voor elk uniek verlies dit oscilleren herhaald dient te worden in de therapeutische sessies. Deze manier van rouwen lijkt op een circulair proces. Nu seropositieven een langer levensperspectief hebben vanwege de gunstige recente behandelingsmogelijkheden, zijn er nieuwe overlevingsstrategieën nodig, gericht op nieuwe perspectieven. Tot voor kort bereidden mensen met aids zich er op voor dat ze binnen enkele jaren zouden sterven, en dat is de reden dat menigeen nog niet de omschakeling kan maken naar overleven.

Groepsaanbod voor veelvuldig-verliesverwerking

De begeleiding van homomannen met veelvoudig-verlies- en overlevingsproblemen stuitte de afgelopen jaren op de beperking van de individuele setting van psychotherapie. Een groeiende groep homomannen met dergelijke problemen ging gebukt onder sociaal isolement. Verwacht werd dat een groepsaanbod de meerwaarde zou kunnen opleveren van wederzijdse support en bevestiging vanuit de filosofie van de 'selfpsychology'. In deze benadering staat immers het opgelopen tekort aan support centraal waardoor in groepstherapie meer accent op de onderlinge verbondenheid komt te liggen. De idee van een groepsaanbod werd mede

beïnvloed door peer-groupinitiatieven in het recente vrijwilligerswerk met hiv-geïnfecteerde homomannen.

Als meerwaarde van een groepssetting in vergelijking met individuele therapie kan worden genoemd: het doorbreken van sociaal isolement, ondersteuning door lotgenoten, het creëren van wederzijdse bevestiging als homoweduwnaren, confrontatie van de groepsleden met verschillende wijzen van rouwverwerking, acceptatie door de groepsleden van homoseksuele leefstijlen en het vestigen van hoop op een oplossing telkens wanneer een groepslid de therapie afrondt. De psychodynamische interacties van de groep werden verondersteld zich door de diverse fasen te ontwikkelen: afhankelijkheid, conflict, cohesie en intimiteit. Omdat het hier een open groep betreft werd verondersteld dat deze fasen zich als in een continuüm herhalen.

In groepspsychotherapie zijn de overdrachtsreacties van elk groepslid niet beperkt tot de therapeut, maar breiden deze zich uit tot andere leden van de groep en tot de groep als geheel. In een groepssetting kunnen de wederkerige overdrachtsreacties leerzaam zijn voor het therapeutische proces. Zo kan worden verwacht dat strategieën als idealiseren en spiegelen zich frequent zullen ontwikkelen, evenals het zoeken naar gelijke maatjes. Dergelijke reacties kunnen worden aangewend om ontberingen te onthullen die deze homomannen in hun jeugd hebben ervaren, en om kernconflicten in hun relaties te exploreren die het rouwproces kunnen stagneren en toekomstige relaties verhinderen.

Casus groepspsychotherapie voor homoseksuele weduwnaren

In januari 1996 werd bij de Schorerstichting een groepspsychotherapie gestart voor homoseksuele mannen die vanwege veelvoudig verlies en overlevingsproblemen psychologische hulp zochten. Onder veelvoudig verlies wordt hier verstaan dat de participanten minstens drie partners en/of intieme vrienden verloren hadden. Het betrof een zogenaamde open groep, met een wekelijkse frequentie van negentig minuten durende sessies. Aan de groep namen maximaal acht leden deel, en de gemiddelde deelnametijd bedroeg anderhalf jaar. De gemiddelde leeftijd was 42,5 jaar. Als gevolg van de nieuwe medicatiemogelijkheden met combinatietherapie vanaf de zomer van 1996 leven hiv-geïnfecteerden langer, hetgeen betekent dat ook zij vaker veelvoudig verlies ervaren en geconfronteerd worden met overlevingsproblemen. Seropositieve homomannen gingen vanaf medio 1996 ook deel uitmaken van dit groepsaanbod. De groep startte oorspronkelijk met

alleen seronegatieve deelnemers, en deelnemers die hun serostatus niet kenden omdat ze zich nooit hadden laten testen. Eind 1997 bestond de groep uit drie seropositieve deelnemers, drie seronegatieve deelnemers en twee deelnemers met een onbekende serostatus. Deze nieuwe ontwikkeling voegde een extra dimensie toe aan de overlevingsaspecten als therapeutisch thema: het worstelen met de therapietrouw, nare gevolgen en neveneffecten van een zwaar medicatieregime, het hervinden van levensvreugde, het oppakken van een onverwachte toekomst die tegelijkertijd nog heel onzeker is, problemen bij rehabilitatie op de werkvloer. Kortom, een omschakeling van een oriëntatie op afscheid nemen naar verder leven, inmiddels ook wel aangeduid met Lazarus-fenomeen.

De potentiële groepsleden werden geselecteerd volgens verschillende criteria, waaronder het aantal verlieservaringen, de aard van het sociaal netwerk, acceptatie en waardering van een homoseksuele leefstijl, de serostatus, het stadium van de hiv-infectie, de omgang met safe seks, het gezin van oorsprong, psychiatrische symptomen (depressie, angst, suïcidaal gedrag), omgang met de medicatie, maatschappelijk functioneren en met name participatiemogelijkheden in het arbeidsproces en persoonlijkheidsorganisatie. Deze criteria geven een indicatie van de wijze van psychisch functioneren van het potentiële groepslid, het hanteren van veelvoudig verlies, de houding ten opzichte van de toekomst en levensverwachting, en de houding tegenover homoseksualiteit.

Het materiaal van dit hoofdstuk resulteert uit ongeveer 50 sessies van de aangeboden groepstherapie en uit intakegesprekken met 20 potentiële kandidaten. Vier cliënten werden afgewezen en van degenen die uiteindelijk deelnamen aan de groep haakten er vier voortijdig af, dat wil zeggen binnen enkele maanden of eerder. Eerst wordt aandacht besteed aan de behoefte van de groepsleden om hun identiteit te ontleen aan hun weduwnaarschap. Daarna wordt ingegaan op de neiging tot 'acting out', de externalisatie van woede op de vijandige buitenwereld. Ten slotte wordt de ontwikkeling van dieper inzicht van groepsleden beschreven in psychische conflicten aangaande hun homoseksualiteit en eventuele hiv-infecties. Deze volgorde komt ook enigszins overeen met de opeenvolgende stadia die de groep doorliep, van afhankelijkheids - via conflict - naar de intimiteitsfase.

Identiteit ontleend aan homospecifieke rouw

Gedurende de rouwverwerking wisselden groepsleden hun ervaringen uit en deelden ze met elkaar allerlei aspecten van hun verlies. Rivaliteit om het ergste verlies en competitie om

aandacht te krijgen waren van meet af aan bespeurbaar. De behoefte om over de overledenen te praten was overduidelijk aanwezig, en soms werden foto's of andere dierbare attributen meegebracht.

Casus

Meteen in de eerste sessie werd de groep een beetje overrompeld door Evert, die al kort na de start van de eerste sessie opstond, met een foto van zijn overleden vriend rondging in de groep, en om reacties vroeg van andere groepsleden: 'Wat vinden jullie van hem?', vroeg hij nieuwsgierig en ontredder maar ook dwingend. Voor de therapeuten werd duidelijk dat de regels over hoe met elkaar te communiceren nog niet duidelijk genoeg waren, oftewel niet geaccepteerd konden worden. Ook in het verdere verloop van de groepstherapie werden nog allerlei attributen meegebracht, zoals bijvoorbeeld een leren petje dat dan in het midden van de kring werd neergelegd.

In dit stadium was de neiging sterk aanwezig om de overledene te over-idealiseren, om zodoende de woede te neutraliseren die men nog niet kon verdragen. Steeds opnieuw kwamen er gevoelens van gemis en verdriet naar voren. Twee groepsleden beweerden dat ze nog steeds in contact stonden met hun overleden partner. Ze vertelden over hun dialogen, het advies dat hen bereikte, en over hun ervaringen met een medium dat ze hiervoor bezochten, via wie ze het contact gaande hielden. Deze groepsleden bezochten dan op hetzelfde tijdstip dat de groepssessies waren dit medium. Ze vertelden de sessie erna niet uit zichzelf dat ze dit medium hadden opgezocht, want ze wilden de gekoesterde nabijheid niet loslaten.

Deze laatste onthullingen stonden duidelijk op gespannen voet met het therapeutisch doel van de groep, en met de regels van de groep, en ze kondigden de eerste schermutselingen aan rond de autoriteit van de therapeuten. Deze deelden immers niet mee in het weduwnaarschap en werden in die zin door sommige groepsleden als noodzakelijke outsiders beschouwd.

Casus

'En hoe was het bij Elly?' vroeg Ger gniffelend aan Evert. 'Heel indrukwekkend, want ze had echt contact met hem. En alles wat ze over mijn vriend zei klopte precies', antwoordde Evert. Therapeut: 'Ik kan niet volgen waar jullie het over hebben, kennelijk heb ik ergens iets gemist?' In een giechelige sfeer vertelden enkele groepsleden dat Evert bij de koffie had

verteld dat hij de vorige keer niet was gekomen omdat hij naar het 'medium' Elly was geweest. Therapeut: 'Kijk dit is nou een goed voorbeeld waarom belangrijke zaken hier in de sessie thuishoren. Als jullie dat tijdens de koffie doen worden wij erbuiten gehouden en verhinderen jullie dat wij ons werk goed kunnen doen'. Evert: 'Dan komen jullie toch bij de koffie zitten?', krijgt hij de lachers op zijn hand. Co-therapeut: 'Het lijkt alsof we een beetje in een strijd terecht komen, zo van wie heeft het hier eigenlijk voor het zeggen. Zou het kunnen dat jullie ons willen buitensluiten?'

Separatie van het verloren liefdesobject was in dit beginstadium absoluut ondenkbaar, en onthechting was nog niet denkbaar. De therapeutische interventies waren vooral gericht op verlieservaringen: er werd gefocust op verdriet en pijn met betrekking tot het verlies van partners, vrienden, werk, huis, gezondheid en op survival guilt.

