

Tegen de (psychotherapeutische) onderdrukking van homoseksualiteit

Luk Gijs*

886.51

Nadat de American Psychiatric Association in 1973 homoseksualiteit schrapte als stoornis in se, initieerde Davison in 1976 een nog steeds voortdurende controverse door de stelling te verdedigen dat iedere (psycho)therapie die poogt homoseksuelen te (re)converseren tot heteroseksuelen onethisch en bijgevolg uit den boze is. Eerst wordt van deze controverse een overzicht gegeven. Vanuit instemming met Davisons stellingname wordt er dan tevens voor gepleit dat de Vereniging Seksuologen Leuven en de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie zich krachtig en openlijk dienen uit te spreken tegen dergelijke (re)conversieprocedures.

1. Inleiding

In deze bijdrage wil ik er de aandacht op vestigen dat de onderdrukking van homoseksualiteit niet enkel plaats grijpt op biologisch, sociaal of maatschappelijk vlak, maar ook binnen de wereld van de psychotherapie. Daarbij verdedig ik de stelling dat er geen gronden zijn voor zulk een psychotherapeutische onderdrukking. Bijgevolg meen ik dat de Vlaamse Vereniging Seksuologen Leuven en de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie zich openlijk dienen uit te spreken tegen deze onderdrukking, en dat zij hun gewicht mee in de schaal moeten werpen om de emancipatie van homoseksualiteit te helpen realiseren. Een inspirerend voorbeeld is ongetwijfeld de American Psychological Association, die de onderdrukking van homoseksualiteit onverbloemd veroordeelde (Conger, 1975). In schrille tegenstelling hiermee staat het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), dat verwickeld is in een uitermate polemische discussie over de (on)wenselijkheid van reconversieprocedures en bij monde van Hofstee (1982) niet verder gekomen is dan de optie dat er hoegenaamd helemaal niets laakbaar is aan

* Psycholoog, werkzaam bij de Centra voor Gezinsplanning en Seksuele Opvoeding, Troonstraat 51, B-1050 Brussel.

(re)conversietherapieën. Met deze stellingname handelde het hoofdbestuur (mogelijk) in strijd met de eigen statuten van het NIP (Hanssen, 1983).

Nadat de psychiatrie en de psychotherapie – gesteund door een ten voordele van heteroseksualiteit vooringenomen psychologisch onderzoek – homoseksualiteit sinds jaren beschouwd en ‘gekuurd’ hadden als een stoornis, besliste de American Psychiatric Association (APA) eind 1973 dat homoseksualiteit op zich geen stoornis (meer) is. Wel bleef een ‘sexual orientation disturbance’ categorie behouden, die in de DSM-III (1980) gewijzigd werd in ‘egodystonic homosexuality’. Dat alles gebeurde na hevige en vaak polemische discussies. Via een referendum onder haar leden in 1974 werd dit besluit bekrachtigd met 58% tegen 37,8%. In het Nederlands taalgebied werd deze ‘normaalverklaring’ allicht het markantst overgedaan door Van Emde Boas (1980). Ook Kuiper (1982) bekende onlangs tijdens een bijeenkomst van de Amsterdamse universitaire werkgroep homostudies dat hij fout was door homoseksualiteit jarenlang een stoornis te noemen. En in Vlaanderen nam Nijs (1982) zeer schoorvoetend afscheid van de jaren fervent door hemzelf aangehangen homoseksualiteit-is-een-stoornis-visie. Spijtig genoeg heeft Nijs de gronden van deze wijziging (nog) niet grondig uitgeschreven.

