

door J. Hartman

In ons land worden in toenemende mate bijeenkomsten belegd van patiënten en personeelsleden van een psychiatrische kliniek, of afdeling, die anders dan de meer gebruikelijke groepstherapieën een plenair karakter hebben en wel worden aangeduid met de term 'patient-staff meeting' (p.s.m.). Zoals uit een recente enquête bleek is dit in de psychotherapeutische gemeenschappen, die zijn vertegenwoordigd in de V.W.P.G., op een enkele uitzondering na de regel. Maar ook elders, waar men zich uitdrukkelijk niet als psychotherapeutische gemeenschap beschouwt, zoals in opnamepaviljoens, psychiatrische universiteitsklinieken en chronische afdelingen, is de p.s.m. gemeengoed geworden. De vraag dringt zich op of wij hier misschien te maken hebben met een 'conditio sine qua non' van de hedendaagse psychiatrie! Vastgesteld moet echter worden, dat de reputatie, die de – kennelijk zo eensgezind ingestelde – p.s.m. zich heeft verworven bepaald niet in deze richting wijst: vrij eensluidend is de onvrede met deze bespreking, waarmee men vaak niet goed raad weet, waar men tegenop ziet en waarop nogal eens wordt afgegeven. Toch blijft men ermee doorgaan dergelijke bijeenkomsten te beleggen, daarmee toch uiting gevende aan een zekere ambivalentie, die als een typerend begeleidingsverschijnsel bij de p.s.m. kan worden opgevat. Op de onlangs gehouden studiedag van de V.W.P.G. kwam dit opnieuw duidelijk tot uiting, waarbij bovendien opviel, dat de discussies over het onderwerp p.s.m. een ongewoon verward karakter hadden. In dit artikel wordt gepoogd voor deze verschijnselen een verklaring te achterhalen, daarbij uitgaande van de literatuur, die over de p.s.m. beschikbaar is. Daarbij valt op, dat de in Nederland verschenen proefschriften op het gebied van sociotherapie en beleidspsychiatrie, zoals die van Meijering (1955), Jongerius

Schrijver is ass.-psychiater bij het Psychotherapeutisch Dagcentrum (hoofd: Prof. Dr. P. C. Kuiper) van de Universiteit van Amsterdam, Vondelstraat 40 te Amsterdam. Dit artikel is de bewerking van een lezing, gehouden ter gelegenheid van een studiedag over p.s.m. van de Vereniging van Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen (V.W.P.G.) op 7 oktober '77 te Santpoort.

(1963) en Bierenbroodspot (1969) zeer summier zijn m.b.t. dit onderwerp, hoewel de laatste er enkele bladzijden aan wijdt. De meeste publicaties verschenen in Engeland en de Verenigde Staten, waar de auteurs hun ervaringen opdeden in zeer van elkaar verschillende settings en met patiënten met uiteenlopende diagnoses, al dan niet 'chronisch'.

Uiterlijke kenmerken

In de eerste plaats is het noodzakelijk een nadere omschrijving te geven van de p.s.m.; hierover bestaat binnen zekere grenzen wel een communis opinio. Het gaat om een bijeenkomst van alle, of zoveel mogelijk, personeelsleden van een afdeling (of kliniek) en de aan hun zorgen toevertrouwde patiënten (of: gedetineerden, want ook in gevangenissen worden p.s.m.'s gehouden, o.a. beschreven door Eftihiades (1969)) in één ruimte en zoveel mogelijk in een kring gezeten. Het aantal patiënten varieert tussen 20 en 60, maar uitschieters als 80 of zelfs meer dan 100 patiënten (respectievelijk Denber, 1960 en Furedi e.a., 1974) komen voor. De duur bedraagt gewoonlijk 45 tot 60 minuten, terwijl de frequentie bij verschillende auteurs sterk uiteenloopt: vaak worden dagelijkse bijeenkomsten gemeld (o.a. Jones, 1953; Wilmer, 1958; Roberts, 1960; Martin, 1962; Wax, 1965), maar ook éénmaal per week (o.a. Denber, 1960; Battegay, 1966; Springmann, 1974) en drie keer per week (Prosen en Lamberd, 1966; Furedi e.a., 1974) zijn gebruikelijk, terwijl incidenteel de mogelijkheid van een bijeenkomst in spoedeisende omstandigheden wordt aangegeven (Kole en Daniels, 1966). Meestal is de bijeenkomst, vooral in de klinieken waar hij dagelijks wordt gehouden, 's morgens het eerste programmapunt. Overigens lijken er, bij vergelijking van de gegevens van de auteurs, geen samenhangen te bestaan tussen bv. het aantal deelnemers en frequentie. Opvallend is wel, dat men over het algemeen niet expliciet het aantal aanwezige personeelsleden vermeldt. Dit gegeven laat zich in een enkel geval reconstrueren uit andere informatie: op de foto's in het boek van Wilmer (1958) ziet men temidden van een vijftiental patiënten twee verpleegsters en een in uniform gestoken marine-officier, in wie men de auteur vermoedt. Het lijkt redelijk om aan te nemen, dat het aantal deelnemende personeelsleden in de loop der jaren sterk is toegenomen, zodat de p.s.m. een steeds kostbaarder bijeenkomst is geworden.

Om de bespreking van uiterlijke kenmerken af te ronden: de naam 'patiënt-staff meeting', die in Nederland zo is ingeburgerd, wordt in de angelsaksische literatuur weinig gebruikt. Men spreekt vaak van 'ward meeting' of van 'community meeting', recenter ook van 'large group', maar ook allerlei andere aanduidingen komen voor, zoals 'milieu meeting' (Roberts, 1960), 'staff-patient meeting' (Prosen e.a., 1966), 'large number grouping' (Curry, 1967), 'large group meeting hour' (Fairweather, 1964) of heel gewoon: 'wednesdaymorning meeting' (Denber, 1960).

P.s.m. en therapeutische gemeenschap

Ook degenen, die het vroege tijdstip, waarop de p.s.m. vaak wordt gehouden, wel wat spartaans vinden, zullen ervan opkijken dat de p.s.m. rechtstreeks lijkt af te stammen van ochtendappèl en ochtendvisite in vnl. militaire klinieken. Het waren de door bv. Taylor (1958), Clark (1965) en Kreeger (1976) beschreven naoorlogse ontwikkelingen, o.a. in Northfield Military Hospital in Engeland en later ook in de Verenigde Staten, welke leidden tot de eerste therapeutische gemeenschappen en het was daar dat de eerste community meetings werden gehouden. In 'Social Psychiatry' doet Jones (1953) uitvoerig verslag van de gebeurtenissen op zijn afdeling, nadat uit het kantoor van de maatschappelijk werker een bedrag van £ 30 is ontvreemd, later gevolgd door nog enkele diefstallen, waarna de kwestie vijf weken later – eindelijk, zouden we nu zeggen – ter sprake komt op een community meeting. Jones beschrijft vanaf dat moment hoe de kwestie dagelijks in wardmeetings en communitymeeting (hier niet hetzelfde) weer opduikt. Men komt onder de indruk van het soepele, deels geïmproviseerde, deels gemanipuleerde samenspel van de bijeenkomsten en in de kleine psychotherapeutische groepen. Registreert Jones (1953) uitvoerig en chronologisch de gebeurtenissen in en rond een reeks communitymeetings, Wilmer (1958) schetst een groot aantal karakteristieke voorvallen en situaties: de stiltes, de uitbarstingen van psychotische patiënten, de éénling, die de bespreking domineert, de patiënt die zit te patiencen. Beide auteurs ruimen in hun geschriften een relatief grote plaats voor de community meeting in, die als het ware met de therapeutische gemeenschap wordt vereenzelvigd: 'social learning', sleutelbegrip van de therapeutische gemeenschapsideologie is hier aan de orde in optima forma. Roberts (1960) noemt de community meeting: 'a concentrated condensed specific sample of the interactive proces which occurs in a less highly organized manner the remainder of the time'. Dit doet Jones (1962, 1966) bij herhaling betogen, dat de combinatie van community meeting en nabespreking door de staf afzonderlijk de beste voorwaarde schept voor wat hij noemt 'social science teaching': het aanleren van begrip voor relationele processen. Ook Martin (1962) ziet deze bijeenkomsten als fundamenteel, wanneer de hiërarchische structuren plaats moeten maken voor een vrij en tolerant klimaat. Men benadrukt optimistisch en enthousiast de mogelijkheid van een open gedachtenwisseling tussen patiënten en personeel: 'In this atmosphere individuals find acceptance and personal security lessening their need to react in socially unacceptable ways' (Roberts, 1960). Op de afdeling gerezen problemen kunnen hier in aanwezigheid van allen worden uitgepraat en ongewenst gedrag kan worden gecorrigeerd, dit echter onder de voorwaarde dat de gehele staf er achter staat en ook bereid is te participeren (Jones en Hollingsworth, 1961). Het mes snijdt aan twee kanten: niet alleen wordt veel duidelijk over de patiënten, maar ook onopgeloste conflicten in het perso-

neelsteam weerspiegelen zich in deze bespreking of uiten zich in acting-outgedrag van de patiënten (Roberts, 1960).

Intussen wordt duidelijk waarom men hier steeds spreekt van 'community meeting' of zelfs 'therapeutic community meeting' (Wax, 1965). De p.s.m. is bij deze auteurs het vlaggeschip van de therapeutische gemeenschap, de kern van het afdelingsgebeuren en het symbool van de aangehangen ideologie. Zo kan gemakkelijk het door Bierenbroodspot (1969) gesignaleerde misverstand ontstaan, dat het introduceren van een p.s.m. op een traditionele afdeling de geboorte van een nieuwe therapeutische gemeenschap impliceert. Na de golf van publikaties, die getuigen van groot therapeutisch optimisme m.b.t. de mogelijkheden van de p.s.m. en die veelal het karakter van ooggetuigeverslagen hebben, komt ook wetenschappelijk onderzoek op gang, toegejuicht door o.a. Daniels en Rubin (1968).

P.s.m. en research

Wilmer (1958), die voor zijn tijd kennelijk grote fondsen ter beschikking had, legde zoveel mogelijk vast op geluidsband en film en beschikte daarna over een kamer vol documentatie. In zo'n situatie is het aanbrengen van ordening het eerste probleem. Wax (1965) beschrijft een methode om de grote hoeveelheid ongelijksoortige verschijnselen in een p.s.m. overzichtelijk in te delen. Hij onderscheidt o.a. inhoud en latente inhoud van een bijeenkomst: het spreken over een praktisch probleem geschiedt vanuit een dieperliggend gevoelsconflict. De welbekende discussies over ongere aardappelen en gebrek aan hartig beleg representeren een conflict met de staf over problemen die verband houden met afhankelijkheid, bescherming, veiligheid etc. Opmerkelijk vaak wordt in de literatuur de voeding genoemd als gespreksthema, volgens Denber (1960) geschiedt dit vooral als een p.s.m. juist op de afdeling is ingesteld. De besproken thema's, al of niet latent, zijn onderwerp van veel onderzoek geweest (o.a. Roberts, 1960 en Daniels e.a., 1968). Mardikian en Glick (1969) konden geen verband aantonen tussen de aard van de gebeurtenissen op de afdeling en het onderwerp van gesprek op de wekelijkse p.s.m., waarna ze constateren, dat dit in tegenspraak is met de visie, dat hier de onderlinge problemen worden opgelost. Zij schreven deze bevinding echter gedeeltelijk toe aan de geringe frequentie van de bijeenkomst.