De afhankelijkheidsfase overheerste in de beginperiode van de groep, gekleurd door de gemeenschappelijke ervaring van verlies. De behoefte om de schrijnende eenzaamheid te doorbreken en een gevoel van herwonnen gelijkheid te behouden was zo sterk, dat sommige groepsleden elkaar buiten de sessies om bleken te treffen. Zoals uit de casus hierboven al bleek ontstond er een ritueel van koffiedrinken na elke sessie, en enkele groepsleden bezochten samen culturele activiteiten. Dit 'counter-dependent'-gedrag stond op gespannen voet met de afspraken en wakkerde conflicten met de therapeuten aan. Deze werden als veronderstelde niet-weduwenaars deels buitengesloten. Deze initiatieven illustreren de nieuwe identiteit van de groepsleden die aan hun rouwervaringen wordt ontleend, en de behoefte aan 'spiegeling' en 'bonding' als homomannen. Het maakt ook duidelijk hoe hard de schreeuw om bevestiging was, die zij sinds het verlies van partners en vrienden ontbeerden. De behoefte aan nieuwe zelf-objecten was tastbaar: nieuwe maatjes die de lege plek opvullen.

Deze behoefte aan contact met andere weduwenaars bleek later een koestering van symbiotische illusies te zijn: sommige groepsleden hoopten dat zich tussen hen en andere leden vriendschappen zouden ontwikkelen die deze groep zouden overleven. Zo maakten twee groepsleden vakantieplannen, waarbij een van hen de laatste reis met zijn overleden partner over zou doen. Toen in de groepsessies naar voren kwam dat zijn reisgenoot verliefd op hem was geworden, werd de vakantie haastig geannuleerd. Die verliefdheid kon niet worden verdragen, omdat tegemoetkoming daaraan teveel schuldgevoelens opriep naar de overleden vriend.

Casus

Op een gegeven moment was een grote spanning voelbaar tussen Frits en Evert, die zo hoog opliep dat als de een naar de groep kwam de ander neigde weg te blijven en omgekeerd. Frits weigerde hierover te praten: 'Dit is iets tussen Evert en mij en dat hoort hier niet thuis'. Evert wilde er aanvankelijk ook niet over praten omdat hij zich schuldig voelde dat hij niet aan de liefdesverwachtingen van Frits kon voldoen. Met veel moeite konden deze negatieve overdrachten worden besproken. Uiteindelijk werden de gekoesterde illusies rond de vakantieplannen en de gevoelens van teleurstelling geëxploreerd. In de sessies werden deze erotische overdrachten van de kant van de verliefde geduid als een premature poging om een nieuw liefdesobject te verkrijgen, en zodoende de pijn van het verlies ongedaan te maken en de rouwtaken over te slaan.

Vanuit het rouwproces gezien kunnen deze symbiotische illusies, fantasieën en ontmoetingen buiten de groep om worden gezien als een poging tot ontkenning van verdriet, als regressieve oplossingen, waarbij de invloed van de therapeuten wordt ondermijnd. Anderzijds behoort het tot een van de rouwtaken om nieuwe mensen in je leven toe te laten. In die zin kunnen deze illusies, fantasieën en ontmoetingen ook worden geïnterpreteerd als progressieve ontwikkelingen, mits zij verder geëxploreerd worden met betrekking tot het specifieke gemis in plaats van ze te blijven koesteren.

Als zich in de groep een sterke cohesie heeft ontwikkeld en zich een nieuwe 'tijdelijke identiteit' heeft gevormd rond het homoweduwnaarschap, gaat de groep langzaam maar zeker als een 'transitional object' fungeren. Zo'n object faciliteert de separatie van de overleden objecten. Tijd voor verdere rouwverwerking.

Externaliseren van woede

In de vorige fase fungeerde de groep als 'troostende moeder', maar in een later stadium wordt de sfeer meer gekenmerkt door autoriteitsconflicten die niet meer zozeer op de therapeuten zijn gericht. De groep is dan klaar om de geëxternaliseerde woede te kunnen verdragen. De allereerste conflicten gingen over de autoriteit van de therapeuten, waarbij de grondregels werden overtreden en de therapeuten deels buitenspel gezet. Deze pogingen werden in de sessies geïnterpreteerd als afweer van rouw, van verdriet en pijn.

Na ongeveer tien sessies werd de boosheid verder geëxternaliseerd naar bijvoorbeeld de gezinnen van herkomst van de overleden partners. Speciaal de rivaliteit met schoonmoeders was een aantal sessies lang een belangrijk en opvallend thema.

Casus

Hans vertelt hoe pijnlijk het voor hem was dat zijn schoonmoeder zijn partner waarmee hij jaren samenwoonde bij hen thuis heeft weggehaald, om hem in het ouderlijk huis te verplegen. Zijn vriend noemde hem vanaf dat moment 'mijn kleine papa'. In de sessies die hierover gaan komt de woede via de verontwaardiging van de andere groepsleden tot uiting. Hans is nog niet in staat om zijn woede toe te laten, en besteedt de boosheid dus uit.

Ook andere voorbeelden passeren de revue: zo zou een andere schoonmoeder de betrokkene hebben verweten dat de achtergebleven schoonzoon haar zoon wel geïnfecteerd zou hebben met hiv. Weer een andere schoonmoeder zou niet hebben toegestaan dat de oorzaak van overlijden (lees aids) werd genoemd in een toespraak tijdens de begrafenis, en weigerde de naam van de partner op het overlijdensbericht te plaatsen. Andere schoonouders zouden persoonlijke bezittingen hebben weggehaald van de overleden partner en sloten zijn achtergebleven vriend uit van de erfenis.

Elke keer wanneer een groepslid dergelijke pijnlijke ervaringen onthulde ging er een golf van woede en verontwaardiging door de groep, een verschuiving van de woede die het betreffende groepslid dat deze ervaring overkwam nog niet in staat was te verdragen. Bevestiging en wederzijdse erkenning versterkten de cohesie tussen de groepsleden.

In deze fase van het uiten van woede naar buiten toe vertelden andere weduwnaren hoe boos ze op hun eigen ouders waren, vooral vaak op hun vader. De ouders zouden hun niet of onvoldoende gesteund hebben tijdens de ziekte van hun vrienden. Zij misten vaak de erkenning als homoweduwnaar door de eigen ouders of die van hun overleden partner. Een groepslid kreeg na het overlijden van zijn vriend te horen dat hij het allemaal aan zichzelf te wijten had, want als je seks hebt in de homoscene dan vraag je om aids. Sommige groepsleden hadden na de begrafenis alsnog wraak genomen. Zo plaatste een weduwnaar die zich niet als dusdanig bekend had mogen maken, geen afscheidspraatje aan het graf mocht houden, uit provocatie een grafsteen met een roze driehoek en een foto van hun tweeën erop.

De uitdrukking van al deze woede is natuurlijk begrijpelijk, maar kan toch niet alleen voor kennisgeving worden aangenomen. Verderop in de therapie bleek hoezeer deze woede ook deel uitmaakt van een onopgelost intern conflict over homoseksualiteit. Dit refereert meer aan het emotionele dan aan het reële verlies van het liefdesobject. Verderop in het verloop van het rouwproces zullen we zien dat de woede ook naar binnen toe was gericht, naar het zogenaamde 'valse' ik. Zelfdestructie en fantasieën over zelfmoord, zelfs tentamen suïcide kan het uiteindelijke gevolg zijn als deze woede niet gekanaliseerd wordt en geduid in het therapeutische proces.

In de sessies na het externaliseren van de woede naar de vijandige buitenwereld, kon pas de boosheid op de overleden partner worden gevoeld, die hen in de steek had gelaten. Enkele groepsleden uitten hun boosheid naar hun overleden vriend.

Casus

Kees richtte die woede aanvankelijk op zichzelf en ging zelfs ageren tegen de groep door weg te blijven en door te onthullen dat hij suïcidale gedachten had. Hiervoor werd toen een crisiscentrum ingeschakeld. Hij kon pas in een latere fase zijn boosheid uiten over zijn partner, die hem gedwongen had net als hij de ziekte te verzwijgen voor vrienden en kennissen, en zelfs hun homoseksualiteit te verzwijgen tegenover de ouders. Na het overlijden moest Kees de schoonouders de zaak uit de doeken doen. Nu hij zijn verhaal vertelde kon zijn opgekropte woede eindelijk worden geuit. Dit stimuleerde de uiting van boosheid op de overleden vrienden ook bij anderen, die nu met soortgelijke ervaringen op de proppen kwamen. Zo hadden sommige overleden partners verzuimd een testament op te maken, tot ergernis van hun achtergebleven vriend. Door de therapeuten werd het voelen van deze woede met empathie bejegend: 'Natuurlijk zijn jullie kwaad want jullie voelen je verlaten, en dan ook vaak nog eens op een wrange manier. Dit is boosheid die jullie maar nauwelijks mochten voelen tot nu toe. Maar bij afscheid hoort ook woede en verbittering'.

Ook kwamen er verwijten over vreemdgaan en niet veilig vrijen van hun verloren geliefden. Een enkeling vermoedde hierdoor zelf nu ook hiv-geïnfecteerd te zijn. Voor hen was er dan geen vriend meer ter ondersteuning tijdens de ziekte, hetgeen ook woede opwekte. Na de introductie van de nieuwe combinatietherapie medio 1996 vertelden enkele seropositieve groepsleden dat de verwachting spoedig bij hun overleden vriend te zijn niet langer opging. Als de behandeling met nieuwe medicijnen zou aanslaan zagen ze plotseling het perspectief

voor zich, waarin ze zonder partner een eenzame toekomst tegemoet zouden gaan. In dit stadium van het rouwproces wekte die gedachte boosheid op naar de overleden geliefde die zo nodig risico's had willen lopen. Daarnaast gold voor een seropositieve weduwnaar dat hij zich schuldig voelde wel verder te kunnen leven, terwijl de medicatie voor zijn vriend te laat was gekomen. Hij had daardoor moeite om zich aan het strikte medische regime te houden. Ook hij kwam uiteindelijk met verwijten dat zijn vriend hem had geïnfecteerd. Zo voelde menigeen zich slecht behandeld en uiteindelijk in de steek gelaten door hun vriend(en).