Wie naar aanleiding van de ‘normaalverklaring’ van de APA dacht dat er een einde was gekomen aan de psychotherapeutische onderdrukking van homoseksualiteit vergiste zich schromelijk. Zulke verwachting was toch wel naïef, omdat zowel Morris (1973) als Barr en Catts (1974) aantoonde dat slechts een minderheid van psychiaters homoseksualiteit als een ‘normale variant’ beschouwde. En ook al vonden Davison en Wilson (1973) dat gedragstherapeuten in overgrote meerderheid homoseksualiteit niet als pathologisch in se beschouwden dan toch meenden ze dat heteroseksualiteit meerderwaardig is aan homoseksualiteit. Recent nog vonden Garfinkle en Morin (1978) dat Californische (psychologen)psychotherapeuten de psychologische gezondheid van homoseksuelen a priori enigszins negatiever beoordeelden dan die van heteroseksuelen. Dergelijke opvattingen worden zeker niet eensklaps veranderd door een beslissing van de APA. Temeer niet, daar een recentere enquête (Lief, 1977) onder 10 000 Amerikaanse psychiaters het volgende beeld gaf: op de eerste 2500 antwoorden, meende 69% dat homoseksualiteit een pathologische adaptatie is, wjl 18% dit niet vond, en 13% het niet wist.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de validiteit van het APA-besluit sterk werd aangevallen. Zo menen Lesse (1974) en Socarides (1978a) dat de APA geen wetenschappelijke beslissing genomen heeft, maar gezwicht is voor de politieke druk van de homo-organisaties. Wat de therapeutische praktijk betreft, blijven een aantal psycho-analytici evenals sommige gedragstherapeuten en last but not least Masters & Johnson (1979) doorgaan met homoseksualiteit te (pogen) ‘ku-

ren'. Gelukkig waren er ook velen die een andere weg insloegen: zij gaan er van uit dat homoseksualiteit een normaal iets is, en daarom pogen ze enerzijds maatschappelijke vooroordelen uit de weg te ruimen en anderzijds homoseksuelen te helpen vanuit een acceptatie van hun homoseksualiteit.

2. De psychotherapeutische 'behandeling' van homoseksualiteit

De laatste jaren is er een zeer grote aandacht voor ethische kwesties in de psychologie en de psychotherapie in het algemeen, en in de seksuologie en sekstherapie in het bijzonder. Grote eensgezinsheid op dit terrein is vooralsnog niet te bespeuren. Wel dringt steeds duidelijker het besef door dat het definiëren van gedrag als (ab)normaal een ethische of ideologische kwestie is en dat de status van homoseksualiteit afhankelijk is van de betekenis en doelen die men toeschrijft aan 'seksualiteit'.

Tegen deze achtergrond is de laatste tien jaren de nieuwe hamvraag met betrekking tot homoseksualiteit opgedoken: mogen we homoseksuelen (of biseksuelen), als ze dit wensen, een behandeling aanbieden om uitsluitend heteroseksueel te worden?

2.1. *Persoonlijke opties*

Vanuit instemming met de stelling dat het definiëren van homoseksualiteit als (ab)normaal een ideologische zaak is, geef ik eerst mijn persoonlijke opties weer wat betreft seksueel (on)wenselijk gedrag, om van daaruit de antwoorden op de gestelde vraag te beoordelen.

1. Noch wetenschap, noch therapie, noch hun beoefenaars zijn waardevrij en hun functioneren binnen een samenleving dient geplaatst binnen en beoordeeld vanuit een emancipatorisch perspectief dat gericht is op het zoveel mogelijk uitschakelen van onvrijheden en beperkingen van de menselijke mogelijkheden.
2. Als ik vanuit die optie op het seksuele toekijk, lijkt het me duidelijk dat er weinig sprake is van seksuele vrijheid binnen ons maatschappelijk bestel. Nog steeds, en dat ondanks het verminderde belang ervan, wordt heteroseksualiteit binnen het huwelijk als vanzelfsprekendheid gepropageerd, veelal nog gekleurd door rolstereotiepen.
3. Vanuit een kritische ethiek gaat rechtvaardigheid boven geluk. Zo is het verwonderlijk en ontgoochelend dat in publikaties over ethiek in seksonderzoek en -therapie (Masters et al., 1977 en 1980) het woord rechtvaardigheid – laat staan haar macrosociale of politieke aspecten – haast niet voorkomt.
4. Met Money (1980) wil ik onwenselijke seks omschrijven als 'nonconsensual,

imposed or enforced'. Deze norm komt steeds meer op de voorgrond in de seksuologie, ook al staat de praktische concretisering ervan nog in de kinderschoenen.

In het volgende deel ga ik doelbewust voorbij aan die vorsers en klinici die homoseksualiteit als een stoornis bestempelen, en het voorkómen en genezen ervan als een heil voor de mensheid zien. Omdat zo'n psychopathologische zienswijze onhoudbaar is (zie de bijdrage van Carlier in vorige nummers van dit tijdschrift), heeft deze opvatting niets te bieden met betrekking tot onze vraag. Ook wordt grotendeels voorbijgegaan aan de vraag of ons therapeutisch arsenaal in staat is een homoseksuele voorkeur te veranderen in een heteroseksuele. Verder wordt niet ingegaan op de vraag hoe de therapeut op verantwoorde wijze zijn standpunt overbrengt aan zijn cliënten.

