

DE KLINIEK ALS VRIJPLAATS. SEKSUALITEIT TUSSEN PATIËNTEN BINNEN EEN KLINISCH PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING^o

Moniek Thunnissen en Ann Berens*

Aan de hand van een aantal voorbeelden wordt besproken wat een seksuele relatie tussen twee patiënten kan betekenen in een klinisch-psychotherapeutische setting: voor de betrokken patiënten, hun medepatiënten en voor stafleden. Seksuele relaties kunnen in een dergelijke kliniek een teken zijn van vermijding, uitageren of herhaling; in dat geval zal de relatie besproken en afgeremd worden. In andere gevallen kan de seksuele relatie gezien worden als een positieve stap in het therapeutische proces. Er wordt een aantal aanbevelingen gedaan hoe stafleden beter om kunnen gaan met hun tegenoverdrachtsgevoelens.

Seksualiteit tussen psychiatrische patiënten lijkt een verderfelijk iets, dat haast automatisch leidt tot grensoverschrijdingen ten nadele van een of beide partners, tot misbruik en mishandelingen. In psychiatrische ziekenhuizen, waar veel patiënten een geschiedenis hebben van mishandeling en verwaarlozing, kan dit het geval zijn. Toch is het niet terecht om de werkelijkheid zo zwart af te schilderen. Er is alle reden voor een positieve benadering van seksualiteit bij en tussen opgenomen patiënten, van lust beleven en lust uiten. Dit geldt ook voor instellingen in de GGZ waar mensen met persoonlijkheidsstoornissen psychotherapeutisch behandeld worden. Hier speelt bij uitstek de spanning tussen permissie voor seksualiteit (met het oog op groei en ontwikkeling van gezonde aspecten van de persoonlijkheid) en grenzen stellen (om neurotische herhalingspatronen van machtsmisbruik en onderwerping te voorkomen).

In dit artikel wordt besproken wat een seksuele relatie tussen patiënten kan betekenen voor henzelf, hun groepsleden en voor stafleden. Er wordt een aantal redenen geopperd waarom seksuele relaties tussen patiënten zoveel problemen geven, en er worden aanbevelingen gedaan voor een betere omgang met een aantal aspecten van deze relaties. Het onderwerp wordt belicht vanuit de setting van een klinisch psychotherapeutische afdeling waar patiënten met persoonlijkheidsstoornissen van cluster B (oa. de narcistische, de borderline en de theatrale persoonlijkheidsstoornis) en C (oa. de af-

hankelijke, de ontwijkende en de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis) van DSM IV gedurende maximaal een jaar worden behandeld met klinische psychotherapie.

Wat betekenen seksuele relaties voor de betrokken patiënten?

Sonja en Stefan zitten samen in dezelfde therapiegroep, als ze verliefd op elkaar worden. Stefan (als baby geadopteerd door een tamelijk theatrale moeder die hem nog altijd als een klein jongetje behandelt) is opgenomen nadat een relatie waarin hij zich volkomen afhankelijk had gemaakt, is stukgelopen. Bij Sonja was het luxerende moment voor behandeling een vliegtuigongeluk. Op het moment zelf hield zij haar hoofd koel, maar daarna stortte ze in. Kennelijk had ze niet geleerd om te gaan met emoties. Voor beiden lijkt de relatie een hulpmiddel om opener te zijn en meer gevoelens te tonen. Tevens dient hun verhouding als vluchthaven. Stefan besluit om te verhuizen naar dezelfde plaats als Sonja en trekt, in afwachting van eigen woonruimte, voorlopig bij haar in. Beiden hebben weinig vrienden en geen werk, en vallen in de weekends (Stefan is inmiddels met ontslag uit het ziekenhuis) sterk op elkaar terug. Omdat zij zelf vaak zeggen hoe lastig ze het vinden dat ze bij elkaar in de groep zitten, is het voor groepsleden en staf moeilijk om kritiek te leveren op hun wederzijdse afhankelijkheid.