In deze fase van het rouwproces kan de externalisatie van woede naar de overleden vrienden als een correctie worden gezien op de aanvankelijke neiging hen te overidealiseren. De devaluerende opmerkingen maken deel uit van het afscheid nemen en kunnen gezien worden als een verdere aanpassing aan de realiteit. Een belangrijke stap dus naar verdere onthechting. Ook lijken de groepsleden na een periode van identificatie met de weduwnaarstatus en sterke cohesie meer in staat tot differentiatie van de individuele leden. Na 25 sessies ontwikkelde zich het bewustzijn dat het zoeken van nieuwe relaties en maatjes in deze rouwgroep slechts een tijdelijk karakter kan hebben, en dat er geen nieuwe levenslange vriendschappen uit voort kunnen vloeien. De rouwtaken over de overleden vrienden beginnen te vloten, terwijl symbiotische illusies niet langer worden gekoesterd. De rouwgroep functioneert als een transitioneel object, dat op een gegeven moment kan worden losgelaten. Daarna pas is het mogelijk echt nieuwe vrienden te zoeken en weer anderen toe te laten in het leven.

Het valse en het authentieke ik

Als de fase van intimiteit is bereikt, wordt het kernconflict van elk groepslid met betrekking tot separatie en autonomie duidelijker. Restrictieve oplossingen zijn niet langer meer effectief. De interventies zijn afgestemd op de belangrijke vraag: wat kunnen we uit de manier waarop de groepsleden hun conflicten hanteerden afleiden over hun zelfbeeld?

Casus

Hans bleek de woede van andere groepsleden los te maken, toen hij vertelde dat zijn schoonmoeder zijn partner meenam om hem in het ouderlijk huis te verplegen, met als verwijt dat Hans hem niet goed zou verzorgen. In deze fase van de groepstherapie kon Hans pas zelf de boosheid gaan voelen, aanvankelijk op de schoonmoeder en partner, en uiteindelijk op

zichzelf. Met name het feit dat hij zijn partner er niet op had aangesproken maakte hem achteraf kwaad. Hij realiseerde zich hoezeer hij zichzelf had ontkend, door zich 'mijn kleine papa' te laten noemen, en mee te gaan in de regressieve fantasie van zijn homoseksuele vriend die zich na de aidsdiagnose weer tot een heterozootje had laten bombarderen.

De deelnemers waren nu in staat om terug te kijken naar bijvoorbeeld hun afhankelijke houding jegens hun minnaar gedurende de ziekteperiode. Na diverse episodes van ernstige depressie en soms zelfs suïcidale gedachten werden enkele mannen nu pas boos op zichzelf, omdat ze met de zieke partner, of met de (schoon)familie, gecollaboreerd hadden bij het verbergen van hun homoseksualiteit, of door aids als oorzaak van de ziekte te verzwijgen voor de buitenwereld. Nu pas realiseerden zij zich hoezeer ze zichzelf daarmee in feite hadden ontkend. Ze zagen nu ook in dat ze hierin met de partner mee waren gegaan uit angst deze anders te verliezen.

Ook ontdekte een aantal groepsleden dat de bevestigende kracht die van seks uitging, sterker was gebleken dan de wil om veilig te vrijen en te overleven. Niet veilig vrijen bleek binnen relaties van groepsleden relatief vaak voor te zijn gekomen. Ook hier speelt mee dat uit vrees voor verlating sommigen meegingen in onveilige seks, al speelden ook intimiteit en overgave een rol. Het gevolg was dat sommige leden nu seropositief bleken te zijn. Zij hadden vroeger zoveel bevestiging ontbeerd, dat zij de seksuele affirmatie van hun partner - desnoods niet veilig - niet wilden of konden missen. Voor een enkeling speelde mee dat hij toen zijn partner seropositief bleek te zijn ook naar seroconversie verlangde. Diverse groepsleden uiten in dit stadium van de therapie hun gevoelens van schaamte en boosheid rond dit onderwerp.

Casus

Frits vertelt dat hij zich achteraf verbaast dat hij onbeschermd anale seks had met zijn partner, terwijl hij wist dat diens ex aan aids overleden was. Ze praatten nooit over safe seks, hadden wel condooms in huis, maar gebruikten die niet. Frits: 'Na het overlijden van mijn vriend heb ik het feit dat ik geïnfecteerd ben voor mezelf te lang goedgepraat met de gedachte, snel weer bij hem te zijn omdat ik nu ook ziek ben. Maar nu begin ik me te realiseren dat ik er al die tijd zelf bij ben geweest, en zelf ook mijn mond hield. Ik durfde niet voor te stellen om het met condoom te doen, was bang dat ik hem zou kwetsen, dat hij me zou

laten vallen'. Terwijl hij dit vertelt is het stil in de groep, een begrijpend maar pijnlijk zwijgen.

Deze exploraties brachten sterke afhankelijke, vermijdende, passief-agressieve en narcistische karaktertrekken aan het licht, die refereren aan de strategie van het valse ik. Veel groepsleden hadden een gemeenschappelijke ervaring op dit punt. Als reactie op de ervaringen rond afwijzing, herinnerden groepsleden zich dat ze heel gemakkelijk dat deel van zichzelf verwierpen dat als aanstootgevend werd gezien. Zij ontwikkelden een vals zelfbeeld, dat was geïnspireerd op de verwachtingen van hun vader ten opzichte van een heteroseksuele zoon, of althans de projectie van deze verwachtingen op hun vader (geïnternaliseerde homofobie). Afweermechanismen zoals reactieformatie (omkering in het tegendeel) en identificatie met de agressor kunnen blijkbaar gemakkelijk worden ge(re)activeerd door confrontaties met een ongeneeslijke ziekte, verlies en chronische trauma's. Wanneer dergelijke confrontaties zich voordoen, worden homoseksuele mannen en hun gezin van oorsprong gedwongen elkaar opnieuw in de ogen te kijken. Homoseksualiteit wordt opnieuw een issue. Homomannen met een zwak en gefragmenteerd zelfgevoel, die de noodzakelijke steun van hun leeftijdgenoten en vaderobjecten moesten ontberen, zijn vaker geneigd om de bevestiging dan maar binnen te halen door hun valse ik te laten spiegelen.

Veel groepsleden herkenden in deze fase van de therapie hoezeer ze hun authentieke zelf gedurende hun adolescentie verborgen hielden. Zij vielen terug op deze vroege coping-mechanismen toen ze zich zo kwetsbaar en gekrenkt voelden door het verlies van partners, vrienden, werk en gezondheid. In de groepssessies ontdekten zij gaandeweg samen hoe leeg ze zich voelden door de onderdrukking van hun ware zelf. De therapeutische interventies waren in deze fase voornamelijk gericht op restauratie: de gefragmenteerde delen van het zelf die waren afgesplitst in de *good guy* en de *bad gay* werden geïntegreerd. Ten slotte konden de groepsleden het vermogen opbrengen zich emotioneel los te maken van hun overleden partners, afscheid te nemen van de groep, en konden ze nieuwe vrienden toelaten in hun leven.

Conclusie

In dit hoofdstuk werd geïllustreerd hoezeer rouw en verlies vanwege aids de eigenwaarde van homoseksuele mannen tot in het diepst kunnen krenken. Gelukkig is de periode voorbij waarin homomannen veelvuldig verlies ondervonden vanwege het endemisch karakter dat

aids twee decennia lang had gekregen in de vorige eeuw. Toch maken homomannen nog steeds rouwprocessen door en verliezen vrienden door andere oorzaken. Het belang van dit hoofdstuk is dan ook om aan te tonen hoezeer conflicten rond acceptatie van homoseksualiteit, schaamte over homoseksuele leefstijlen en machteloze woede over discriminatie bij rouw en verlieservaringen de kop op kunnen steken. In die zin lijkt er sprake te zijn van homospecifieke rouwervaringen. Daar hoort - in het geval dat homoseksuele mannen daar behoefte aan hebben - een hulpverleningsaanbod bij waarin aandacht wordt besteed aan die homospecifieke aspecten.

5 Misbruikervaringen, initiatieseks en de homoseksuele carrière

Ondermijning van de eigenwaarde door seksueel misbruik

Wat is homoseksueel misbruik?

Seksueel misbruik is een fenomeen dat in de loop van de afgelopen jaren veel aandacht kreeg, omdat seksuele toenaderingen vanuit een politieke correctheid steeds kritischer werden beschouwd. In de laatste tien jaar verschenen ook meerdere publicaties over ongewenste homoseksuele contacten. Maar waar hebben we het precies over? De ervaringen blijken in de praktijk zeer uiteen te lopen en variëren van een jarenlang ongewenst incestueus contact binnen een gezin, tot een eenmalig ongewenst of onbevredigend contact in een bar.

Niet alleen de definiëring van deze ervaring, maar zeker ook de manier waarop het incident plaatsvond blijkt van grote invloed te zijn op de manier waarop vormgeving van een homoseksueel leven later gestalte krijgt. Bovendien zou er een verontrustende positieve relatie bestaan tussen seksueel misbruikt zijn als jongen en de latere kans op een hiv-infectie. Vooralsnog is het belangrijk op te merken dat vele studies over homoseksueel misbruik al te gemakkelijk geneigd zijn nogal ruime en vergaande definities te hanteren over zogenaamd seksueel misbruik. Elke homoseksuele jongeman kan in principe voor en tijdens de worsteling met de coming out beweren dat hij onterecht is benaderd, omdat maatschappelijk gezien elke homoseksuele benadering not done is. Dat neemt niet weg dat er wel degelijk sprake kan zijn van echt seksueel misbruik onder bepaalde omstandigheden. Als we het verschijnsel genuanceerd benaderen kan bijvoorbeeld onderscheid worden gemaakt in de graad van misbruik, waarbij de duur van het incident een rol speelt en de vraag of de ervaring eenmalig of chronisch was. Van belang is ook of er sprake is van vroeg dan wel later misbruik. Ook de ernst van het trauma is dan medebepalend.