Andere benaderingen zijn: wie brengen de onderwerpen ter sprake, hoeveel van de ingebrachte problemen worden opgelost (Fairweather, 1964)? Wie spreken er langer, patiënten of personeelsleden? Daniels e.a. (1968) vonden tot hun verbazing dat de patiënten meer aan het woord waren; ook hun patiënten hadden gemeend, dat het andersom was! Zij onderochten het verband tussen de mate, waarin een patiënt in p.s.m.'s participeerde, en het uiteindelijk behandelingsresultaat en vonden een positieve correlatie. Spreken in een p.s.m. kan te maken hebben met dingen als:

zich op zijn gemak voelen, veilig weten. Caudill (1958) toonde aan, dat statusverschillen binnen de staf en verbale deelname met elkaar zijn gecorreleerd (de psychiater praat het meest) en Moos en Daniels (1967) lieten zien, dat *alle* categorieën personeelsleden zich in de p.s.m. minder veilig voelen dan in de kleine psychotherapeutische groep of in het individuele contact, maar dat het vooral de verplegenden en de stagiaires zijn, die er de meeste moeite mee hebben. Dit leidt ook tot een verschil in voorkeur voor de verschillende activiteiten op de afdeling. Heeft verbale deelname aan een p.s.m. iets met (verbale) intelligentie te maken? Mardikian e.a. (1969) konden dit althans wat de patiënten betreft niet aantonen. Rapoport (1960) liet zien, dat de p.s.m. door het personeel belangrijker wordt gevonden dan door de patiënten. Worden verschillende activiteiten op de afdeling met elkaar vergeleken, met als criterium het door de patiënten veronderstelde therapeutische nut, dan scoort de p.s.m. niet hoog: de kleine psychotherapeutische groep en de werkgroep worden hoger aangeslagen (Manning, 1976). Dat de meer ervaren patiënten de p.s.m. relatief het meest waarderen, schrijft hij toe aan het feit, dat zij pas op den duur iets van die ingewikkelde bespreking beginnen door te krijgen. Overigens toonden Daniels e.a. (1968) aan, dat er nauwelijks verband bestaat tussen de attitude t.o.v. de bijeenkomst en de participatie; een negatief oordeel betekent dus nog niet dat de deelname minder intensief is!

Roberts (1960) onderzocht ook het oordeel over afzonderlijke p.s.m.'s: wat verstaat men onder een 'goeie' en wat verstaat men onder een 'slechte' meeting? Allereerst viel het hem op, dat personeel en patiënten het hierover meestal roerend eens waren. Hij kon een verband aantonen met bepaalde gespreksonderwerpen en een bepaalde wijze van begeleiden. Fairweather (1964), die twee behandelprogramma's met elkaar wilde vergelijken gebruikte de p.s.m. voor het doen van waarnemingen, die dus representatief werden geacht voor de vergeleken programma's. Men heeft ook gepoogd in de p.s.m. waarnemingen te doen, die iets meedelen over het wel en wee van de individuele patiënt. Prosen e.a. (1966) namen de door de patiënt gekozen zitplaats als uitgangspunt. Zij observeerden waar een bepaalde patiënt in een reeks van bijeenkomsten positie koos, waarbij de voorzitter van de p.s.m., een der personeelsleden, een vaste plaats bezette. Zij maakten aannemelijk, dat de veranderingen in het zo gevormde sociogram een afspiegeling vormden van de veranderende klinische toestand en van de ontwikkeling van de houding van de patiënt t.o.v. de staf. Liever werd een nieuwe stoel aangedragen, dan dat een nog lege plaats werd bezet, die zo bezien niet 'paste'.

De in dit vluchtige overzicht genoemde onderzoeken, die voor een deel gezien hun omvang en kwaliteit zelf zeer kritisch bekeken moeten worden, representeren al een kritischer benadering van het na de tweede wereldoorlog ontstane fenomeen p.s.m., maar bieden nog weinig aanknopingspunten voor een beter begrip van de ermee zo onmiskenbaar samengaande intellectuele en

gevoelsmatige verwarring. Meer aanknopingspunten daarvoor lijkt een nieuwe benaderingswijze te kunnen bieden, die veel aandacht besteedt aan het tot nu toe vrijwel verwaarloosde aspect van de groepsgrootte.

P.s.m. als grote groep

O.a. Curry (1967) en Schiff en Glasmann (1969) wijzen op een aantal eigenaardigheden van grote groepen als p.s.m.'s, die zij uitsluitend aan de grootte-dimensie toeschrijven, zoals neiging tot subgroepsvorming, minder hechte gevoelsbanden, moeizamer communicatie en een meer stereotype gedrag. De in 1974 gepubliceerde bundel 'The Large Group' bevat een aantal artikelen van enkele psychiaters, die ook een belangrijke rol speelden in de eerste therapeutische gemeenschappen in Engeland. Zij leggen nu de nadruk op de verhouding van het individu tot de massa en borduren hiermee voort op de psychoanalytische gezichtspunten daarover, die ruim vijftig jaar tevoren door Freud (1921) zijn geformuleerd.

De beschrijvingen, vooral door Main (1974), van de eigenaardige gespannen sfeer, de gekke gebeurtenissen en de geïjkte manier van praten in een grote groep zijn bijzonder levendig. Men wordt in zo'n bijeenkomst geconfronteerd met een gewaarwording van chaos met de gruwel door de massa te worden overweldigd, maar ook met de fascinerende ervaring zich opgenomen te weten in een krachtige stroom, zonder verdere individuele verantwoordelijkheid (Foulkes, 1974). Turquet (1974) beschrijft hoe men worstelt tussen zich krampachtig afzijdig daarvan houden enerzijds en ondergaan in de massa anderzijds. De smalle marge daartussen: als individu te communiceren met de anderen is maar uiterst moeilijk te begaan. De grote groep tast het denkvermogen aan en leidt tot een snelle regressie. Is het in de kleine therapeutische groep de kunst te blijven voelen, in de grote groep is het de kunst te blijven denken (de Maré, 1974). Men spreekt in dit verband wel van door de grote groep uitgelokte psychotische verschijnselen. De minder duidelijk aanwezige gevoelsbanden – Springmann (1974) noemt dit 'verdunde overdracht' – zouden intussen met name (pre-) psychotische patiënten een mogelijkheid bieden zich te uiten. Main (1974) laat zien hoe de ongrijpbare, vaak beangstigende sfeer in de grote groep berust op processen van projectie en projectieve identificatie, die hier vrij spel krijgen, doordat de reality-testing wordt belemmerd door de aan de grootte van de groep inherente onmogelijkheid met ieder van de aanwezigen optimaal te communiceren.

In de grote groep ontstaan verschijnselen, die Main (1974) aanduidt als 'anonymisation and generalisation': niemand wordt meer bij naam genoemd, sprekers verschuilen zich achter een vermeende groep belanghebbenden, waarvan ze zich tot zegsman verklaren. Persoonlijke standpunten worden gegeneraliseerd tot problemen tussen patiënten en personeel. Wanneer zich in deze situatie

een leider opwerpt, dan worden in hem al spoedig alle eigen kwaliteiten geprojecteerd, waardoor deze leider een bijna hypnotische macht krijgt. Maar de afgunst, die dit vervolgens oproept kan geschikte leiders ertoe bewegen zich juist aan het leiderschap te onttrekken en zich te 'drukken', waardoor de groep nog machtelozer in de chaos verzinkt. Main (1974) wijst erop dat het vaak ook juist personeelsleden zijn, die hierbij verzaken: 'In the face of projectively enhanced fears of group hostility and envy, staff have particular problems because of their inescapable distinct position. Some may now minimize these in placating statements to the group. Others may seek to be on first-name terms with each other and with patients or make other anxious attempts at 'democratic' bonhomie. Others will blur or renounce their roles, authority and responsibilities, and emphasize their powerlessness and goodwill in attempts to escape from envious attack.' Zo wordt het echter onmogelijk de heersende gevoelens, als bv. afgunst te bespreken en aan de realiteit te toetsen. Alles verzandt in pseudo-democratisch vertoon van goede wil. De enorme explosie van praatactiviteit, die op een p.s.m. volgt bij het verlaten van de zaal ziet Main (1974) als een poging de realiteit alsnog terug te vinden, door in een minder beangstigende sfeer de percepties aan de werkelijkheid te toetsen. Aan dit proces van miskenning en erop volgende correctie, dat volgens Kreeger (1974) ook in grote bijeenkomsten van ervaren psychoanalytici (congressen, etc.) optreedt, wordt door de auteurs van 'The Large Group' zelfs een therapeutische betekenis toegeschreven.

Ideologie en praktijk

Het voorgaande literatuuroverzicht biedt enkele aanknopingspunten voor een beter begrip van de ambivalentie en verwarring rond de p.s.m. Vooral van belang lijkt daarbij de wisselwerking tussen ideologie en praktijkervaring. De eerste p.s.m.'s zijn uit ochtend-appèls e.d. ontstaan in de overvolle klinieken na de tweede wereldoorlog, waar bleek dat patiënten tot onderling begrip en tot onderlinge hulp in staat waren. Hier ontstond de inmiddels overbekende ideologie van de therapeutische gemeenschap. Wanneer thans in verschillende klinieken dergelijke bijeenkomsten belegd worden, geschiedt dit tegen de achtergrond van deze ideologie. Of de ideologie nu expliciet wordt geformuleerd, zoals in de klinieken en afdelingen, die zich 'psychotherapeutische gemeenschap' noemen, of niet: het uitgangspunt is toch dat men – in zekere mate – wil democratiseren. D.w.z. dat patiënten als gelijkwaardige gesprekspartners worden geschouwd, van wie de meningen en wensen serieus worden genomen en die men in staat wil stellen, ieder naar vermogen een bijdrage te leveren aan het oplossen van problemen, zoals die zich in kliniek of afdeling voordoen.