Bij het beantwoorden van de gestelde vraag steunen we op literatuur die er grotendeels van uit gaat dat homoseksualiteit in se geen stoornis is. Gepoogd is de voornaamste argumenten op een rijtje te zetten en te beoordelen vanuit de genoemde opties. Omdat in de literatuur een onderscheid gemaakt wordt tussen kinderen en volwassenen wordt dit ook aangehouden. Wat betreft onze hamvraag meen ik echter dat er geen fundamentele verschillen zijn tussen beide groepen.

2.2. *Volwassenen*

Een viertal standpunten wordt in de literatuur genoemd.

De therapeut dient de homoseksuele cliënt(e), die een kuur tot heteroseksualiteit wenst, deze kuur te geven.

Hierbij gaat men er van uit dat het de cliënt(e) is die de doelen van een therapie dient te bepalen. Deze zienswijze sluit aan bij het ethisch relativisme. In globa kan dat omschreven worden als de zienswijze die stelt dat ieder object dat door een individu (of een cultuur) wordt gewaardeerd ook moreel waardevol is. Deze visie is echter duidelijk onhoudbaar. Therapeuten hanteren enerzijds deontologische (beroepsethische) regels die ze bindend achten voor henzelf en hun collega's. Maar, als ze het ethisch relativisme belijden, dienen ze anderzijds ieder verzoek van hun cliënten, om een bepaald gedrag aan te leren (bijvoorbeeld leer me hoe ik een vrouw verkracht) in te willigen. Maar beide perspectieven sluiten elkaar uit. Immers, wie stelt dat ieder verzoek van een cliënt(e) dient ingewilligd te worden, kan geen bindende deontologische regels meer hanteren. En omgekeerd geldt hetzelfde. Een mooi voorbeeld van de onoplosbare spanning tussen ethisch relativisme en bindende deontologische regels biedt Vansteenwegen

(1980) in zijn beschouwing over 'Ethiek van gedragstherapie'. Hij stelt dat de therapeut tegemoet dient te komen aan de vraag van de cliënt(e) zonder echter te vervallen in een absoluut of amoreel relativisme. Waar het ene begint, en het andere ophoudt, blijft echter volkomen duister. Verder is niet goed in te zien hoe men vanuit het ethisch relativisme tegemoet kan komen aan elkaar uitsluitende vragen van verscheidene cliënten in één therapie (bijvoorbeeld wanneer men een paar begeleidt).

Tegemoet komen, is onmogelijk daar de vragen elkaar uitsluiten. Kiezen op basis van het ethisch relativisme is echter evenzeer onmogelijk, omdat volgens deze zienswijze de elkaar uitsluitende vragen evenwaardig zijn. Een treffende illustratie van dit dilemma bieden Masters en Johnson (1979) als ze stellen dat mensen wel degelijk het recht hebben hun doelen zelf te bepalen, maar dat hun instituut het niet neemt dat mannelijke cliënten pogen het therapeutisch programma te gebruiken als een middel om hun vrouw te misleiden.

Tenslotte moet opgemerkt worden dat wie rechtvaardigheid prioritair stelt boven geluk of de vraag van de cliënt(e), zich in eerste instantie niet dient te houden aan het inwilligen van het verzoek van de cliënt(e) als leidinggevend principe. Wel dient de therapeut(e) zich gebonden te weten door het inzicht dat alvorens een verzoek van een cliënt(e) ingewilligd wordt, eerst onderzocht moet worden of dit verzoek strookt met het prioritair zijn van rechtvaardigheid. Voor de toepassing van dit rechtvaardigheidsbeginsel op onze hamvraag verwijzen we naar het vierde standpunt.

Als de homoseksuele cliënt(e) een behandeling tot heteroseksueel vraagt, dan dient de therapeut(e) deze behandeling te geven, op voorwaarde dat de cliënt(e) niet-neurotisch gemotiveerd is.

Bij dit standpunt heb ik drie bedenkingen.