In dit hoofdstuk zullen deze ervaringen wederom vanuit het referentiekader van de 'selfpsychology' worden benaderd. Daarbij wordt vooral aandacht besteed aan de invloed van de misbruikervaringen op het later functioneren als homoseksuele man, op relatievoorkeuren en partnerkeuze en in het bijzonder op de kans op het nemen van grotere risico's bij veilig vrijen.

De definitie van seksueel misbruik

De definities die in de literatuur gebruikt worden zijn nogal streng; mijns inziens wordt te snel van misbruikervaringen gesproken. Een voorbeeld hiervan is een definitie die in onderzoek

van Finkelhor als criterium wordt gebruikt. Daarin wordt seksueel misbruik gedefinieerd als een seksuele ervaring met een persoon die tenminste 5 jaar ouder was als het kind 12 jaar of jonger was, of minstens 10 jaar ouder als het kind tussen 13 en 16 jaar oud was. Daarbij wordt nog aangetekend dat het om ervaringen gaat waarbij fysiek contact niet noodzakelijk ook daadwerkelijk plaatsvond en dat het niet van belang is of het kind zelf deze ervaring wilde (Finkelhor, 1979). Deze definitie is in mijn ogen veel te ruim gesteld en hierbij moeten we rekening houden met enerzijds de neiging tot een zekere verpreutsing van de seksuele omgangsvormen, en anderzijds het feit dat de initiatie in het seksleven voor homoseksuele mannen vanwege maatschappelijke taboes een verhaal apart is.

In dit hoofdstuk gaat het om seksuele handelingen met homoseksuele jongens in spe, of met homoseksuele (jonge)mannen, die tegen hun wil geschieden, alhoewel het niet is uitgesloten dat er een zekere opwinding van uit kon gaan, of dat ze een zekere gratificatie opleverden. Een aantal indelingen die ter nuancering toegevoegd kunnen worden zijn de volgende: op de eerste plaats het onderscheid of seksueel misbruik in de vroege kinderjaren plaatsvond, dan wel in de puberteit. Verder is het van belang of het om een eenmalig incident ging dan wel om chronisch of langdurig misbruik. De aard van het trauma wordt ook bepaald door het soort misbruik dat plaatsvond in de zin van verbale dwang, fysieke dwang of fysiek geweld. En ten slotte blijkt de setting waarbinnen de misbruikervaring plaatsvond een belangrijke rol te spelen. Zo reageren homomannen die incestueuze misbruikervaringen meemaakten binnen het gezin anders op die gebeurtenissen, dan homomannen die in de homoscene misbruikervaringen hadden.

Casus: vroeg en langdurig seksueel misbruik

Leo (30) werd vanaf zijn zesde tot in de puberjaren misbruikt door een oudere neef, die ook zijn tweelingbroer misbruikte. Dit gebeurde een paar keer per week, en met enkele tussenpozen dus jarenlang. In feite was er sprake van een incestueus netwerk in de familie, bleek naderhand. Het misbruik hield voornamelijk masturbatie en orale seks in. In de puberteit werd Leo overgehaald om zelf ook met andere neefjes en nichtjes seks te hebben en werd hij behalve slachtoffer ook dader. Hierover heeft hij grote schuldgevoelens. De gevolgen voor het functioneren - zoals verderop in de bespreking van deze casus blijkt - pakten funest uit. De aanmeldingsklacht was overigens niet het seksueel misbruik maar depressieve symptomen.

Casus: initiatieseks en incidentele misbruikervaring

Michiel (24) meldde zich aan met coming out-problematiek vanwege het feit dat zijn ouders homoseksualiteit veroordeelden. In de loop van de intake bleek seksueel misbruik ook een rol te spelen. Hij zocht geen contacten in de homoscene, omdat hij wist dat zijn ouders erg negatief stonden tegenover zijn seksuele voorkeur. Hij zocht indertijd begrip bij een leraar van zijn middelbare school en van het een kwam het ander. Hij ging er logeren, sliep met hem en ze hadden enkele keren seks. Deze inwijding vond hij achteraf niet erg gelukkig. Ook later had hij nog een keer seks met een docent. Hij zocht deze situaties op om begrip te krijgen voor zijn situatie bij een vervangende ouderfiguur.

Homoseksueel misbruik als dubbele narcistische krenking

Homoseksuele misbruikervaringen worden soms nog extra gecompliceerd beleefd vanwege het culturele taboe op homoseksualiteit, dat een specifieke dimensie aan de problematiek geeft. Daarom krijgen homomannen vaak met extra problemen te maken. Een aantal mythen dat de ronde doet illustreert de culturele homofobie, zoals: een jongen die seksueel misbruikt wordt moet wel homo zijn en heeft dat zelf vast laten doorschemeren. En: een jongen die seksueel misbruikt is wordt daarna zeker homoseksueel, en: een jongen die seksueel misbruikt is wordt van slachtoffer later zelf dader.

Seksuele misbruikervaringen kunnen ook vanuit het begrip narcistische krenking worden begrepen, omdat het ervaringen zijn die het zelfbeeld beschadigen. Bij ongewenst seksueel contact is dit namelijk vaak het geval. Niet alleen de seksuele benadering werkt beschadigend, maar vaak ook het gebrek aan respect vanuit de dader en een vaak inadequate respons van de omgeving. Gevolg is dan het verlies van zelfrespect.

Als de misbruikervaring op latere leeftijd gebeurt, eenmalig is, en er nauwelijks eerdere narcistische kwetsuren plaatsvonden dan kan de beschadiging meevallen. Zodra er echter sprake is van chronisch misbruik vanaf de vroege kinderjaren, met een gewelddadig karakter en daarmee samenhangende affectieve verwaarlozing, veelal in een incestueuze sfeer, dan zal de beschadiging een zware wissel trekken op het functioneren.

De vraag moet hier worden gesteld in hoeverre homoseksuele jongens in spe reeds extra narcistische krenkingen hebben ervaren door de bewustwording niet te kunnen beantwoorden aan het ideaal van de heteroseksuele jongen. Voorbeelden in de eerste hoofdstukken toonden aan welke kwetsuren op de loer liggen voor deze jongeren. Wederom wordt hier gerefereerd

aan de concepten uit de 'selfpsychology', namelijk de ervaring afgewezen te worden door potentiële beschermers, het gevoel doormaken er niet bij te horen en het gebrek aan ervaring van gelijkens vanwege het gevoel anders dan anderen te zijn.

De narcistische krenking door de ontdekking homoseksueel te zijn, hangt samen met de minachting die homoseksualiteit in onze cultuur ten deel valt. Hierdoor zijn homoseksuele jongeren in spe een extra kwetsbare groep. Homoseksueel misbruik kan dan als een dubbele krenking uitpakken.

Casus: anale verkrachting als eerste homoseksuele ervaring

Nico (38) meldt zich aan met dwangmatige klachten die terug te voeren zijn op een anale verkrachting op zijn vijftiende jaar. Hij ontdekte zijn seksuele voorkeur en vermoedde dat zijn ouders dit helemaal niet konden accepteren vanwege hun strenge moraal. Via internet maakte hij uit nieuwsgierigheid een seksdate met een homoseksuele man. Hij ging met hem mee naar diens huis en beleefde zijn eerste homoseksavontuur. Enerzijds was dat spannend, anderzijds vond hij het contact eng en voelde zich bij de ervaren seksgenoot niet op zijn gemak. Dit laatste gevoel werd bewaarheid toen de man de deur op slot deed en hem ertoe dwong zich anaal te laten neuken, hetgeen veel pijn deed. Hierna durfde hij jarenlang geen seks meer te hebben met andere mannen. Ook durfde hij met niemand te reppen over hetgeen hij tegen zijn zin had meegemaakt: de anale verkrachting. Zeker niet tegen zijn ouders, die wel opmerkten dat hij na die dag heel gespannen was. Hij had het gevoel dat hij dit toch over zichzelf had afgeroepen, en dan ook nog eens een seksuele ervaring die moreel veroordeeld zou worden. Lange tijd speelde hij het klaar de gebeurtenis te verdringen en uit zijn geheugen te verbannen. Dit lukte tot hij een relatie kreeg, waarin na enige tijd seksuele problemen gingen ontstaan. Zijn seksuele beleving raakte meer en meer verstoord, vanwege toenemende impotentiële klachten.

In de loop van de therapie komt met name het conflict naar voren tussen het verlangen naar een eerste homoseksuele ervaring (initiatie) enerzijds, en de brutale vernedering anderzijds. Eigen schuld, dikke bult.

Achtergrond van seksueel misbruik en effecten daarvan

Misbruikte kinderen vormen geen ad random groep. Met name kinderen uit dysfunctionele gezinnen, met eerdere narcistische krenkingen als gevolg daarvan, zijn bovenrepresentatief bij

seksueel misbruik. Hiermee wordt niet gesuggereerd dat iedereen die seksueel misbruik ervoer ook altijd eerdere narcistische kwetsuren opliep. Wel wordt het idee geopperd dat ervaren daders de extra kwetsbaarheid van hun beoogde slachtoffers beter aanvoelen. In dit opzicht zou de voorgeschiedenis een aanwijzing kunnen zijn voor de mate van het nadelige effect op het psychisch functioneren als volwassene.

Daarnaast kan de seksuele misbruikervaring, als narcistische krenking, milde tot dramatische vormen aannemen. Nogmaals samengevat zijn hier de doorslaggevende factoren: de karakteristieke persoonlijkheid van de dader en het slachtoffer, de duur van de misbruikervaring, de aard van het geweld en het eventuele sadisme, de mate waarin het vertrouwen is geschaad en persoonlijke grenzen zijn overschreden, de setting waarbinnen het misbruik plaatsvond.