Om de gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid te benadrukken doen de personeelsleden tijdelijk afstand van hun welomschreven

functie als therapeut of begeleider en zetten zich met de patiënten in een grote kring voor een gezamenlijk gesprek, waarin voor ieder dezelfde spelregels gelden en slechts een eventuele voorzitter en notulist zich belasten met een speciale taak. Het is een gewone bevinding van nieuwe patiënten, of van belangstellenden die een p.s.m. bijwonen, dat het onderscheid tussen patiënten en personeelsleden, voor zover tenminste niet geüniformeerd, hier praktisch onmogelijk is. Willens en wetens worden derhalve op ideologische gronden verschillen tussen beide categorieën, maar ook hiërarchische structuren binnen het personeel, verdoezeld. Het laten vervullen van een eventueel voorzitterschap door één der patiënten, of door patiënten en personeelsleden bij toerbeurt, heeft dezelfde bewuste motivatie. De 'vroege' literatuur legt juist de nadruk op deze bewuste, zelfs nagestreefde, gelijkheid, die een veilige sfeer zou garanderen voor het uitpraten van onderlinge problemen en het onder ogen zien van de realiteit. Hierbij ging men geheel voorbij aan de grotendeels onbewuste processen, die zich in de deelnemende individuen afspelen, wanneer zij in een grote groep van 20 tot 60 personen geplaatst worden, en waarop de 'late' literatuur meer de nadruk legt: de angstige belevingen en verwardheid, die met projectieve mechanismen en falende reality-testing samenhangen. De driftmatige regressie die optreedt komt o.a. tot uiting in de vroeg-infantiele (orale) thematiek.

Meer dan in de andere therapie-situaties zijn patiënten en personeelsleden hier onderworpen aan dezelfde krachten, minder dan anders kunnen de laatsten steun ontnemen aan hun vertrouwde rollen, die zij tijdelijk af moeten leggen. De personeelsleden begeven zich in het massa-groepsproces zonder therapeutische hulpmiddelen, nog slechts uitgerust met een democratisch ideaal en goede bedoelingen. In de vele 'wilde' duidingen, gericht aan het adres van steeds andere patiënten en collega's en pogingen de situatie in de groep telkens opnieuw te definiëren (met een ave-rechts - verwarrend - resultaat), maar ook in een overmatig observerende houding, komt hun verlangen tot uiting vast te houden aan de professionele rolidentiteit, die aan belangrijkheid wint, naarmate zij zich meer door de groep geabsorbeerd voelen. De personeelsleden blijken zich niet alleen tussen de patiënten begeven te hebben: tot hun schrik voelen zij zich ook dikwijls patiënt-met-de-patiënten, allen machteloos overgeleverd aan de situatie. Onderlinge verschillen, die in de p.s.m. op ideologische gronden werden verdoezeld, worden dan zelfs geloofchend. Zoals Main (1974) liet zien, wordt dan het democratisch ideaal als afweer gebruikt, waardoor de problemen van de afdeling slechts schijnbaar worden besproken. De nabesprekingen hebben niet louter een didactische, maar ook een cathartische functie. Opgelucht wordt hier de professionele identiteit juist benadrukt, niet alleen door het uitdrukkelijk weren van patiënten, maar ook door de soms discriminerende wijze, waarop over hen wordt gesproken, in schril contrast tot de tevoren in de p.s.m. getoonde behoedzaamheid en bedeesdheid. Maar sommigen, die zich sterk met de patiënten ge-

identificeerd hebben, voelen zich hierover schuldig en dringen erop aan ook patiëntenvertegenwoordigers toe te laten. Daarbij wordt vaak een beroep gedaan op de ideologie, die ook volgens Rapoport (1960) in strijd is met het houden van afzonderlijke nabesprekingen. Men kan hiervan denken wat men wil, feit is dat de discussies over de interpretatie van de ideologie nogal eens in de plaats komen van het bespreken van de krenkende ervaringen van onmacht en tekortschieten, dat meer verhelderend zou werken. Maar wie moet een dergelijk thema aan de orde stellen? Ook de nabespreking is een tamelijk grote groep, vrij bont van samenstelling en zonder duidelijke functieverdeling. Alle aanwezigen maakten even tevoren deel uit van hetzelfde groepsproces: van supervisie of intervisie, waarin men zijn ervaringen en ideeën met betrekkelijke buitenstaanders kan bespreken is geen sprake. Dezelfde afweerprocessen kunnen ook hier gemakkelijk ontstaan, met als gevolg een nog verdere escalatie van de ambivalentie en misverstanden.

P.s.m. of niet?

Tenslotte lijkt het zinvol de vraag te stellen of de p.s.m., mede gezien de geschetste moeilijkheden en de betrekkelijk hoge kosten, de vanzelfsprekende plaats, die hij in veel klinieken nu inneemt, wel verdient. Bolten (1976) vindt van niet: voor deze beangstigende en verwarrende bijeenkomst bestaan volgens hem voldoende alternatieven, althans in 'De Viersprong', een 'psychotherapeutische gemeenschap' overigens. Men kan de p.s.m. niet los zien van de context, waarbinnen hij moet functioneren en zal zich daarom in elke kliniek of afdeling van tijd tot tijd moeten afvragen of de draagkracht van de organisatie opgewassen is tegen de moeilijk herkenbare, maar krachtige processen, die men met het effectueren ervan over zich afroept. M.a.w. zijn er voor de deelnemers mogelijkheden de in de grote groep opgedane ervaringen en waarnemingen in kleiner verband te bespreken? Daarbij moet in de eerste plaats gedacht worden aan groepspsychotherapie en individuele psychotherapie voor de patiënten, maar ook aan voldoende scholing en supervisie van het personeel. Is aan deze voorwaarden voldaan, dan kan de p.s.m. ook werkelijk zijn wat hij lijkt: de representatie van een ideologie en het middelpunt van een afdeling, maar níét een 'conditio sine qua non'; dát is veeleer de bereidheid van het personeel de eigen motieven, die mede vorm geven aan de cultuur van de afdeling, kritisch te onderzoeken.

Literatuur

- Battegay, R. (1966) Group Psychotherapy and the Modern Psychiatric Hospital, *Int. J. Group Psychot.*, 16, 270-278.
Bierenbroodspot, P. (1969) *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*. Boom, Meppel.

- Bolten, M. P. (1976) Persoonlijke mededeling.
- Caudill, W. A. (1958) *The Psychiatric Hospital as a Small Society*, Harvard, Cambridge-Mass.
- Clark, D. H. (1965) The Therapeutic Community-Concept, Practice and Future. *Brit. J. Psychiat.*, 111, 947-954.
- Curry, A. E. (1967) Large Therapeutic Groups: A Critique and Appraisal of Selected Literature. *Int. J. Group Psychot.*, 17, 536-547.
- Daniels, D. N. and S. Rubin (1968) The Community Meeting, *Arch. Gen. Psychiat.*, 18, 60-75.
- Denber, H. C. B. (1960) *Research Conference on Therapeutic Community*. H. C. B. Denber, ed., U.S.A.
- Eftihades, T. D. (1969) 'Community Meetings' in a prison setting. *Ment. Hyg.*, 53-2, 289-302.
- Fairweather, G. W. (1964) *Social Psychology in treating Mental Illness: an experimental approach*. John Wiley & Sons, N.Y.
- Foulkes, S. H. (1974) Problems of the large group from a group-analytic point of view. In: *The Large Group*, L. Kreeger, ed. Constable, London.
- Freud, S. (1921) Massenpsychologie und Ich-Analyse. In: *Studienausgabe, Band IX; Fragen der Gesellschaft, Ursprünge der Religion*, A. Mitscherlich, ed. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1974.
- Furedi, J., M. Szegedi and M. Kun (1974) Methodological Problems of the Therapeutic Community's Large Groups. *Int. J. Group Psychot.*, 24, 190-198.
- Jones, M. (1953) *Social Psychiatry*. Tavistock, London.
- Jones, M. (1962) Training in Social Psychiatry at Ward Level. *Am. J. Psychiat.*, 118, 705-708.
- Jones, M. (1966) Therapeutic Community Practice. *Am. J. Psychiat.*, 122, 1275-1279.
- Jones, M. and S. Hollingsworth (1961) The Ward Meeting. *Proceedings World Congress on Psychiatry I*, Montreal.
- Jongerius, P. J. (1963) *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek*. van Gorcum, Assen.
- Kole, Chr. en R. S. Daniels (1966) An Operational Model For A Therapeutic Community. *Int. J. Group Psychot.*, 16, 279-290.
- Kreeger, L. (1974) Introduction. In: *The Large Group*, z.o. Foulkes, S. H.
- Main, T. (1974) Some psychodynamics of Large Groups. In: *The Large Group*, z.o. Foulkes, S. H.
- Manning, N. (1976) Changing Views of Therapeutic Community Groups in the Long Term, *A.T.C. Bulletin*, no. 19, 36-40.
- Mardikian, B. en I. D. Glick (1969) Patient-Staff Meetings: A Study of Some Aspects of Content, Tone, and Speakers. *Ment. Hyg.* 53-2, 303-305.
- de Maré, P. B. (1974) The politics of large groups. In: *The Large Group*, z.o. Foulkes, S. H.
- Martin, D. V. (1962) *Adventure in Psychiatry*. Cassirer, London.
- Meyering, . L. (1955) *On Community Psychotherapy*. Smits, Utrecht.
- Moos, R. H. en D. N. Daniels (1967) Differential Effects of Ward Settings on Psychiatric Staff. *Arch. Gen. Psychiat.*, 17, 75-82.
- Prosen, H. en W. G. Lamberd (1966) Movement in a Ward Community Group as a Reflection of Patient Change. *Int. J. Group Psychot.*, 16, 291-303.
- Rapoport, R. N. (1960) *Community as Doctor*. Tavistock, London.
- Roberts, L. M. (1960) Group Meetings in a Therapeutic Community. *Research Conference on Therapeutic Community*, H. C. B. Denber, ed., U.S.A.

- Schiff, S. B. en S. M. Glasman (1969) Large and Small Group Therapy in a State Mental Health Center. *Int. J. Group Psychot.*, 19, 150-157.
- Springmann, R. R. (1974) Psychotherapy in the large group. In: *The Large Group*, z.o. Foulkes, S. H.
- Taylor, F. K. (1958) A history of group and administrative therapy in Great Britain. *Brit. J. Med. Psychol.*, 31, 153-173.
- Turquet, P. (1974) Threats to identity in the large group. In: *The Large Group*, z.o. Foulkes, S. H.
- Wax, J. (1965) Analyzing a Therapeutic Community Meeting. *Int. J. Group Psychot.*, 15, 29-36.
- Wilmer, H. A. (1958) *Social Psychiatry in Action*. Thomas Springfield-III.