- Allereerst kan de vraag gesteld worden waarom deze voorwaarde hier gesteld wordt. Bij iemand met een zware depressie of een psychose wordt ze immers niet gesteld.
- Nergens in de literatuur ben ik een omschrijving of een definitie, laat staan een operationalisatie van een niet-neurotische motivatie tegengekomen. Hierdoor is deze visie vrij waardeloos inzake praktische toepasbaarheid.
- Fundamenteler is echter dat deze kijk een variant is van het eerstgenoemde standpunt 'ja, zonder meer'. Als de cliënt(e) iets niet-neurotisch wenst, dan dient de therapeut(e) dat immers te doen. Dit betekent echter ook dat een niet-neurotische vraag om bijvoorbeeld vrouwen te leren verkrachten, ingewilligd moet worden. Zoals reeds opgemerkt, is zulk ethisch relativisme onhoudbaar.

Als een homoseksuele cliënt(e) een behandeling tot heteroseksueel wenst, dan dienen we nee te zeggen, omdat we niet beschikken over een therapeutische techniek die dat waar kan maken.

Dit standpunt is ongetwijfeld correct als er inderdaad geen deugdelijke (re)-conversietherapie bestaat. Maar deze zienswijze gaat echter slechts over een vraag van tweede orde.

In de eerste plaats dient immers de vraag beantwoord of (re)conversieprocedures of het zoeken naar zulke therapeutische technieken überhaupt mogen.

Het toepassen van (re)conversietherapieën is onethisch.

De maatschappelijke onderdrukking van homoseksualiteit wordt er immers als terecht door bevestigd. Ik onderschrijf deze zienswijze. De eerste standpunten ('ja, zonder meer' en 'ja, maar niet neurotisch gemotiveerd') worden hier op de korrel genomen omdat ze totaal voorbijgaan aan de maatschappelijke dimensie van deze problematiek.

Verscheidene varianten kunnen onderscheiden worden.

- a. Men houdt het vaak bij de mededeling dat zulke therapieën niet door de beugel kunnen, daar ze de homo-onderdrukking als terecht bevestigen.
- b. Een stapje verder gaat Begelman (1975, 1977). In een analyse van het woordgebruik waarmee therapeuten gedragingen als een 'stoornis' of als 'problematisch' benoemen, wijst hij op het volgende:
 - het ontbreken van een categorie 'egodystonic heterosexuality' in de nomenclatuur van de APA (DSM-III), daar waar wel uitdrukkelijk een categorie 'egodystonic homosexuality' werd behouden, is een grote flater;
 - in het therapeutisch woordgebruik wordt wel gesproken over het probleem 'homoseksualiteit', maar niet over het probleem 'heteroseksualiteit'. In dat laatste geval praat men dan bijvoorbeeld over huwelijksproblemen. De therapeutengemeenschap hanteert met andere woorden zelfs in haar woordgebruik een dubbele moraal ten voordele van heteroseksualiteit.
- c. Een laatste variant is hier dat (re)conversietherapieën verwerpelijk zijn, omdat ze de homo-onderdrukking bevestigen. Er wordt echter uitdrukkelijk aan toegevoegd dat niet enkel rekening dient gehouden met de sociale dimensie van het fenomeen homoseksualiteit, maar ook dat het fundamenteel is een maatschappelijke en politieke analyse te maken van de functies die de homo-onderdrukking binnen onze samenleving heeft.

2.3. Kinderen

Niet zoveel verschillende auteurs besteden aandacht aan dit zeer belangrijke domein. Uitgangspunt is het onderzoeksgegeven dat er een positieve correlatie

bestaat tussen atypisch sekserolgedrag (cultureel gedefinieerd) in de kindertijd en een homoseksuele preferentie bij volwassenen. Met voorbijgaan aan de psychopathologische zienswijze kunnen hier een tweetal ideologische standpunten onderscheiden worden.

In 1977 meenden Marmor en Green dat men het recht heeft een homoseksuele ontwikkeling te voorkomen. Deze stellingname wordt verdedigd met het argument dat pogingen een ontwikkeling van een homoseksuele preferentie te voorkomen, gewettigd zijn, gezien de voor het kind vaak pijnlijke maatschappelijke onderdrukking, die weliswaar zonder meer te veroordelen is. Dat is mijns inziens onhoudbaar: meegaan met de maatschappelijke repressie is immers onemancipatorisch. Op dezelfde wijze redenerend zouden minderheidsgroepen als joden, Palestijnen en negers geen kinderen ter wereld dienen te brengen, tenzij de samenleving ophoudt met discrimineren.

Green (1980a) gaat met Marmors standpunt niet (meer) mee. Integendeel. Enerzijds stelt hij dat er gestreefd moet worden naar culturele veranderingen, zodat stereotiepe rolopvattingen verdwijnen en anderzijds wijst hij erop dat we in therapie niet zullen proberen kinderen ertoe te brengen zich te conformeren aan sociale stereotiepen.