Daarnaast wordt de ernst van de beschadiging mede beïnvloed door de reacties van de omgeving op de misbruikervaringen. Niet alleen de reacties van belangrijke personen uit de onmiddellijke omgeving zoals ouders en opvoeders, maar ook de reactie van politie, rechtbank en hulpverlening. Soms kunnen ondersteunende reacties na het misbruik - mits de misbruikervaring mild van aard was - negatieve effecten enigszins neutraliseren. De vraag is natuurlijk in hoeverre ondersteunende reacties van de omgeving mogelijk zijn, en voorstelbaar of te verwachten als het een homoseksuele misbruikervaring is, vooral bij diegenen die zich nog in een pre-coming out-situatie bevinden. Schaamte over homoseksualiteit naar de ouders en anderen kan het nadelig effect dan juist versterken (Gonsiorek, 1994).

Casus: anale verkrachting als eerste homoseksuele ervaring

Zoals in de casus hiervoor betreffende Nico reeds bleek, kan de coming out door seksueel misbruik als eerste initiatie ervaring behoorlijk gecompliceerd verlopen. Jarenlang verzweeg Nico vanwege de anale verkrachting zijn seksuele voorkeur aan anderen. En in feite heeft hij zijn ouders nooit durven te vertellen dat hij homoseksueel is. Als afweer ontwikkelde hij dwangmatige rituelen, zoals talloze keren per dag douchen om zich van viezigheid te ontdoen. Uiteindelijk kon hij geen aanrakingen meer velen van zijn vriend. Toen het hele verhaal tegen zijn vriend verteld was voelde hij pas de moed hulp te zoeken.

Mogelijke negatieve effecten van seksueel misbruik zijn: depressieve symptomen gedurende de volwassenheid, de ontwikkeling van een laag zelfbeeld, promiscuïteit, extreme intoxicatie,

dwangmatige seks, slachtoffergedrag en enorme afweermechanismen die gevoelens en intimiteit afsplitsen van seksuele ervaringen, identificatie met de agressor, en van slachtoffer dader worden.

Seksueel misbruik, homomannen en de kans op een hiv-infectie

Uit onderzoek (Lenderking, 1997) blijkt dat homoseksuele mannen vaker misbruikervaringen hebben meegemaakt. Het percentage dat telkens wordt genoemd is 35, terwijl in de doorsneepopulatie sprake zou zijn van 20 procent. De vraag is natuurlijk in hoeverre hier van relatief late misbruikervaringen gesproken dient te worden in de sfeer van initiatie in een cultureel gezien ongewenste seksuele leefstijl.

Daarnaast wordt vervolgens gesuggereerd dat er een significante samenhang zou bestaan tussen deze seksuele misbruikervaringen en de kans op onveilig vrijen, respectievelijk het oplopen van een hiv-infectie. Deze kans zou twee maal zo groot zijn in een dergelijke situatie. Observaties in de spreekkamer kunnen echter nuanceringen toevoegen aan deze algemene uitspraken.

Hieronder worden enkele gevallen besproken met seksuele misbruikervaringen van homoseksuele cliënten, waarbij de ene keer wél, en de andere keer geen verband met riskante seks en met serostatus werd geconstateerd.

Twee casussen worden hier tegen elkaar afgezet om een mogelijke verklaring te geven wanneer wel en niet een verband kan ontstaan tussen seksueel misbruik en onveilig vrijen, respectievelijk het oplopen van een hiv-infectie.

Casus: vroeg chronisch seksueel misbruik

Deze casus van Leo werd reeds geïntroduceerd in het begin van dit hoofdstuk, als voorbeeld van vroeg en langdurig seksueel misbruik. De voorgeschiedenis laat zien dat het hier een incestueus netwerk betreft, waarin seksueel misbruik al meerdere generaties lang speelt. De cliënt komt uit een familie waarin grensoverschrijdingen in relaties, scheidingen en overspel gewoon waren. Mede door de misbruikervaringen ontwikkelde hij een zwak voor het verkrijgen van extra gratificaties van volwassen mannen. Deze ervaringen bezorgden hem niet alleen de nodige krenkingen en schuldgevoelens, maar tevens ook verboden narcistische strelingen. Zoals reeds vermeld bestonden de misbruikervaringen reeds vanaf zijn zesde levensjaar en ze duurden tot zijn veertiende. De seksuele praktijk bestond uit wederzijdse

masturbatie en orale seks. Ook werd Leo later als dader betrokken bij verdere seksuele handelingen met jongere neefjes en nichten. De reactie van de omgeving op deze gebeurtenissen was funest in de zin dat ze voortdurend ontkend werden door zijn ouders, met name de moeder. Toch 'wist' iedereen dat deze handelingen regelmatig plaatsvonden. Leo heeft jarenlang nooit met iemand over deze ervaringen kunnen of durven spreken. Pas toen hij seropositief bleek te zijn, voor de verwerking waarvan hij hulp zocht, werd in de loop van de therapie de hele geschiedenis bespreekbaar.

Gezien het chronisch karakter van het seksueel misbruik, vanaf de vroege kinderjaren tot de puberteit, en de ontkennende reactie van de omgeving is het begrijpelijk dat deze cliënt enorme afweermechanismen in werking moest stellen als overlevingsstrategie. Splitsing is een eerste afweermechanisme dat opvalt. Zijn wereld werd simpel opgedeeld in de goeden en de slechten. In het contact in de werkrelatie was van meet af aan een sympathiserende, licht erotiserende neiging voelbaar. Dit was de manier waarop hij had geleerd af te tasten of er een gratificatie te behalen viel.

Identificatie met de agressor, evenals het verruilen van de rol van slachtoffer voor die van dader, waren moeilijk te bespreken ervaringen voor Leo. Hij voelde zich achteraf zeer schuldig over deze reacties. Niet alleen in vroegere ervaringen toen hij zich liet overhalen als dader te participeren in de seksspelletjes op voorspraak van zijn oom, maar ook in de latere seksuele omgang met partners, waarin hij onbeschermd anaal contact had terwijl hij wist dat hij seropositief was.

Splitsing van intimiteitsgevoelens en seksuele ervaringen vormde zijn afweermechanisme. Daardoor wist hij niet wat er precies op het moment suprême gebeurde. Hij liet het onveilig vrijen de laatste tijd vaak gebeuren, terwijl zijn partner wist dat hij seropositief was. Achteraf gingen de gewetensfuncties opspelen, maar dan was het toch weer te laat. Zo ontstond een vicieuze cirkel waarin ongewenste handelingen een gewoonte werden.

Het zelfbeeld dat Leo ontwikkelde pakte behoorlijk negatief uit, vooral nadat hij zich uit het incestueuze nest had losgemaakt. Hij voelde zich zeer schuldig over de fase van zijn vroegere dadergedrag, en over de risico's die hij met latere partners liep. In de therapie kwam een intens negatief gevoel naar voren: ik deug van geen kanten.

Leo koos voor een partner die zelf ook op vroege leeftijd seksueel werd misbruikt. Wellicht dat onbewuste herkenning van dergelijke contacten een rol speelt, want het viel me in de loop der jaren op dat dit voor meerdere cliënten opging met vroege seksuele misbruikervaringen. In

zekere zin is de keuze voor zijn laatste partner, waarmee hij enkele jaren een relatie had, een keuze voor een iemand die overeenkomst vertoonde met zijn geschiedenis, iemand die deze gelijkheid kon laten voelen. Tegelijkertijd werd dit contact een keuze om de daderrol voort te zetten. De liefde keerde zich gaandeweg om in haat.

Ten slotte nog enkele opmerkingen over de seropositieve status van de cliënt, die de aanleiding was om hulp te zoeken voor de psychische verwerking daarvan. Vergelijkbaar met de eerder gepresenteerde casus van Henk in hoofdstuk 3, blijkt dat het negatieve zelfgevoel (ik deug nergens voor), en de ingeslepen gewoonte om gratificerende erotische contacten te zoeken om dat ongelukkige gevoel telkens voor een kort ogenblik op te heffen, de verklaringen zijn waarom Leo onveilige seks liet gebeuren. Ook is een wraakmotief voor hem - achteraf reflecterend over die onveilige seksuele ontmoetingen - herkenbaar.

Casus: misbruik in de seksuele initiatie

Peter (34) meldde zich aan met relatieproblemen vanwege tanende seksdrive tussen hem en zijn vriend. Hij werd steeds meer ontevreden over zijn eigen ondergeschikte opstelling in de relatie, kreeg depressieve klachten en zocht hulp.

De voorgeschiedenis toont een heel ander beeld dan de vorige casus, in die zin dat er geen sprake was van vroeg seksueel misbruik en evenmin van een incestueus netwerk. Wat de cliënt zich kan herinneren is dat hij als misdienaar een erotiserend contact had met een pastoor, hetgeen hij indertijd niet kon plaatsen. Tevens herinnert hij zich latere masturbatie met mannen die hem verleidden toen hij veertien was. Hij zocht de contacten niet zelf op, maar werd verleid tot seks door een vriend van zijn ouders, van wie hij wist dat diegene homoseksueel was. De seksuele ervaring vond hij enerzijds spannend, maar anderzijds walgelijk. Toen hij eenmaal deze ervaring had beleefd, ging hij al snel daarna naar een baan in zijn woonplaats, en vroeg geld aan mannen die seks met hem wilden. De seksuele handelingen betroffen vooral masturbatie en soms orale seks. Peter vond het ergens wel opwindend, maar begreep de betekenis van de handelingen niet. Hij kon deze ervaringen helemaal niet plaatsen, en begreep pas veel later dat hier de term homoseksualiteit op van toepassing was. Mede omdat de seksuele ervaringen waartoe hij werd verleid van een homoseksueel karakter waren zag Peter geen enkele mogelijkheid om dit indertijd met iemand te bespreken. Toen hij later met zijn moeder over zijn ervaringen wilde spreken was de enige reactie: 'Ik vermoedde al

heel lang dat je homoseksueel zou kunnen zijn'. De ervaringen die hij had meegemaakt werden gebagatelliseerd.