Een psychiater in de gynaecologie - terugblik op een tienjarige ervaring

door P. Nijs

Eerste ervaringen

Het invoeren van de orale contraceptie in de gynaecologische kliniek in Leuven werd de 'entrée-poort' van een vastverbonden psychiater aan deze dienst (1968). Eén van de onverwachte – lokale – nevenwerkingen van 'de pil' was, om zo te zeggen, de geboorte van een psychiater-sexuoloog in deze dienst, waar hij voordien reeds regelmatig als consultant gevraagd werd. Deze 'historische noot' illustreert hoe men, bij het verstrekken van contraceptie advies, moeilijkheden kan aantreffen, die zich situeren buiten het technisch gebied van de gynaecologie, buiten het gebied van de traditionele geneeskunde. Nochtans, in 1968, oriënteerde een medicus zich, geconfronteerd met contraceptie-problemen, vanuit zijn opleiding spontaan naar *technische* aspecten. Toch was er, als een vingerwijzing, reeds enige jaren voordien de ervaring van de psychiatrische polikliniek¹, waar men in stijgende mate geconfronteerd werd met psycho(patho)logische problemen in rechtstreeks verband met orale contraceptie. Bovendien, de 'historische noot' werd ook de aanzet tot een melodie, waarvan de verschillende themata, in ca 80 opstellen en een paar monografieën, uitgebreid over een periode van ruim tien jaar, een poging tot formulering vonden.² Deze bijdrage beoogt enerzijds een historische *terugblik* op het soms moeizame groeiproces naar nieuwe inzichten, op de verschuivingen, die zich bijna onmerkbaar maar toch grondig hebben doorgezet, vooral op therapeutisch vlak. Anderzijds worden ook de hoofdmomenten van deze ontwikkeling hier weergegeven door een *thematische* beschrijving van de problematiek rondom fertiliteitsregeling en sexualiteit, zoals die zich ook in onze ervaring chronologisch heeft gesteld.³ Wanneer wij even terugblikken naar het begin van onze samenwerking met de dienst van gynaecologie en verloskunde bleek dit

Schrijver is hoogleraar aan de K.U.L. te Leuven, en Adjunct-Kliniekhoofd bij de Dienst voor Gynecologie (Dir. Prof. Dr. M. Renaer) van het Academisch Ziekenhuis Sint-Rafaël te Leuven.

niet zó eenvoudig. Komend uit de psychiatrische (poli)kliniek, komt hij, die de materniteit binnentreedt, in een gans andere wereld: niet de wereld van het lijden, maar een beloftevolle wereld, die ook drijft op de mythe van het kind. Hierbinnen contraceptief advies verlenen lijkt dan ook op een inwendige bedreiging voor dit milieu zelf. Inderdaad: komt hier geen kind (bij), dan is hier geen vreugde, geen bloemen, geen moeder, geen 'moeder-huis', zoals de vlaamse taal zo mooi de kraamkliniek noemt . . . Bovendien, de jonge psychiater was weinig voorbereid voor een vlotte aanpassing aan dit nieuwe milieu. Hij kwam immers uit de psychiatrie, d.w.z. uit de contemplatieve geneeskunde, midden in een dienst voor gynaecologie en verloskunde, waar uiteindelijk toch een chirurgische ingesteldheid heerste: therapeutische activiteit is actief in-grijpen, tastbaar tussen-komen, be-handelen. Voor sommige gynaecologen was de jonge collega psychiater eerder 'speciaal' dan specialist: hij *deed* immers niet, 'les mains toujours propres'. Aanvankelijk konden zij zijn rol, zijn plaats moeilijk klaar definiëren. Zij waren ook reticent om hem voor de patiënten gewoon met de naam van psychiater te noemen.⁴

Het lijkt ons trouwens nuttig om de start van de allereerste raadpleging voor 'Family-Planning' even heel concreet te schetsen. De beschrijving hiervan reikt immers véél verder dan het anecdotisch verhaal. De psychiater-sexuoloog kwam immers, met de gynaecoloog, binnen in een medisch kabinet, waar de patiënte dadelijk op de gynaecologische onderzoekstafel plaatsnam. Er was immers . . . geen stoel; aan de muur hing nog een schrijfflessenaartje voor het dossier. De gynaecoloog stelde efficiënt enkele gerichte vragen naar het menstruele cycluspatroon onder de pil, afgerond met enkele 'negatieve suggesties': 'geen klachten, geen pijn, het seksueel verlangen is toch niet veranderd?' Deze vragen kwamen van aan de lessenaar, het gelaat naar de muur. Het geheel werd binnen enkele minuten besloten met een gynaecologisch onderzoek. Ondertussen zocht de psychiater – 'met de constitutionele zwakte in de benen' – nog tevergeefs naar een stoel. Hij wou er liever bij gaan zitten in plaats van rechtopstaand zijn bijdrage te leveren voor problemen rondom contraceptie. Maar intussen werd hij door de actieve gynaecoloog reeds meegetroond naar de volgende 'cabine' voor de volgende consultatie, waar, dank zij de verpleegster, een andere patiënte reeds klaar *lag* voor het onderzoek, zonder tijdverlies . . .

Ziedaar de naakte feiten van het eerste begin van een universitaire raadpleging, die doelmatig contraceptief advies wil verlenen. Vanuit dit begin werd gezamenlijk gezocht naar een antwoord op de vraag naar de minimale voorwaarden, die vervuld moeten zijn voor een goede hulpverlening. Dit heeft tijd gevraagd, zoals het ook tijd vroeg om zich te realiseren – tot in de consequenties toe – dat een vrouw, die contraceptief advies vraagt, dit toch maar doet omdat zij met een man samenleeft. Voor deze man was aanvankelijk op de raadpleging geen plaats voorzien: hij stond letterlijk in de weg, eerder storend voor het vlotte verloop van de con-

sultatie. Maar hij kwam dan ook even moeilijk in het medisch blikveld, wanneer bv. de vraag naar definitieve contraceptie zich stelde, en er bij de vrouw *medische* tegenindicaties of voorbehoud voor de ingreep vastgesteld werden.

Contraceptie en adviesverlening

Welke zijn de minimale voorwaarden, in ruimte en tijd, om de vraag naar contraceptie te verstaan en te beantwoorden? Hoe zou immers een *gesprek* mogelijk zijn, wanneer men elkaar letterlijk niet ziet: de vrouw ligt op de gynaecologische onderzoekstafel, terwijl de dokter, afgewend, zijn dossier invult op het lessenaartje aan de muur?

Zo is in de loop der jaren dezelfde *ruimte* van hetzelfde medisch kabinet grondig verbouwd: er bevinden zich nu, naast de gynaecologische onderzoekstafel, een klein bureel en een paar stoelen. De lessenaar is verdwenen . . . Toch blijft het nog moeilijk ongestoord, onafgehuisterd consultatie-gesprekken te voeren, gezien de architectuur van het raadplegingsgebouw. Bovendien leerde de gynaecoloog niet zozeer *méér tijd* te besteden op de raadpleging dan wel deze (beperkte) tijd beter te beheren, zodat een gericht kortgesprek met de vrouw, met het paar reëel haalbaar werd.

Hiervoor was nodig een geleidelijk groeiproces tussen psychiater en gynaecoloog, een integratie wederkerig. Zodanig dat niet alleen – doorheen veel aarzelend, tastend zoeken – een coherente samenwerking tot stand kwam, maar ook en vooral een *samenpraak*, een gemeenschappelijke taal, toegankelijk voor deze zo verschillende specialisten. Want het blijft immers een bittere ervaring hoe de vaktaal van de verschillende specialisten, ook al dragen zij geen fanatieke oogkleppen, zo gemakkelijk tot misverstanden leidt.

Aldus mag bevestigd worden dat door het jarenlange, dagelijkse contact met de gynaecologen, en vooral door de wekelijkse staff en het maandelijks seminarie voor gynaecologische psychosomatiek het 'medicament psychiater' (Balint) deze gynaecologie ook stimuleerde in een psychosomatische richting: van een medisch-somatisch model naar een dynamisch relationeel model: *humaan-biologisch*.

Het resultaat van zulke samenwerking was tweevoudig.

(1) Minder en minder werd de psychiater om advies gevraagd voor moeilijkheden met orale contraceptie. Blijkbaar hadden de gynaecologen intussen zelf geleerd hoe met deze moeilijkheden succesvol om te gaan.

In nauw verband hiermee staat het feit dat deze gynaecologen ook leerden zichzelf, hun gedrag en hun ingesteldheid in vraag te stellen. Bv.: 'Hoe komt het dat juist bij mij op de raadpleging zoveel vrouwen op de hysterectomie aansturen? Hoe komt het dat zoveel vrouwen mij telefonisch aanroepen wegens achterstel in de regels en met zelfmoorddreiging?'

(2) Een tweede trend was een verschuiving in het werkgebied van

de psychiater-sexuoloog naar behandeling van seksuele en relationele (partner- en gezins)problemen, door de gynaecologen zélf als zodanig herkend.

Trouwens, het gebied van de contraceptie, aanvankelijk misschien nog vrij eenvoudig in bepaalde opzichten, breidde zich vrij vlug uit naar regionen, die zich veel duisterder en complexer aanmeldden. Hoe de risico's afwegen tegen de kansen van het verschaffen van contraceptie aan minderjarigen, in het kader van voorechtelijke of buitenechtelijke seksuele verhoudingen? Hoe en in welke voorwaarden kan definitieve heelkundige contraceptie in overweging genomen worden? Is dit alleen een goede, verantwoorde oplossing voor het paar, dat vanuit zijn gewenste en gerealiseerde gezinsgrootte naar deze keuze is toegegroeid? Of dient dit ook bij zwakzinnigen, die levenslang onbekwaam zijn om zelf in vrijheid verantwoordelijk te leven, met hun ouders meer in overweging genomen te worden ter bescherming tegen de (eugenetische) gevolgen van hun onbekwaamheid? Wanneer wij deze vragen nu stellen, mogen wij niet uit het oog verliezen welk sociaal klimaat er heerste in de zestiger jaren, bv. in 1968, zij het in Parijs, zij het in Rome.

Stelregels voor contraceptief advies

Degelijk contraceptief advies verlenen is het paar het antwoord *laten weten* op de vraag wat voor hen beiden (voor deze welbepaalde man, voor deze welbepaalde vrouw in de partnerverhouding *nu*) technisch mogelijk en psychologisch aanvaardbaar is – en niet wat acceptabel is voor de dokter. De acceptabiliteit is steeds tweevoudig: niet alleen voor het paar, maar ook voor de dokter. Dit paar richt zich tot de dokter, in de overtuiging dat hij als deskundige het antwoord op de vraag naar contraceptief advies (vooraf) *weet* (het objectief advies, wetenschappelijk verantwoord). Dit is een valstrik. 'Doctors are not experts on sex' (Mary Calderone). Door het tekort aan training op het terrein van de psychosexuele problematiek, riskeert de dokter een *na*-kijken door de bril van persoonlijke ervaringen (gelukt, mislukt). Goed contraceptief advies verlenen veronderstelt dan ook:

- 1 de nodige informatie, aangepast aan de intelligentie van het paar;
- 2 de bereidheid (met 'de openheid van oor') om te luisteren om de vragen of bezwaren juist te verstaan én te beantwoorden.

Dit vraagt een minimum aan tijd vrij te maken. Dit is allereerst: de (beperkte) tijd zó te beheren – uit te buiten: *time is money!* – dat een *gericht kortgesprek* mogelijk wordt. En zulk gesprek zal niet staande gevoerd worden: alle gesprekspartners zullen hierbij zitten (en dus niét meer: de dokter staande bij de patiënte, liggend op de onderzoekstafel of in het postpartum bed).