2.4. Toch een alternatief?

Binder (1977) wijst iedere (re)conversie therapie van de hand, maar wijst ook het standpunt af dat er buiten het veroordelen van zulke therapieën niets méér gedaan kan worden. Zijn alternatief formuleert hij aldus: leer aan een homoseksueel die wenst heteroseksueel te worden heteroseksueel verlangen en vrijgedrag, maar laat de homoseksualiteit ongemoeid. Ook hier wordt doelbewust voorbijgegaan aan de vraag of we dat wel kunnen met ons huidig therapeutisch arsenaal. Om Binder recht te doen, dient opgemerkt dat hij niet zozeer over 'seks' praat, maar zijn alternatief aanbiedt als een training tot affectieve bevrijding, waardoor heersende rolstereotiepen doorbroken kunnen worden.

Wat te denken van dit aanlokkelijke alternatief, dat net zo goed toepasbaar is op heteroseksuelen? Het komt me aanlokkelijk voor, omdat ik geloof dat het kunnen beschikken over zowel een heteroseksueel als over een homoseksueel verlangen en gedragsrepertoire een verrijking is. Tevens sluit dit alternatief goed aan bij de voorstellen om homoseksualiteit en heteroseksualiteit als orthogonale dimensies op te vatten. Toch heb ik er een aantal onopgeloste vragen bij. Is het geen al te makkelijk compromis? En wat betekent hier 'als een cliënt(e) het zelf wenst'? De onderdrukking van homoseksualiteit maakt iedere vraag tot (re)conversie verdacht. Verder is er de vraag of voor een (verdere) emancipatie van homoseksualiteit een verdere ontwikkeling van de homoseksuele identiteit nodig is,

dan wel een algehele bevrijding van zowel hetero- als homoseksualiteit. De homobeweging heeft er niet direct een gevat antwoord op, en ikzelf evenmin. Bovenstaande vragen dienen afdoend beantwoord te worden alvorens de merites van Binders alternatief beoordeeld kunnen worden. Tenslotte lijkt een dergelijk alternatief slechts waarachtig te kunnen zijn als de consequenties van deze visie doorgetrokken worden naar de opvoeding. Dat wil zeggen dat er niet meer geleerd wordt dat heteroseksuele coïtus het summum is, maar wel dat zowel homo- als heteroseksualiteit beide ontwikkeld mogen worden.

3. Besluit

We kunnen dus besluiten dat therapieën die erop gericht zijn homoseksueel gedrag en verlangen om te turnen tot heteroseksualiteit, ethisch niet gehandhaafd kunnen worden. Gewoon doordat ze zowel de onderdrukking van homoseksualiteit als de maatschappelijke superioriteit van heteroseksualiteit bevestigen. Veeleer zal zowel op macro- als op microvlak gestreefd worden naar een emancipatie van homoseksualiteit. Het uitwerken en beschrijven van therapeutische strategieën die op microvlak dit doel dienen, staan in ons taalgebied nog in de kinderschoenen.

Aangezien het uitvoeren van therapieën met het doel homoseksuelen om te turnen tot heteroseksuelen onethisch is, dienen de Vlaamse Vereniging Seksuologen Leuven en de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie zich openlijk uit te spreken tegen dergelijke praktijken. Hoopgevend is de mededeling van Musaph bij de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (27 febr. 1981) dat seksuologie in se emancipatorisch is, en dat het definiëren van homoseksualiteit als psychopathologisch onwetenschappelijk is. Bijgevolg mogen zij die zulk een optie alsook (re)conversie therapieën verdedigen, geen lid van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie worden. Of er echter in Vlaanderen voor deze m.i. vanzelfsprekendheid (voldoende) ruimte zal zijn, valt nog te bezien.

Een uitgebreide literatuurlijst is te verkrijgen bij de auteur.

Summary

Against the (psycho)therapeutic repression of homosexuality

Shortly after the deletion of homosexuality per se as a psychiatric syndrome from DSM-II by the American Psychiatric Association, Davison (1976) initiated a still unfinished controversy by condemning every (psycho)therapeutic (re)conversion of homosexuality into heterosexuality because of the unethical and repressive character of such attempts. First, this controversy is reviewed. Then, in agreement with Davison's point of view, the Flemish and the Dutch Society for Sexology are invited to condemn publicly and unequivocally (re)conversion procedures.