De afweermechanismen die deze cliënt ontwikkelde zijn veel milder dan in de vorige casus. Er trad wel een zekere vorm van identificatie met de agressor op, in die zin dat Peter ging herhalen wat hij in de seksuele misbruikervaringen had meegemaakt. Maar hij ging zich prostitueren, en geld vragen in het park voor seks. Hij ervaarde zichzelf in die rol als een gewenst object. Geld was wraak op wat hem overkwam. Ontkenning van de hele situatie bleek hier - achteraf gezien - opvallend. Daarnaast was splijting een opvallend afweermechanisme: niemand de waarheid vertellen, niet in staat zijn tot transparante relaties, geheimzinnigheid troef.

In zijn relatie van jaren ging dit laatste hem parten spelen: hij zocht een ideale vriend, die enerzijds bescherming bood, maar waaraan hij zich niet echt wilde binden, seksueel gezien. Hij bleef zijn seksuele contacten buiten de relatie voortzetten, zonder ook maar een mogelijkheid te zien dit te bespreken met zijn partner. De seksuele bevrediging buiten de relatie was altijd aanwezig, terwijl in de relatie zelf intimiteit voor hem een grote opgave werd. In tegenstelling tot de vorige casus is Peter niet geneigd om zich in onveilige seksavonturen te begeven. De trots om te overleven, desnoods met al de geheimen, prevaleert duidelijk.

Conclusie

De conclusie die uit deze casussen kan worden getrokken is niet representatief en het gaat slechts om een hypothese. Seksueel misbruik blijkt in de besproken gevallen niet zonder meer tot risicovolle seksuele handelingen te leiden. Wel lijken er verbanden naar voren te komen bij bepaalde vormen van misbruik. Cliënten uit zogenaamde disfunctionele gezinnen, waar meestal incest plaatsvond, en waarbij dan ook nog sprake was van vroeg misbruik gedurende de kinderjaren, vertonen later wel onveilig vrijgedrag. Ze hadden inmiddels een hiv-infectie opgelopen en bleven risicovolle seks herhalen. Deze traumatische misbruikervaringen werden niet in de hulpvraag benoemd, maar deze cliënten kwamen met afgeleide psychische klachten, zoals depressieve klachten of de verwerking van een hiv-infectie. Bij deze laatste cliënten vallen de eerder genoemde afweermechanismen op, die mede een goede verklaring kunnen zijn voor risicovolle seks. Ook voldeden deze cliënten inmiddels aan criteria van persoonlijkheidsproblematiek, zoals narcistische, borderline- en antisociale stoornissen waarbij een laag gevoel van eigenwaarde, een overgevoelig ik, of een verzwakt ik kenmerkend

zijn. De diagnostische benadering met betrekking tot de voorgeschiedenis van het gezin, de aard van de misbruikervaring, en de reacties daarop van de omgeving brachten duidelijke nuances aan het licht.

Bij cliënten met misbruikervaringen op latere leeftijd, waarbij het misbruik incidenteel was, is geen samenhang te zien met risicovolle seksuele ervaringen, en zij waren seronegatief gebleven. Let wel: het betreft hier slechts spaarzame observaties waaruit geen generalisaties mogen worden getrokken. Wellicht kunnen deze gevallen echter wel een eerste idee genereren welke verbanden onder welke omstandigheden mogelijk zijn.

Afhankelijk van de diagnostiek en de ernst van de psychische problematiek kunnen de psychotherapeutische interventies variëren. In de ernstige gevallen zal de psychotherapeutische strategie meer toedekkend zijn, met de focus op het hier en nu, waarbij de gezondere afweermechanismen worden versterkt evenals het ego. Bij minder ernstige gevallen zal meer openlegend gewerkt kunnen worden, waarbij herbeleving van de misbruikervaringen kan helpen. In de toedekkende benadering zullen de grenzen van de realistische werkrelatie worden benadrukt, de overdrachtsreacties worden gedempt, de primaire relatie met de therapeut zal vooral corrigerend zijn ten opzichte van erotiserende overdrachten. In de openleggende benadering kunnen idealiserende overdrachten, spiegeling, en het beleven van de therapeut als een homoseksuele soortgenoot dieper worden doorgewerkt.

Slot

Homospecifieke psychotherapie

In dit slot wordt nog eens expliciet stilgestaan bij de zin van een nadere profilering van een homospecifiek hulpverleningsaanbod en de consequenties daarvan voor de rol van de hulpverlener in de dagelijkse praktijk van de spreekkamer. De ideeën zijn vooral ontleend aan Isay (1993) en Cornett (1995). Verder worden de specifieke ingrediënten van de homospecifieke psychotherapie beschreven en vervolgens wordt de inkleuring van de werkrelatie geïllustreerd in een dergelijke setting. Het standpunt van de ‘neutrale’ psychotherapeut wordt besproken en ingeruild voor een expliciete opstelling. De valkuilen die dit met zich meebrengt blijven niet onbenoemd. Ten slotte worden nog praktische adviezen gegeven voor het opzetten van een particuliere praktijk met een homospecifiek aanbod (zie bijlage) (Alexander, 1998).

Profilering als homotherapeut

In het professionele vakgebied werd lange tijd de opvatting gehuldigd dat de hulpverlener zich neutraal dient op te stellen naar de cliënten: als een tabula rasa. Zodoende kan de cliënt zijn fantasie rijkelijk projecteren op de therapeut en kunnen allerlei uiteenlopende overdrachtsreacties in de werkrelatie opbloeien. Deze opvatting werd sinds de opkomst van de homocategoriale hulpverlening rond 1970 bestreden met het argument dat als een hulpverlener zich niet als homoseksueel profileert de homocliënt op het verkeerde been wordt gezet en vanzelfsprekend zou veronderstellen dat hij met een heteroseksuele man van doen heeft. De meerwaarde van een dergelijke profilering is niet alleen dat cliënten zich vertrouwder voelen, maar bovendien zou de hulpverlener - door de overwinning van de eigen conflicten rond homoseksualiteit en diens verworven specifieke kennis en vaardigheden - beter in staat zijn sommige problemen te begrijpen en analyseren. Gebrek aan professionele of persoonlijke vertrouwdheid zou bij de therapeut zelfs tot verkeerde interpretaties of veronderstellingen van het ontwikkelingsproces van de cliënten kunnen leiden. Zo zouden bijvoorbeeld homoerotische gevoelens tussen vader en zoon over het hoofd gezien kunnen worden, of het conflict dat een cliënt doormaakt gedurende de coming out-periode onvoldoende begrepen. Hoewel inmiddels de situatie in de reguliere hulpverlening verbeterd is en meer kennis en ervaring met betrekking tot genoemde thema's in de spreekkamer aanwezig is, is mijn ervaring in de praktijk dat cliënten toch vaak op zoek gaan naar een homoseksuele

hulpverlener. Cliënten zeggen zich beter begrepen te voelen en vrijer om over hun psychische problemen te praten. Soms versterkte een voorafgaande negatieve ervaring in de reguliere hulpverlening deze wens. Ook blijkt uit de hulpvragen in de praktijk van de homohulpverlening dat homomannen hun eigen specifieke problemen hebben. Cliënten grijpen ook om die reden de gelegenheid aan om gebruik te maken van een daarop toegesneden aanbod.

Homospecifieke problemen

Er zijn verschillende redenen voor cliënten om zich tot een homospecifiek hulpverleningsaanbod te wenden, zoals de vertrouwdheid van de hulpverlener met de cultuur van de homowereld, de identificatiemogelijkheden die de therapeut kan bieden en ten slotte de eigen problemen waar homomannen mee kampen.

Ten eerste beweren cliënten dat ze zich beter begrepen voelen. Te denken valt dan bijvoorbeeld aan regels en codes in het uitgaansleven, de praktijk van niet monogame relaties, de diversiteit aan seksuele contactmogelijkheden en erotische fantasieën, de bekendheid met het uitgaansleven, de soorten bars, pornobioscopen, anonieme ontmoetingsplaatsen in parken, betaalde sekscontacten, darkroomervaringen en dergelijke. Men voelt zich minder beschaamd en verwacht geen moralisme over de leefstijl.

Op de tweede plaats kan een therapeut die zich als homoman kenbaar maakt ook als een identificatiefiguur fungeren in het therapeutische contact. Ook kan de therapeut een faciliterend effect bereiken doordat hij gemakkelijk onderwerpen in de seksuele taboesfeer kan aansnijden. Modelling kan een efficiënte techniek zijn, bijvoorbeeld wanneer praktische sociale vaardigheden aan de orde zijn. De profilering als homoseksuele man in de spreekkamer kan het effect van een gecorrigeerde emotionele ervaring teweegbrengen, in die zin dat niet langer een vals zelfbeeld wordt gespiegeld maar juist het echte zelfbeeld wordt versterkt. Door de anonimiteit op te geven moedigt de hulpverlener de authenticiteit van de cliënt aan.

Op de derde plaats blijken homoseksuele cliënten vaker met psychische problemen te kampen die homospecifiek gekleurd zijn. Let wel: hiermee wordt niet gesuggereerd dat homoseksualiteit op zichzelf pathologische kanten heeft, maar dat de maatschappelijke situatie vaker tegen zit. Toen de aidsepidemie in de homowereld hard toesloeg en vele slachtoffers maakte, werden homomannen er min of meer toe gedwongen over hun eigen

psychische problemen te gaan praten. Uit onderzoek - zoals opgemerkt in vorige hoofdstukken - bleek dat homomannen met meer psychische problemen kampen dan de gemiddelde populatie. Zo zouden angst- en stemmingsstoornissen meer voorkomen bij deze mannen. Een verklaring hiervoor kan wellicht worden gezocht in de omstandigheden waarin homomannen leven. Sommigen missen een sociaal netwerk, ondervinden discriminatie op het werk, of hebben een moeizame verhouding met de familie. Een hulpverlener die zelf als homoseksuele man eigen ervaringen heeft doorgemaakt met het oplossen van zijn coming out en wellicht andere homospecifieke problemen, zal de situatie en achtergrond van de psychische problemen van homomannen beter begrijpen.