De aangemeten informatie omvat zowel informatie over technisch-somatische aspecten als over psychologische aspecten. Zonder (seksuele) relatie is contraceptie overbodig; m.a.w. *de relatie*

primeert. Cave het relatie-scotoom, die blinde vlek voor de relatie-dimensie in het blikveld van de somatisch opgeleide dokter! Het gaat hier dus om een *relatie-probleem*. De seksuele relatie bij de mens is nooit eenvoudig (instinctmatig vastliggend gedrag), maar altijd complex: ze is evenzeer imaginair als reëel. En de acceptabiliteit van de contraceptie is evenzeer gebonden aan fantasmen als aan biologisch-technische aspecten. Het gaat dus bv. niet alleen om de vrouw, die de pil neemt. Het gaat evenzeer om haar partner, evenzeer om de ingesteldheid van de dokter, 'die haar volgt'. Binnen deze triangulaire situatie speelt de dynamiek van alle betrokken personen, ook met hun dieperliggende facetten van hun persoonlijkheid.

Een stelregel van de gesprekstherapie (naar Weyel) zegt: men wordt niet wijzer in het psychische veld van de patiënt dan men is in het eigen psychische gebied. Eigen (on)bewuste voorkeur of weerstand kan de dokter in deze situatie mee-delen, ook al is dit niet expliciet verbaal. Een andere stelregel luidt: de dokter moet (altijd) leren *eigen* gevoelens (én weerstanden) in het gesprek waar te nemen en onder controle te houden. Dit is een basisvoorwaarde om werkelijk in gesprek te komen: in dialoog (en geen twee monologen, in dubbelganger naast elkaar).

Gesprekstraining is nodig om in-gesprek-te-komen, maar vooral ook om dit gesprek klaar te kunnen beëindigen, zodat de patiënten zich niet met onbeantwoorde vragen – van een afgebroken gesprek – buiten het kabinet gezet voelen. Zulk kortgesprek klaar en afrondend beëindigen vraagt niet alleen training, maar ook *vitaliteit*. Het beeld van de overbelaste, haastige dokter speelt hier remmend. Seksuele lust komt zelden uit medische hand (V. Sigusch). Contraceptie-vragen, die ook vragen zijn naar lust, worden een attitude-probleem voor de dokter, wiens schouders reeds overbelast zijn met de (ver)zorg(ing) van het lijden.

Definitieve, heelkundige contraceptie

Wie de weg inslaat van contraceptief adviesverlening, wordt haast spontaan, na een zekere tijd, geconfronteerd met de vraag naar onomkeerbare, definitieve contraceptie. Heelkundige sterilisatie ligt in 't verlengde van reversibele contraceptie.

Een echtpaar, na een aantal jaren gebruik van veilige contraceptie, stelt dikwijls bijna spontaan de vraag: 'waarom nu ook geen sterilisatie?' Zo werden de dokters op de raadpleging voor 'Family Planning' na een aantal jaren, d.i. vanaf het begin der zeventiger jaren, ook in stijgende mate geconfronteerd met de vraag naar definitieve contraceptie én de problematiek hiervan. Dit werd dan ook een nieuwe ondervraging van de gewonnen inzichten én toetsing van de nieuwe medische praxis. Inderdaad, sterilisatie is een *heelkundige* ingreep, d.w.z. is een medische behandeling in het veld van de heelkunde. Het was evident dat voor zulke medische ingreep dan ook een medische indicatie noodzakelijk was. En even evident – tenminste in deze optiek – is het feit dat de dokter

zelf deze (medische) indicatie stelt.

In zulk kader kwam sterilisatie dan ook maar in overweging, wanneer de (lichamelijke) gezondheidstoestand van de vrouw geen andere 'behandeling' toeliet en zo deze chirurgische ingreep noodzakelijk maakte. In zulk referentie-kader van therapie (om medische, en nadien ook om eugenetische indicaties) was er quasi geen plaats voor de beslissingsvrijheid van de vrouw, van het paar. Zij dienden alleen toestemming te verlenen voor een heelkundige ingreep op het lichaam van één der beide leden van het paar. In deze lijn was het ook vanzelfsprekend dat, om alle twijfel nopens de heelkundige indicatie weg te nemen, er in ons land jarenlang hysterectomieën werden uitgevoerd i.p.v. ligatura tubarum. Dit was de 'heelkundige handtekening' onder een medische indicatie, onbetwistbaar door de dokter gesteld, de enige deskundige op dit medisch gebied, waar de patiënt per definitie onmondig bleef. De vrouw, respectievelijk het paar moest noodgedwongen, maar zo goed mogelijk klaarkomen met deze 'mutilerende ingreep'.

Nu kwam echter het paar zelf op de raadpleging met de vraag: 'waarom bij ons nu ook geen sterilisatie?' Dit was niet alleen een vraag van het paar, maar vooral een ondervraging van het medisch team. Immers, van medische indicatie sensu stricto was er eigenlijk geen sprake. Het ging hier essentieel om een contraceptieve vraag van dit paar, dat zich tracht te ontplooien in de dimensie van verantwoord ouderschap. Ziekte, lijden of zware (contraceptie)last waren niet aanwezig. Hoogstens kon er sprake zijn van een zeker 'discomfort': ongemak met de bestaande toestand. Werd de dokter dan gereduceerd tot louter technische uitvoerder van een ingreep, waarvoor hij geen inspraak had bij het paar? Het was vrij vlug duidelijk dat de dokter niét de deskundige was die alleen *raad* kon geven, medisch-technische informatie nopens de ingreep en de somatische gevolgen.

Voor de relatief eenvoudige ingreep van sterilisatie stelde zich bijzonder scherp de vraag naar de *aanvaardbaarheid* in haar tweevoudig aspect. Voor deze medisch-technisch vrij eenvoudige ingreep ligt de draagwijdte immers allereerst op relationeel, psycho-sexueel vlak (om de morele aspecten nog niet te vergeten). Naast informatie verstrekken – deskundige raad geven – diende dus allereerst aan het paar een situatie van *beraad* aangeboden te worden.

Hier was het de taak van de psychiater, in overleg met de gynaecologen, met het paar de motieven en de gevolgen van hun sterilisatie-vraag trachten te doorschouwen. Het ging er immers niet alleen om dat beide partners goed ingelicht waren nopens de ingreep. Was hun besluitvorming met de nodige tijd, in gezamenlijk overleg, voldoende gegroeid, niet onder druk van partnerproblemen of emotionele moeilijkheden, waarvoor men met sterilisatie een oplossing verhoopte?

Met het paar werden aldus de *kwaliteit* en de *luciditeit* van hun vraag getoetst. Op deze wijze onderging een man óf vrouw niet een steriliserende ingreep. Beide partners namen actief deel aan

het hele gebeuren, dat in feite ook ingrijpend was voor henzelf en voor hun relatie: definitief vaarwel zeggen aan de procreatie-fase van hun leven. In welke mate was hun kinderwens reëel en realistisch bevredigd? Hadden zij hun gepland, gewenst kinderaantal gerealiseerd? Hoe hadden zij de kloof tussen het eertijds gewenste aantal en het nu gerealiseerde aantal overbrugd? Hoe groot was hun speelruimte, wanneer zij sexualiteit en procreatie door contraceptie ontkoppelden?

Het ging dus niet meer louter om de vraag, gesteld vanuit overwegingen qua technische eenvoud: sterilisatie van de man of sterilisatie van de vrouw? Het was immers een (heelkundige) ingreep, waarvan de gevolgen zich binnen een seksuele (man-vrouw) relatie afspeelden, en niet alleen op lichamelijk niveau.

De *relationele probleemstelling* was hier dus oriënterend en doorslaggevend.

Het is zonder meer duidelijk hoe delicaat de implicaties van zulke relationele benadering waren, wanneer het ging om de besluitvorming van een (nog) niet gehuwde of gescheiden persoon, een weduwe of weduwnaar, vermits de levenspartner dan nog slechts virtueel aanwezig bleef.

Eensgezinde besluitvorming betekende echter niet alleen dat de partners in onderlinge samenspraak tot een gezamenlijke keuze waren gekomen (en met wederzijdse instemming, bij wie van beide de ingreep met de minste bezwaren 'plaatsbaar' was). Eensgezinde besluitvorming betekende ook dat het paar en het (psycho-)medisch team het eens waren nopens de sterilisatie ingreep. M.a.w. de medische tussenkomst was niet beperkt tot een heelkundige ingreep op een eenmalig moment. De biologische vruchtbaarheid van een paar overspant normalerwijze immers een periode van nagenoeg een kwart eeuw. Hierbij zal een echtpaar in onze contraceptieve eeuw dan ook vrij regelmatig beroep doen op de dokter, wanneer het zijn vruchtbaarheid wil regelen in het kader van gepland ouderschap. Dit sluit ook in dat de dokter, die gedurende meerdere jaren advies verleent nopens reversibele contraceptie, met het paar *geleidelijk* uitzicht wint op definitieve contraceptie. Dit groeiproces mondt uit in een rijpe besluitvorming, die in een rustig gesprek met de psychiater-sexuoloog ook getoetst wordt én eventueel uitgezuiverd van mogelijk nog storende elementen.

Dit rustig gesprek voorziet ook een na-bespreking. Psychologisch gezien is sterilisatie ook een *afscheid*: afscheid-nemen-voor-goed van de vruchtbaarheid, die het paar verzegelt voor zijn verder samenleven. En, hoe bevredigend deze dimensie van de vruchtbaarheid ook gerealiseerd werd, de sterilisatie-ingreep zelf, als afscheid, roept toch ook een aantal ambivalente gevoelens op, die het betrokken paar niet zelden met verwondering, zelfs met ongerustheid vaststelt. A fortiori zal dit het geval kunnen zijn, wanneer de bevrediging over het ouderschap niet zo harmonisch verliep. De mogelijkheid tot na-bespreking met de psychiater is een waardevolle garantie, niet alleen opdat de partners in het reine

komen met hun gevoelens, maar ook omdat totnogtoe onze contraceptieve maatschappij over sterilisatie toch nog een taboe hangt, dat gesteriliseerde personen bijna onder spreekverbod plaatst.

Van psychiatrisch advies naar begeleidend team

De vorming van een begeleidend team

De aanwezigheid van de 'niets-doende' psychiater, zelf 'side-effect' van het invoeren van orale contraceptie in de vrouwenkliniek, lag mede aan de basis van een nieuw merkwaardig neveneffect: het ontstaan en de ontwikkeling van een interdisciplinair team.⁵ Immers, nagenoeg één jaar na de 'geboorte' van deze psychiater kwam er een soort re-naissance in de gestalte van een team, dat het traditionele kader van de medische disciplines oversteeg, zowel op het psychologisch als op het geografische gebied. Dit interdisciplinaire team omvatte, naast twee gynaecologen met de psychiater, ook een androloog, een uroloog en een ethicus. Vrij vlug maakten zij een ontwerp van een nieuwe unit 'Menselijke Fertiliteit en Steriliteit' in het A.Z., gericht op zowel de klinische hulpverlening als de theoretische studies van de humaan-biologische aspecten van de menselijke vruchtbaarheid.

Het paar, zijn vruchtbaarheid en het begeleidend team: zo kan men de fundamentele optie verstaan, die de teamleden inspireerde. Voor de lezer is het duidelijk dat deze boodschap analoog is aan Balint's medisch-psychologische boodschap in: 'De dokter, zijn patiënt, en de ziekte'. Toch zijn er duidelijke accentverschuivingen ten overstaan van Balint's benadering. Allereerst is er een radicale omkering van de volgorde der termen: het paar gaat voorop, en het team volgt *deskundig* in de dienstaanbieding naar een optimale realisatie van de vruchtbaarheid. Bovendien gaat het om de term: menselijke vruchtbaarheid en *niet*: de ziekte. Men heeft zich ver verwijderd van het klassieke medische model.

Het is ook overduidelijk hoe de accentverschuiving naar een relationele benadering is doorgetrokken. I.p.v. de *patiënt* komt het *paar*: d.w.z. een benadering die een psychosexuele relatie-vorming viseert; en, hoe gelukt of mislukt deze geschiedenis zich ook aanbiedt in de moeilijkheden rondom vruchtbaarheidsregeling, het paar is nooit onmondige patiënt, passief tegenover de deskundige behandeling. Integendeel de partners zijn de eersten, die het gesprek voeren, begeleid door een team dat zich juist niet beperkt tot een goede informatie, maar de mondigheid van dit goed voorgelicht paar maximaal wil bevorderen. De autonomie van het paar zelf, dat tot een optie dient te komen m.b.t. zijn vruchtbaarheid, staat centraal in de ontmoeting met de deskundige. En deze deskundige is ook niet meer een geïsoleerde dokter alleen; deze deskundige is zelf in-gelijfd in een interdisciplinair team. Wanneer een paar dus één der teamleden consulteert, treedt het in feite, doorheen de dialoog met dit team-lid, in dialoog met een *groep* deskundigen, die tot een organische eenheid, een 'Gestalt' zijn samengegroeid.

Deze 'Gestalt' is juist uitgegroeid niet alleen door en in de gezamenlijke arbeid in het A.Z., maar ook door geregelde avond- of weekendbesprekingen ten huize van de team-leden, samen lezend en discussiërend over medisch-technische (sociaal)psychologische en ethische teksten rondom menselijke vruchtbaarheid en sexualiteit. Het was een geleidelijk groeien naar een interdisciplinaire dialoog, vaak tastend in de duistere tussengebieden, die de onderscheiden disciplines scheidde. Het was tevens een permanente oefenschool om de luisterbereidheid zo zuiver mogelijk te leren afstemmen. En deze disponibiteit bleek ook onmisbaar om gehorig te zijn voor de stem van het paar. Zulke beschikbaarheid vroeg van de teamleden ook een soms moeizaam zich vrijmaken van bepaalde facetten van hun opleiding. Zij moesten immers het nauwe *medische model*, individualistisch en organisch gericht, overschrijden tot een relationele benadering van een paar in moeilijkheden met zijn vruchtbaarheid of met zijn sexualiteit. De psychiater moest bovendien nog een bijkomende hindernis overschrijden. Hij diende immers ook tot een grotere vrijheid te komen ten overstaan van het *psycho-analytisch model*, waarvan bleek dat het een risico inhield de psycho-sociale realiteit van het paar te verbergen achter verleidelijke fantasmen.

Wat was de motor in deze team-vorming? Allereerst, de niet aflatende vraag van de paren zelf, die raadpleegden. Vrij vlug werden immers vragen voorgelegd, nopens een 'ingrijpen op het Leven', die veel verder reikten dan vragen om contraceptief advies. Zij vroegen dan ook, vanwege het team een constante bezinning en zelfondervraging nopens de eigen praxis, en nopens de richting waarin deze zich bewoog, weliswaar langzaam, maar toch onmiskenbaar.

Probleem-zwangerschap en abortus-verzoek

Het ging niet alleen om vragen naar de risico's en kansen van bv. contraceptie bij jeugdigen, in het kader van losse premaritale of extra-maritale relaties. Zo ging het ook om problemen van ongeplande zwangerschap, zwangerschappen met levensgrote risico's voor de vrouw, of met hoog risico van vruchtbeschadiging (infectieus, chromosomiaal). Deze problemen resulteerden vaak in een abortus-verzoek, dat in het begin van de zeventiger jaren ook in stijgende mate geformuleerd werd door ongehuwde zwangeren (o.a. studentinnen), die – vaak in paniek – een zware hypotheek op hun toekomst zagen wegen. Zulke problematiek stelde echter evenzeer de vraag hoe deze *harmonische eenheid* (terug)vinden tussen enerzijds het biologische en anderzijds het humane, binnen het kader van een menselijke sexualiteit en een menselijke fertiliteit.

Gaat het steeds om mislukte sexuele relatievorming, wanneer de mens zich laat (mis)leiden door het *biologische* proces, dat op een louter determinerende wijze het *humane* (vrij-zijn) verminkt?

'Anatomie ist Schicksal' (S. Freud). En hoe moet onze hulpverlening uitgebouwd zijn dat, in elke concrete probleemsituatie, toch

nog zoveel mogelijk van dit humane kan gerecupereerd of gered worden? Welke richting gaan wij uit, wanneer wij het voortplantingsproces bij de mens niet meer beschouwen als een discontinu maar als een continu proces? De evidente antithese tussen contraceptie en abortus provocatus kan vervagen, wanneer men niet alleen rekening houdt met het moment van *gebruik* van een geboortenregelingsmethode, maar ook met het moment van *tussenkoms*t in het voortplantingsproces. Het moment van gebruik verwijst naar het bewust moment van menselijk gedrag; het moment van tussenkoms verwijst naar het effect op biologisch plan (en blijft meestal als dusdanig onbewust).

Het omgaan met deze problematiek was de aanzet, niet alleen voor een theoretische reflexie op bestaande inzichten, maar ook tot grondig bedenken en zoeken naar een inhoudelijke herformulering van een term, die hoe langer hoe meer centraal kwam te staan: *het humaan-biologische*. Deze humaan-biologische visie op vruchtbaarheid en sexualiteit bij de mens werd de dragende basis van onze werkzaamheid.

Het onvruchtbare echtpaar

Zoals in onze contraceptieve maatschappij de aandacht toespitst is op de contraceptie als methode van geboortenbeperking, zo was dit aanvankelijk ook bij ons. Geboortenregeling omvat echter niet alleen het limitatieve aspect. Geboorteregeling omvat evenzeer geboortenbevordering, wanneer een paar met verminderde vruchtbaarheid of onvruchtbaarheid geconfronteerd wordt. Biologische onvruchtbaarheid, ook al is dit slechts bij één van beide partners, is in de eerste plaats een *humaan* probleem voor dit paar. Onze eerste klinische ervaringen bevestigen hoe deze paren in onze samenleving bijzonder geïsoleerd stonden. De vraag was dan ook vlug duidelijk: hoe dient een integrale hulpverlening uitgebouwd te worden opdat dit paar zijn onvruchtbaarheid kan verwerken? Een paar goed begeleiden op deze 'weg naar de waarheid' van biologische onvruchtbaarheid was niet zo eenvoudig.

Het bleek immers, bij de meeste paren, een vrij lange en moeilijke weg, met herhaalde koud-technische labo-onderzoeken in een vaak zeer onpersoonlijke context, quasi volledig doof voor het menselijk lijden en onvermogen, die hier hulp zochten. De spanning tussen de meest moderne, technisch verfijnde onderzoeksmethode of nieuwste behandeling enerzijds en een humane benadering anderzijds was voor het betrokken paar soms schrijnend groot. Dit echtpaar vergezellen naar een nieuwe identiteit als paar, zonder de dimensie van biologische procreatie, werd dan ook een belangrijke opdracht voor de psychiater-sexuoloog. Slechts langs deze weg kreeg dit paar uitzicht op andere wegen tot humaan ouderschap dan de 'bekende en verwachte' weg van eigen biologische vruchtbaarheid. Dit veronderstelde dat dit paar *als paar* een nieuwe keuze gelukte, waarvan motieven en gevolgen voldoende verhelderend waren. Bovendien werd een keuze beoogd, die zo vrij mogelijk kon geschieden: vrij van eenzijdige druk

van één der partners of van familieleden, en vooral vrij van problemen of conflicten, zó gemakkelijk miskend: gevoelens van schuld, opstandigheid of minderwaardigheid.

Dit alles betrof een uitermate delicate problematiek: met het echtpaar de risico's en de kansen, ook in een verdere toekomst, trachten te peilen van *humaan ouderschap*, zij het langs adoptie, pleeggezin of kunstmatige donor-inseminatie. Onze ervaring, over meerdere jaren, belooft nu ruim 150 echtparen met een aanvraag tot adoptie en nagenoeg 300 met aanvragen tot donorinseminatie.

Een nieuwe definitie van geboortenregeling

Traditioneel werd geboortenregeling bepaald als de bewuste regeling van het kinderaantal hetzij in remmende zin (geboortenbeperking), hetzij in bevorderende zin (bij verminderde vruchtbaarheid van het paar). Er kwam echter ras de aanvraag tot donorinseminatie (met sperma van een gezonde donor) vanwege een echtpaar dat, omwille van erfelijke belasting der partners, alleen gehandicapte kinderen kon ter wereld brengen. Zij waren dus niet absoluut onvruchtbaar.

Deze 'kleine stap' van dit echtpaar betekende echter een grote stap op de weg van het interdisciplinair team, dat hierdoor duidelijk een nieuwe dimensie in geboortenregeling erkende. Het ging immers niet meer alleen om de regeling van het kinderaantal, maar eveneens om de *kwaliteit* van het nageslacht, waarnaar de vraag zich richtte. Dit was dan ook een expliciete bevestiging van deze kwaliteitsbepaaldheid, die reeds meespeelde in de (ook genetische) selectie van de donor.

Ook een andere weg leidde tot deze nieuwe definitie. Elk kind heeft het recht zo gaaf mogelijk geboren te worden. Deze stelling is gebouwd op de overtuiging dat de negen maanden zwangerschap en de geboorte van kapitaal belang zijn voor de verdere levenskansen van een kind. Zo gaaf mogelijk geboren worden bedoelt allereerst: op lichamelijk gebied, want dit blijft de onmisbare basis, die de hele, latere menswording te dragen heeft. Dit was juist de basisbepaaldheid van deze moderne verloskunde, die een technisch goed gecontroleerde zorg en bewaking van zwangerschap en bevalling beoogde, met een zo veilig mogelijke bescherming tegen risico's, én voorbereid door een zwangerschapsvooronderzoek (d.i. een psychomedisch onderzoek van het paar, dat de komst van een kind concreet plant). Veiligheid voor de aanstaande moeder én veiligheid voor het komende kind gaan hier dus hand in hand.