In mijn praktijkervaring kwam ik de regelmatig in aanraking met hulpvragen rond de volgende onderwerpen. Op de eerste plaats direct aan homoseksualiteit gerelateerde thema's, zoals complicaties bij de coming out vanwege moeilijkheden met de acceptatie en waardering van homoseksualiteit door de cliënt of diens milieu van herkomst. Een negatief zelfbeeld kan worden gevoed door vroegere afwijzingen van de seksuele voorkeur. Relatief vaak blijken seksueel misbruik of geweld hierop een negatieve invloed te hebben. Vragen met betrekking tot levensfasen zijn nogal eens gerelateerd aan het ontbreken van toekomstperspectieven, relatiebreuken, en eenzaamheid. Niet ongenoemd mogen blijven klachten rond seksverslaving, sociaal isolement en contactproblemen.

Daarnaast dienen zich onderwerpen aan die hiv-gerelateerd zijn, zoals vragen met betrekking tot pre- en post-test counselling, de verwerking van een seropositieve testuitslag, moeite met therapietrouw bij de medicatie, rehabilitatieperikelen rond het vroegere werk, gebrek aan nieuwe invulling van een toekomstperspectief, onveilig vrijgedrag, conflicten met negotiated safety binnen relaties, serodiscordante relaties, long term surviving, en veelvoudig verlies.

Verder worden hulpvragen gesteld die te maken hebben met het eigen karakter van homorelaties en die voortvloeien uit de fasenproblematiek van relaties, de discrepantie die tussen de partners is ontstaan, of problematische partnerkeuzes. De dynamiek in een relatie tussen twee mannen brengt eigen conflicten met zich mee rond macht, autonomie en onafhankelijkheid, intimiteit en seksuele problemen. Conflicten van recentere datum spelen zich af rond de kindwens, adoptie en al dan niet registratie als partners.

Ten slotte zijn er hulpvragen die gerelateerd zijn aan de werksfeer, zoals problemen met representatie, gepest worden op het werk vanwege de seksuele voorkeur, conflicten die voortvloeien uit agressieremming, intimidatie en in sommige beroepen bedreiging met geweld.

Inkleuring van de werkrelatie

Wat voor gevolgen heeft een homospecifiek hulpverleningsaanbod voor de aard van de relatie tussen cliënt en therapeut? Deze relatie wordt in de vakliteratuur gedefinieerd als een samenwerkingsverbond bestaande uit verschillende aspecten: op de eerste plaats gaat het om een realistische relatie tussen twee personen, waaraan in dit geval het ingrediënt wordt toegevoegd dat het om twee personen gaat die van elkaar weten dat ze homoseksueel zijn. Verder betreft het een zogenaamde primaire relatie, waarin de therapeut ruimte biedt aan de cliënt om tot op zekere hoogte tijdelijk terug te kunnen vallen op een moeder-kindrelatie (Abraham, 2001; Takens, 2001). Een homospecifiek aanbod impliceert in dit geval dat met name ook aandacht wordt besteed aan de vader-zoonrelatie en de plaats van homoseksualiteit tussen beiden. Zoals blijkt uit de vakliteratuur worden in de reguliere psychoanalytische psychotherapie verhalen van cliënten vanzelfsprekend vooral als heteroseksuele fantasieën geïnterpreteerd. In een homospecifieke setting zal uiteraard veel aandacht worden besteed aan zogenaamde roze duidingen: homoseksuele fantasieën dus.

Het is de taak van een homopsychotherapeut om in het contact met de cliënt in te schatten welke inkleuring overheerst in de werkrelatie. Domineert de neiging tot idealiseren, tot zoeken van bevestiging, of zoekt de cliënt vooral een maatje als gelijke. Deze inkleuring kan meer onthullen over de vroeger geleden ontberingen, zodat de krenkingen kunnen worden doorgewerkt, en het beschadigde ik zoveel mogelijk hersteld.

De achterliggende gedachte is dat deze symptomen in de psychotherapeutische relatie behandeld kunnen worden, door inzicht en herkenning van die inkleuring door het vroegere tekort of defect bij de cliënt te stimuleren. Door deze overdrachtsreacties te exploreren kan een helend en corrigerend effect ontstaan. De vertaalslag naar homospecifieke problematiek en roze duidingen in de psychotherapeutische setting is hier dus interessant. Behalve een inkleuring van gemiste ouder- en peer-objecten in de therapeutische relatie, spelen ook de ontbering van geïdealiseerde mannelijke objecten en de uitgebleven bevestiging van leeftijdsgenoten een belangrijke rol. Op de therapeut worden deze deprivaties gemakkelijk geprojecteerd: het gemiste ouderlijke, vooral vaderlijke, ideale zelfobject; de gemiste bevestiging door andere mannen en de ontbroken ervaring als twee homoseksuele mannen 'gelijken' te zijn.

De drie scenario's spiegelen, idealiseren en het zoeken naar alter ego's werden in de voorafgaande hoofdstukken talloze malen met voorbeelden geïllustreerd. In dit verband is het van belang te benadrukken dat de therapeut dus als een betrouwbaar zelfobject kan functioneren. Homoseksuele mannen ondervonden vaak weinig ontwikkelingsmogelijkheden om andere mannen te idealiseren en samen te smelten met belangrijke anderen. Vandaar dat het van groot belang kan zijn deze gelegenheid wel te benutten met de therapeut als homoseksuele man. Als spiegelende instantie zijn de interventies vooral gefocust op de acceptatie en waardering van de homoseksuele cliënt. Dit kan een correctie teweegbrengen van eerdere deprivaties door vroegere opvoeders. Maatschappelijk gezien hebben veel homoseksuele mannen een dergelijke positieve waardering te weinig meegemaakt. Ook verlangen deze mannen er vaak naar om als man onder mannen bevestiging te krijgen in de zin van alter ego's, en na de coming out als homoman onder gelijkgezinden. De ontbering van een dergelijk 'maatjes-onder-mekaar-gevoel', gebeurde veelal niet alleen met vader maar ook met leeftijdgenoten. In overdrachtsreacties naar een expliciet homoseksuele therapeut kunnen deze negatieve ervaringen worden verwerkt en kunnen positieve gevoelens van homoseksuele man tot man worden beleefd. In de sessies is het van belang dat de cliënt vergelijkingen kan maken tussen zichzelf en de therapeut, als zijnde twee homoseksuele mannen.

Valkuilen bij een homospecifieke aanpak

Tot nu toe werd voornamelijk gesproken over het gebruik van de therapeut als zelfobject door de cliënt. Het omgekeerde gebeurt echter eveneens: de hulpverlener ondervindt ook allerlei gevoelens jegens de cliënt tijdens de sessies, en dat betreft dan 'tegenoverdracht' reacties. Hoewel het om een breed scala van gevoelens kan gaan beperk ik me hier tot die emoties en fantasieën die met homoseksualiteit samenhangen. Een aantal valkuilen liggen hier op de loer. Op de eerste plaats zal de therapeut in deze specifieke setting aftasten hoe de cliënt tegenover zijn homoseksualiteit staat, om te achterhalen hoe vrij of openlijk deze met zijn voorkeur omgaat. De manier waarop de therapeut daar zelf mee omgaat is natuurlijk van invloed op zijn interventies. Stel hij prefereert toch de anonimiteit, dan kan dat een poging zijn om schaamte te maskeren over de eigen homoseksualiteit. De veronderstelling kan gevoed worden dat de cliënt van doen heeft met een heteroseksuele man, met als gevolg dat het tonen van de valse aspecten van het zelfbeeld bij beiden gestimuleerd wordt. In dat geval kan in de werkrelatie

een collusie ontstaan, gebaseerd op wederzijdse schaamte, waarbij de homoseksuele dimensie van conflicten en het zichtbaar maken van het echte ik onderbelicht blijven.

Op de tweede plaats kan een omgekeerde reactie ontstaan, waarbij de therapeut op een overdreven manier aan de behoefte aan spiegeling van homoseksualiteit tegemoetkomt. In dat geval laat de therapeut toe dat hij als almachtige figuur op een voetstuk wordt geplaatst, hetgeen kan resulteren in overdreven duidingen. Als zo'n overidealisering van de hulpverlener bespeurd wordt is het zaak om die neiging te duiden en herkenbaar te maken, zonder de cliënt te kwetsen. Versterking van de eigenwaarde bij cliënten kan deze neiging corrigeren. Gevolg geven aan de toegedichte grootheidphantasieën zal een cliënt juist bevestigen in zijn zwak zelfbeeld en hem nog afhankelijker maken. De hulpverlener dient te voorkomen dat hij de cliënt teveel als klankbord voor zijn eigen functioneren gaat gebruiken en met overdreven zelfonthullingen rondstrooit, adviezen gaat geven die niet passen bij de behoefte en problemen van de cliënt. Ter vermijding van deze valkuilen kan het van belang zijn supervisie of eigen therapie te regelen om de eigen conflicten te herkennen en elders op te lossen.

Verder kan de situatie ontstaan dat de therapeut de werkrelatie met zijn cliënten deels gebruikt om zijn eigen sociale behoeften te vervullen. Het gaat hier om het scenario van het zoeken naar een twinship-object in de werkrelatie, oftewel de relatie van twee homomannen tot elkaar als reëel gegeven. Factoren die dit in de hand kunnen werken zijn het relatieve isolement waarin het beroep van hulpverlener kan plaatsvinden, en dat geldt natuurlijk niet minder voor een homotherapeut. Verder kan de beroepscode die het beroepsgeheim respectievelijk de privacy van de cliënt garandeert, dit probleem versterken. De hulpverlener moet in dit opzicht op zijn hoede zijn om geen 'pseudovriendschappen' aan te gaan en voldoende professionele distantie houden om te voorkomen dat cliënten geëxploiteerd worden. Een ongezonde situatie ontstaat als de hulpverlener zijn eigenwaarde slechts ontleent aan het 'helpen van anderen'.