De zwangerschapsbeleving

Deze humaan-biologische benadering van menselijke vruchtbaarheid draagt ook de notie van '*verantwoord ouderschap*': elk kind is een welkom gepland kind door de beide partners, die ook kunnen verantwoorden tegenover elkaar, tegenover het kind, en tegenover de maatschappij waarom zij 'ons kind' het leven geven. Hieruit groeide ook onze interesse voor zwangerschapsbeleving

als prenatale omgang met het komende kind. Dankzij de steun en de medewerking van het Centrum voor Bevolking- en Gezinsstudien te Brussel (Prof. R. Cliquet) kon een systematisch onderzoek opgezet worden, dat zich trouwens inschrijft in het bredere onderzoek naar vruchtbaarheidsregelend gedrag in ons land (Nationale Enquête Gezinsontwikkeling: NEGOS I, II en III).⁶ Het werd tevens een deel van een onderzoek van de motivatie tot ouderschap. Zo werd een longitudinale studie aangevat van de (sociaal)psychologische aspecten van de prenatale relatievorming, kindervens, conceptie en zwangerschap. Deze aspecten werden vooral onderzocht qua invloed op de zelfervaring van de zwangere vrouw, haar groeiende relatie tot het komende kind, én de invloed op de partnerrelatie en de gezinsontwikkeling. De bevindingen hiervan worden nog verder ingezameld door twee dames psychologen, met tevens een opleiding in de familiale en seksuologische wetenschappen. Hiertoe hebben zij een gestandariseerd interview met 100 zwangeren in het eerste, tweede en derde zwangerschapstrimester en in het postpartum (één week na de bevalling).

Besluit: van 'Family Planning' naar Raadpleging 'Huwelijk en Gezin — Seksuologie'

Verschuivingen in de hulp-vraag en in de hulpverlening

In de vorige bladzijden werden reeds enkele trends duidelijk, in de ontwikkeling van de dienstverlening. Deze groei weerspiegelt zich allereerst in enkele cijfers, die wij even ter vergelijking voorleggen. Tijdens onze opleiding in de dienst voor Psychopathologie te Leuven (Prof. Rouvroy) bedroeg hier het aantal cliënten, door de vrouwenkliniek verwezen, ca. 1,5 % (1963-1966; in feite: ca. 150 raadplegingen per jaar).⁷ Tijdens het jaar 1976 werden nu door de dienst 'Huwelijk en Gezin — Sexuologie' ruim 5.800 raadplegingen verstrekt. Dit is maar mogelijk dank zij de medewerking van een full-time klinisch assistent in (psychiatrische) opleiding en een half-time wetenschappelijk assistent, eveneens in opleiding in de psychiatrie. Bovendien is de Afdeling ook gehecht aan het Instituut voor Familiale en Sexuologische Wetenschappen. Hierdoor kunnen de studenten van de tweede licentie, langs de wekelijkse staff-vergadering, kennis maken met de opvang en begeleiding van de voorgelegde problemen. Bovendien worden ook jaarlijks een tweetal sexuologen zeer actief in de dienstverlening ingeschakeld, in het kader van hun specialisatiejaar in de Huwelijksconsultatie en/of de Family Therapy. Zij hebben zich hierbij trouwens onmisbare medewerk(st)ers getoond. Zoals gezegd zijn ook twee dames psychologen-sexuologen half-time aan de dienst verbonden voor een wetenschappelijk onderzoeksproject over de zwangerschapsbeleving; dit in het kader van een interuniversitair onderzoek, onder leiding van het C.B.G.S. te Brussel (Prof. R. Cliquet).

Het gestadig aangroeiende aantal consultaties wordt trouwens in

de eerste plaats ingeperkt door een ruimtelijke begrenzing van het aantal consultatie-kabinetten op de dienst voor Gynaecologie. Het gaat echter niet alleen om kwantitatieve wijzigingen. In de loop der jaren is ook de voorgelegde problematiek er niet eenvoudiger op geworden. Het relatief eenvoudige en kleine gebied van de (orale) contraceptie groeide immers vrij vlug naar andere gebieden toe. Dit betekent niet dat alle moeilijkheden rondom contraceptie zijn opgeklaard, integendeel. Wel is het zo dat, zoals reeds werd meegedeeld, de gynaecologen zelf zich de goede medisch-psychologische approach eigen maakten om de mensen hierin effectiever te begeleiden. Dit ging echter gepaard met een verschuiving in de problematiek, die dan naar de psychiater-sexuoloog werd toegespeeld. Hier ging het dan met name om seksuele dysfuncties, relatie-moeilijkheden of -stoornissen in huwelijk en gezinsverhoudingen. Hier werd ook veel minder frequent diagnostisch en therapeutisch advies gevraagd, vermits het meestal een verwijzing naar de psychiater-sexuoloog betrof voor de aangepaste behandeling.⁸ Naast crisis-interventie ging het hier dikwijls om een intensieve gesprekstherapie van lange duur. Zulke behandeling was aangewezen bij ernstige communicatiestoornissen tussen de partners, bij partner(keuze)problemen, met een soms ontworpen huwelijksverhouding, bij echtscheidingsproblemen, bij generatieconflicten tussen ouders en opgroeiende kinderen . . .

De insisterende vraag om behandeling noopte ons er toe om, met het oog op het inkorten van de behandelingsduur, naast de fundamentele basis van een psychodynamische oriëntatie (psychoanalytisch geïnspireerd), ook een meer gedragspsychotherapeutische benadering, waarin de suggestieve elementen niet afwezig zijn, uit te bouwen. Met name voor de behandeling van seksuele dysfuncties werden gegevens uit het Masters- en Johnson's programma overgenomen. Voor deze problematiek konden wij ook rekenen op een voortreffelijke therapeutische medewerking met het Communicatie-Centrum voor Echtparen te Lovenjoel en de Kliniek voor Seksuele Dysfuncties aldaar.⁹

Anderzijds was er ook een verschuiving in de problematiek rondom vruchtbaarheidsregeling, allereerst vanuit de aanvragen van de paren zelf, steeds meer en meer mondig. Niet zo frequent maar toch met een duidelijke regelmaat kwamen vragen voor definitieve contraceptie van jonge echtparen, gewild kinderloos, of van niet (meer) gehuwden, soms opvallend minder dan dertig jaar oud. Soms vroegen beide partners om een sterilisatie, vanuit een 'open visie op huwelijk en sexualiteit'. Ouders kwamen op raadpleging met hun volwassen mentaal gehandicapte dochter of zoon, bezorgd om de zwangerschapsrisico's bij hun kind, vooral wanneer zij als ouders er niet meer zullen zijn. Een reeds oudere gehuwde persoon, met een ontworpen huwelijk, en levend in een buitenechtelijke verhouding, kwam met de vraag naar sterilisatie, buiten medeweten van de wettelijke echtgeno(o)t(e).

Ook zulke problemen, waarbij de dokter aanvankelijk nogal verast opkeek, dienden benaderd te worden vanuit een integrale

geneeskundige houding, geïnspireerd door de grondregels van de medische psychologie. Dit sloot in dat *elk* verzoek – wat ook de aangeboden inhoud was – nooit a priori kon afgewezen worden, maar wel moest benaderd worden als een klacht, vanwege een persoon, een paar in moeilijkheden. En deze moeilijkheden waren dan wel ‘verpakt’ met een etiket met heel concrete inhoudsopgave. En juist doorheen het visitekaartje van deze klacht moest gepeild worden, met de betrokken perso(o)n(en) naar de reële noden. Bijna gelijktijdig werd ook de vraag van onvruchtbare personen meer ingewikkeld. Om slechts even in deze casuïstiek te oriënteren, die ook dezelfde integrale geneeskundige houding vroeg, een korte opsomming.

Een echtgescheiden vrouw, ‘in één tijd’ na een abortus provocatus, gesteriliseerd volgens een nogal ingrijpende methode, en wemens wangedrag uit de ouderlijke macht ontzet, vroeg, samen met haar minnaar, een gynaecologische ingreep tot herstel van de vruchtbaarheid, vermits zij beiden – en vooral de minnaar – kinderen wensten. De gynaecoloog, die verder zag dan de onmisbare microchirurgie, vroeg zich – terecht – af in hoeverre de ingreep echt verantwoord was, gezien zijn indruk over de kwaliteit en motieven van deze vraag. Een andere kinderloze vrouw, gehuwd met een man, bij wie een ernstige multiple sclerosis aandoening was vastgesteld, kwam ook voor grondig fertiliteitsonderzoek en eventuele behandeling, kort nadat de neuroloog haar inlichtte over ziekte (en prognose) bij haar man, die zelf niet op de hoogte hiervan was. Een vruchtbaar echtpaar met kinderen stelde zich kandidaat om, in de plaats van de onvruchtbare tweelingzus van de vrouw, nog één of twee zwangerschappen uit te dragen, verwekt langs donorinseminatie met sperma van de schoonbroer, echtgenoot van de onvruchtbare tweelingzus (gevolgd door adoptie). Bij een ander echtpaar, waar de vrouw biologisch onvruchtbaar was, kwam de vraag naar kunstmatige donorinseminatie (met sperma van de vruchtbare man) bij een voor hen onbekende dame, die de zwangerschap zou uitdragen (in psycho-sociaal gunstige voorwaarden) en nadien dit kind ter adoptie aan hen zou afstaan. Een jong paar, waarvan de onvruchtbare man – in nierdialyse – op een niertransplantatie wachtte, kwam ook na lang beraad en overleg, met een aanvraag tot donorinseminatie.

Bijzonder delicaat was de opvang en begeleiding van paren, waarbij één der partners dra(a)g(st)er was van een chromosomenafwijking (bv. gebalanceerde autosomiale translokatie met risico op syndroom van Down bij de afstammeling, of risico van een nieuwe dra(a)g(st)er generatie; geslachtsgebonden afwijkingen). Zulk echtpaar moest immers niet alleen een zwangerschap ‘onder dit teken’ plannen, maar ook over de draagkracht beschikken om te kunnen in ‘onzekere, bange verwachting’ zijn, die, na een vruchtwaterpunctie, eventueel diende afgebroken te worden, met de hoop later toch terug in ‘blijde verwachting’ te komen na één, twee of drie ‘slechte beurten’. Ook hier was het duidelijk dat de technische vooruitgang in de moderne geneeskunde tot een ver-

antwoordelijkheid oproept, die aan verantwoord ouderschap een gewicht verleent, dat de draagkracht van een aantal echtparen aanzienlijk overschrijdt, alleszins zo zij niet over een goede begeleiding beschikken.

En alleszins over-duidelijk was dat één specialist, welke zijn vorming ook mag zijn, onmachtig en onbekwaam is geworden voor een aantal problemen, die hij niet meer alleen binnen zijn discipline aangemeten kan opvangen. Het multidimensionele van de huidige problematiek van fertiliteit en sexualiteit sluit de 'solitaire specialist' eenvoudig uit. Interdisciplinair werk en onderzoek openbaarden méér te zijn dan een poging om die eenheid, een ingewikkelde werkelijkheid, te recupereren; een eenheid, die juist verloren was gegaan doorheen de afzonderlijke en afgezonderde disciplines. De totaliteit van een probleem in de *werkelijkheid* van menselijk samenleven is méér dan de som van de partiële problemen, zoals onderscheiden disciplines die belichten. En een integraal antwoord is ook meer dan de som van de partiële antwoorden van deze deel-disciplines. Een vergadering van deel-disciplines loopt steeds het risico een arme en verarmende juxtapositie te blijven van de verschillende disciplines: een verzameling monologen. Goede communicatie hier veronderstelt een *nieuwe taal*, meer representatief en meer adequaat dan gelijk welke 'specialistentaal', gevangen in haar eigen specialiteit. Voor een somatisch opgeleide arts bv., zijn de communicatieproblemen met de disciplines uit de 'menswetenschappen' verstaanbaar, voor zover deze arts zich alleen interesseert aan meetbare verschijnselen, volgens een biologische causaliteit. De psychiater-sexuoloog beweegt zich immers op een gebied waar de verschijnselen principieel niet zo matematisch meetbaar zijn, o.a. omdat de factor 'vrijheid' in het menselijk gedrag altijd groter blijft dan de factor 'toeval' in biologische processen.

Zo is het ontmoetingsveld van deze verschillende specialisten niet alleen gelegen in een nauwe samenwerking binnen eenzelfde geografische ruimte. De verschillende disciplines kunnen zich waarachtig ontmoeten in dit onbekende gebied – terra incognita – van een concreet en totaal probleem, aangeboden door dit welbepaald paar, deze unieke man en vrouw, in moeilijkheden (M. De Wachter). Pas hier wordt de waarheid van een waarachtige oplossing gesticht: geen louter objectieve waarheid maar een waarheid tussen personen: inter-subjectief. De unieke plaats voor een interdisciplinaire ontmoeting én wellicht ook voor een convergentie en reïntegratie van de familiale en sexuologische wetenschappen, totnogtoe dikwijls zo disparaat, ligt in déze terra incognita. Dit land is wellicht ook het beloofde land, waar het paar, deze man en deze vrouw, dit huwelijk en dit gezin de centrale plaats innemen in deze nieuwe communicatie in een nieuwe taal. Welk ontmoetingsveld, maar ook: welke weg werd er afgelegd... naar die ontmoeting van het *humane* en het *biologische*.

Een *humaan-biologische* benadering van de menselijke procrea-

tie kunnen wij nu als volgt samenvatten.

Bij menselijke procreatie kan het nooit alleen gaan om biologische voortplanting. Een integrale medische benadering steunt op de overtuiging dat de biologische dimensie bij de mens slechts gaaf ontplooit als het humane hierin vormgevend aanwezig is, en dat de humane dimensie slechts integer zich kan ontplooiën, als zij stevig ingegroeid is in de dragende biologische basis. Zulke humaan-biologische benadering is dus geen kunstmatige koppeling van twee losstaande gegevenheden zonder verwijzing naar elkaar. Het is slechts door de wetenschappelijke abstractie dat zij uit elkaar zijn losgetrokken en kunstmatig geïsoleerd in twee deelaspecten. Zulke isolatie trekt de werkelijkheid artificieel scheef.

De vervroegde biologische rijping door het acceleratieverschijnsel en de vertraagde sociaal-psychologische volwassenwording bieden een klare illustratie van zulke eenzijdige conclusies. De optimale vruchtbaarheid, louter biologisch gezien, situeert zich voor de vrouw wellicht tussen zestien en achttien jaar, en neemt dan met de leeftijd progressief af. Dit *biologisch optimum* uitleven betekent echter een ouderschap, dat een groot risico draagt, sub-humaan te blijven, vermits het *humaan optimum* van ouderschap een psychosexuele relatievorming vraagt, waarin de kwaliteit en de stabiliteit een gave ontwikkeling veronderstellen, die juist niet in de tijd samengedrongen mag zijn. Worden echter aan deze humane volwassenheid en partnerrelatie uitsluitend zo hoge eisen van evenwicht gesteld, dan wordt men weer door de tijd op procreatief niveau in het ongelijk gesteld, namelijk door het verminderen (of verdwijnen) van de procreatieve mogelijkheden. Biologische verwekkers-functie en ouderschap als psychosociale rol zijn complementair; het gaat om een balans-evenwicht dat niet in abstracto, echter wel in de levende werkelijkheid van een concreet paar steeds opnieuw gezocht dient te worden. Noch de biologische disciplines, noch de menswetenschappelijke disciplines mogen dus illusies koesteren een blik op de totaal-menselijke realiteit te kunnen werpen.

Daarenboven, in de integrale eenheid van deze humaan-biologische benadering gaat – dit is letterlijk evident – het humane voorop. In deze binding is het humane vooraan, richting-gevend, zingevend, ook al wordt deze meegedragen door de kwantiteit biologische ‘lading’, die meebepaalt wat kwalitatief *humaan* haalbaar is. Een man en een vrouw zijn geen verzameling van coïtale instrumenten, die aangepast moeten functioneren. Evenmin zijn zij een wiskundige som van procreatie-organen of -kansen. Ook al bepalen deze laatste mee de mogelijkheden en moeilijkheden van het paar met zijn vruchtbaarheid, toch zijn het deze partners zelf die de zin van hun ouderschap realiseren of missen. En deze relatie-thematiek moet men niet verstrikken in een vergroeide eileider-problematiek!

‘Voortplanting van het individu is zaak van de fysiologie en voortplanting van de soort van de biologie. Nataliteit is zaak van de demografie... Maar ouderschap ligt op relationeel vlak...

Ouderschap is normaal wanneer het uit sexueel partnerschap ontstaat, uit de wens namelijk met de partner ook een kind gemeenschappelijk te hebben. Ouderwens, in tegenstelling soms met kinderwens, blijft de partnerrelatie primair stellen en laat de 'intention sexuelle' niet terugdringen door de 'intention reproductive' (VanLier). '... Het criterium voor gelukt ouderschap is tevredenheid met het gemeenschappelijke kind. Dus met het feit dat men samen een kind heeft, wat iets anders is dan tevreden zijn over het kind zelf'.¹⁰

Zulke humaan-biologische opvatting vindt ook haar concrete bevestiging in het feit dat het college 'Verloskunde (1e deel)' voor de doctoraatsstudenten in de geneeskunde een cursus is van *Menselijke Fertiliteit*, multidisciplinair opgevat door gynaecoloog, verloskundige, androloog en uroloog. Niet alleen de biologie van de mannelijke en vrouwelijke fertiliteit worden hierin voorgesteld, maar evenzeer de psychosexuele relatievorming. En van de geboortenregeling worden niet alleen de medisch-biologische maar ook de psychologische aspecten behandeld.

Welk ontmoetingsveld, welke afgelegde weg! In het begin: de 'nietsdoende' psychiater, 'les mains toujours propres'; nu: de problemen rondom donorinseminatie en donorselectie, adoptie, abortus provocatus na vruchtwaterpunctie... Met de 'nietsdoende' psychiater van in het begin is men een weg opgegaan van: 'ingrijpen-in-het-Leven'.

Welke weg en welke ontmoeting! Mag ook hier niet gezegd worden dat elke menselijke ontmoeting – in alle nederigheid – zich afspeelt in en onder het teken van het menselijk gemis: *la détresse humaine*?

Ziedaar een weg, die wij gegaan zijn, *niet alleen*, doorheen deze enkele jaren, resoluut en aarzelend – bedachtzaam bewust van onze klinische myopie met dit risico van de brede weg van de menselijke Waarden en Waarheid te miskennen. En wij ervaren dikwijls het tekort aan Masters' en Johnson's streefoefeningen om ook het Lichaam van de Ethische Waarden – voor onze blik niet altijd even gracieus – gevoelig te kunnen aan-raken. Maar rest ons niet op deze weg, soms tastend in de duisternis, in gezelschap van die personen en waarden, die ons, bona fide, een tijdlang zijn toevertrouwd, de hegeliaanse vertroosting: 'Die Eule der Minerva beginnt erst mit der einbrechenden Dämmerung ihren Flug' en voor ons, gelovigen, de evangelische boodschap van de Emmaüsgangers: 'Domine, mane nobiscum quoniam advesperascit' (Luk. 24, 29).

Noten

- 1 Dienst voor Psychopathologie (Prof. Dr. G. Buyse en Prof. Dr. R. Pierloot), A.Z. Sint-Rafaël te Leuven.
- 2 Deze bibliografie wordt op aanvraag graag toegestuurd.
- 3 Met opzet wordt niet ingegaan op problemen van gynaecologische psychosomatiek, noch van seksuele psychopathologie sensu stricto. Het is

- immers de bedoeling de klinische ervaringen op beide terreinen in een afzonderlijk werk later te behandelen.
- 4 De spontane definitie van het diensthoofd, anno 1968, lijkt als een mooie illustratie hiervan weggelegd in een informatieve vraag aan een patiënte: 'Mevrouw, is U in onze dienst al op onderzoek geweest bij een dokter, die U niet onderzocht heeft?'.
 - 5 Zie hiervoor uitvoerig in: M. De Wachter et al. (1976) *Menselijke vruchtbaarheid en geboortenplanning*. Het paar en zijn begeleidend team. Elsevier Sequoia, Brussel.
 - 6 Zie hiervoor uitvoerig o.m.: R. Cliquet, & R. Schoenmaeckers (1975) *Van toevallig naar gepland ouderschap*. Resultaten van de nationale enquête gezinsontwikkeling 1971 (NEGO II). CBGS-Studies en Documenten 6. De Ned. Boekhandel/De Sikkels, Antwerpen.
 - 7 Mededeling Dr. P. Jonckheere, Université Catholique de Louvain, Leuven.
 - 8 De verhouding tussen consultaties voor diagnostisch (en therapeutisch) advies en de consultaties voor therapie werd in die zin steeds kleiner, met uitzondering voor de raadpleging voor gynaecologische psychosomatiek, waar het nog frequent diagnostisch en therapeutisch adviesverlening betreft.
 - 9 Met Dr. L. Beusen (psychiater te Bonheiden) werd in samenwerking met Prof. Molinski en medewerkers (Düsseldorf) een inter-universitair onderzoek opgezet naar de praktische bruikbaarheid van een gewijzigde vorm van de therapie van Masters en Johnson. Dit onderzoek is in zijn eindfase.
 - 10 G. Buyse (1977) *Seksuele Psychologie*. Acco, Leuven, p. 60-61.