Ten slotte in dit verband nog iets over de omgang met tegenoverdracht in de sessies. De psychotherapeutische traditie schreef abstinentie voor en raadde af om gevoelens die de therapeut ondervond tegenover de cliënt te uiten. Meer recent wordt het standpunt gehuldigd dat functionele onthullingen van gevoelens jegens de cliënt heilzaam kunnen werken, mits 'acting out' van emoties wordt vermeden. Niets uiten kan immers toch ook niet. Voor de homospecifieke context geldt wederom dat authentiek en transparant zijn, en meevoelen met de mogelijke conflicten tussen valse en echte aspecten van het zelfbeeld essentieel zijn.

De therapeut kan de cliënt aanmoedigen om niet langer alleen aan de verwachtingen van de heteroseksuele buitenwereld tegemoet te komen, door als model te fungeren, een voorbeeld te tonen hoe minder bang te zijn om andere aspecten van het 'ware' ik te laten zien. Met name bij problemen rond de coming out, acceptatie en waarderingsproblemen rond homoseksualiteit en bij verinnerlijkte homofobie kan dit heilzaam zijn.

Gebruikte literatuur

- Abraham, R., J. Graste, *Psychotherapie vanuit een deficitmodel*, Utrecht, Van Gorcum, 2001
- Alexander, C., *Working with Gay Men and Lesbians in Private Psychotherapy Practice*, New York, Haworth Press, 1998
- Cornett, C., *Reclaiming the authentic self. Dynamic psychotherapy with gay men*, New Jersey, Jason Aronson, 1995
- Finkelhor, D., *Sexually victimized children*, New York, The Free Press, 1979
- Gonsiorek, J., *Male Sexual Abuse. A Trilogy of intervention strategies*, London, Sage Publications, 1994
- Isay, R., *Being homosexual, Gay men and their development*, New York, Avon Books, 1989
- Klein, S., *Heavenly Hurts. Surviving AIDS-Related deaths and Losses*, New York, Baywood Publishing Company, 1998
- Lenderking, W. et al, *Childhood Sexual Abuse among Homosexual Men, Prevalence and association with unsafe sex*, in: J. Gen Intern Med, 1997, 12: 250-253.
- Kohut, H., *The Restoration of the Self*, New York, International University Press, 1977
- Sandfort, T., Ron de Graaf, Rob V. Bijl, Paul Schnabel, *Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*, Utrecht, 2001.
- Shelby, R., *People with HIV and those who help them*, New York, Harrington Parkpress, 1995
- Takens, R., *Een vreemde nabij, enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht*, Lisse, Swets & Zeitlinger, 2001
- Wolf, M. de, *Inleiding in de psychoanalytische psychotherapie*, Bussum, Coutinho, 1998

Bijlage

De opzet van een homospecifieke privé-praktijk

De volgende praktische suggesties worden in de vakliteratuur gegeven bij het opzetten van een particuliere praktijk die zich richt op hulpverlening aan homoseksuele mannen (Alexander, 1998). Voor veel hulpverleners is een dergelijke praktijk aantrekkelijk vanwege de zelfstandigheid die deze setting biedt. In opleidingen tot psychotherapeut wordt vooral aandacht besteed aan klinische vaardigheden, en nauwelijks aan praktische suggesties voor het opzetten van een praktijk. Als het om een gespecialiseerd aanbod gaat hoort de hulpverlener zich zowel specifieke klinische kennis en vaardigheden eigen te maken als de nodige marketingstrategieën.

Eerder werd al gerefereerd aan onderzoek waaruit blijkt dat homoseksuele mannen relatief meer symptomen als depressieve klachten vertonen dan de gemiddelde populatie. Daaruit mag niet zonder meer worden afgeleid dat homoseksuele mannen automatisch meer hulp zoeken. Maar in potentie is er dus wel degelijk sprake van een marktaanbod. Mijn ervaring van afgelopen jaren is dat de psychische problemen in de periode van de aidsepidemie beter bespreekbaar zijn geworden. In de afgelopen decennia is gebleken dat homoseksuele mannen wel degelijk behoefte hebben gekregen aan een gespecialiseerd aanbod dat toegesneden is op hun seksuele leefstijl en voorkeur. Hulpverleners die hieraan gehoor willen geven moeten dus nadenken hoe zij op een effectieve wijze hun service aan deze populatie kenbaar kunnen maken.

Evenals in andere vrije professies geldt ook voor de psychotherapiepraktijk dat het om een zakelijke onderneming gaat, en niet alleen om de behoefte anderen te helpen. Dit vereist dat hulpverleners een ondernemingsplan maken waarin doel, aanbod en inkomsten worden beschreven. Behalve in de specialistische klinische expertise dient ook tijd, geld en energie gestoken te worden in marketing.

Pogingen om een praktijk van de grond te krijgen mislukken vaak doordat de hulpverlener niet op zichzelf kan functioneren, door onvermogen om het aanbod op de markt te brengen, door hoge overheadkosten, of door problemen met het juist en consistent hanteren van tarieven.

Vandaar dat het nodig is om marketing systematisch uit te voeren, hetgeen een adequate analyse, realistische doelstelling en een implementatieplan omvat.

Zo is het voor het promoten van een particuliere praktijk noodzakelijk dat de hulpverlener niet alleen nadenkt over de aard van het homospecifieke karakter van zijn aanbod, maar ook over de wijze waarop hij dit presenteert, en tevens over de vraag in hoeverre de praktijk eventueel ook openstaat voor andere typen hulpvragers. Met andere woorden het aanbod mag best diversiteit weerspiegelen. Zo kan bijvoorbeeld een homospecifiek aanbod goed gecombineerd worden met bijvoorbeeld seksueel misbruik of andere traumatische ervaringen. Ook is het raadzaam om de vraag te stellen welke en hoeveel andere therapeuten op dit specialistisch aanbod reeds actief zijn, en te bezien welke vorm van samenwerking gecreëerd kan worden. Verder is van belang om van tevoren vast te stellen welke maximale omvang de caseload zal zijn, evenals het na te streven maandelijks gemiddelde inkomen en een tijdsplanning waarbinnen deze doelen bereikt moeten zijn. Dan is het moment gekomen om de diensten aan te bieden en daar bekendheid aan te geven. Verschillende marketingstrategieën zijn hier mogelijk. Het is aan te bevelen om systematisch een bepaald percentage van de werktijd hieraan te besteden.

Een voor de hand liggende suggestie is om een brochure te maken en rond te sturen naar potentiële verwijzers, zoals huisartsen en collega's, waarbij een specifiek aanbod kan worden geaccentueerd. Een andere mogelijkheid is het plaatsen van advertenties in lokale bladen, in vakbladen, en ook in media die zich richten op de homoscene. Ook kan aansluiting worden gezocht bij een belangenvereniging zoals de Gay Business Association. Bij acquisitieactiviteiten is het belangrijk de bereikbaarheid duidelijk te regelen, bijvoorbeeld telefoonnummer met antwoordapparaat en eventueel een vast spreekuur waarop men rechtstreeks bereikbaar is.

Niet te onderschatten is de impact van acquisitie via internet door middel van een eigen homepage, waarin de praktijk kan worden gepromoot. Via deze weg kunnen talloze links worden gemaakt met de websites van beroepsverenigingen in de hulpverlening, en ook de talloze websites van relevante homoseksuele organisaties en helpdesks zoals de Gay & Lesbian Switchboard, Schorerstichting en het COC.

Andere activiteiten die bekendheid geven aan een praktijk zijn het publiceren van diverse relevante onderwerpen uit de spreekkamer en het geven van lezingen of deelname aan workshops, waarbij het specifieke hulpverleningsaanbod besproken wordt met collega's.

Verder is het vanzelfsprekend zeer belangrijk is om goed contact te onderhouden met degenen die naar de praktijk verwijzen. Zo kan de hulpverlener hen bijvoorbeeld laten weten of een

cliënt inderdaad is gestart met de therapie, en zo nodig met toestemming van de cliënt overleg voeren met bijvoorbeeld de huisarts of consulent over de behandeling. Ook is het belangrijk zelf te verwijzen naar andere hulpverleners en op die manier onderling contact te onderhouden.

Ten slotte nog enkele suggesties over de verwerving van homospecifieke klinische kennis en ervaring met betrekking tot psychotherapie. Binnen reguliere opleidingen wordt daar over het algemeen weinig aandacht aan besteed. In de praktijk komt het er op neer dat de homopsychotherapeut zelf actief aan de slag zal moeten gaan om de nodige kennis en ervaring op dit terrein te verwerven. Samenwerking met collega's die eenzelfde specifiek aanbod hebben opgebouwd is hier van essentieel belang. De hulpverlener in spe kan ondersteuning zoeken bij diverse organisaties die expertise hebben opgebouwd, en bijscholing zoeken op diverse studiedagen en (inter)nationale conferenties.

Ook kan kennis worden opgedaan in gespecialiseerde vakliteratuur die men kan achterhalen in diverse bibliotheken en collecties van NISSO, Homodok/Lesbisch Archief, universiteiten en homoboekhandels. Over een homospecifiek hulpverleningsaanbod treft men niet alleen publicaties aan binnen het psychoanalytisch referentiekader, maar ook binnen de andere psychotherapeutische scholen zoals systeemtheorie, gedragstherapie en cognitieve therapie. Abonnementen op tijdschriften zoals het *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, het *Journal of Homosexuality* en diverse vakbladen op het gebied van aidshulpverlening bieden de mogelijkheid om de klinische expertise up to date te houden.