* Mevr. Drs. M.M.Thunnissen, psychiater en groepspsychotherapeut, Psychotherapeutisch Centrum de Viersprong, Halsteren. Tevens opleider psychotherapie voor arts-assistenten en opleider transactionele analyse. PTC De Viersprong, de Beeklaan 2, 4661 EP Halsteren.

Mevr. Drs. A.I.L. Berens, psychiater, Psychotherapeutisch Centrum Norbertus, Duffel, België.

^o Dit artikel verscheen eerder in het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 53(1998) 10:967-975. Geaccepteerd voor publicatie 14 december 1998.

Veel patiënten die met een persoonlijkheidsstoornis in een kliniek voor langerdurende klinische behandeling worden opgenomen, hebben geen ongestoorde seksuele ontwikkeling doorgemaakt. Als ze al relaties hebben gehad, dan waren dit vaak verhoudingen waar ze met weinig plezier op terugkijken, gekleurd door pijnlijke seksuele ervaringen, machtsmisbruik en afhankelijkheid. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met seksuele traumatisering in hun verleden -ongeveer de helft van de kliniekpopulatie. Vaak hebben zij, zo merken wij in de kliniek, een gepriviligeerde positie, geïdealiseerd door de vrouwelijke patiënten en met ontzag en schuldgevoel behandeld door mannelijke patiënten. Hun aanwezigheid lijkt het levende bewijs van de ramspoed die voortkomt uit het toegeven aan lusten.

Klinische psychotherapie heeft als een belangrijk doel het weer op gang brengen van gestagneerde groei. Patiënten worden bij elkaar gebracht in een veilig klimaat, om hen allerlei contacten en ervaringen te laten opdoen, en om een kleine gemeenschap te construeren. Ze worden gestimuleerd om te verwoorden wat hen bezighoudt, en om aan den lijve ervaringen op te doen. Zo ontstaat inzicht in hun gedrag en in de wortels van schadelijke patronen. Daarenboven kan een klinische behandeling -meer dan een ambulante therapie- patiënten faciliteren in het dingen anders te doen.

Patiënten wordt geadviseerd om binnen psychotherapie en in het samenleven in huis hun gevoelens te exploreren en in non-verbale therapieën dat gevoel ook aan den lijve te ervaren. Maar geldt dit ook voor seksualiteit? Tegelijkertijd wordt namelijk de boodschap gegeven dat een seksuele relatie met een medepatiënt de therapie in de weg staat. Vaak wordt het uiten van seksuele gevoelens ten opzichte van mede-patiënten gezien als acting-out, als weerstand of als onderdeel van de problematiek waarvoor de patiënt is opgenomen (Vandereycken, 1991).

In een klinische setting wordt dit alles nog eens extra uitvergroet. Intimiteit en seksualiteit komen -vooral impliciet- aan bod, in alle therapievormen, en in de vrije tijd in huis en op de slaapzaal. Desondanks wordt seksualiteit in de kliniek vaak beschouwd als iets dat weliswaar bestaat, maar alleen "buiten" de setting. Er kan in abstracto overgepraat worden, maar het is niet iets dat hier en nu kan gebeuren tussen groepsleden. Je kunt het hebben over de liefde die je voelt voor je vriend buiten, maar niet over het feit dat een groepslid je

opwindt. Seksualiteit is iets vaags, het heeft geen ogen, lippen, borsten, billen en al helemaal geen geslachtsdelen. Hoewel seksualiteit niet wordt ontkend, wordt het wel ontdaan van de libido, van de lust, van de passie (Neetens, 1991).

Lust is van nature deels non-verbaal. Het kan verdwijnen uit een therapie-gemeenschap, zonder dat de staf het zelfs maar merkt. Wat dan overblijft is infantiele, onschuldige en slechts vaag gedifferentieerde affectie. Lichaamsbewustzijn blijft dan beperkt tot lijf en leden als een bron van klachten maar het lichaam wordt niet meer ervaren als een instrument voor genot of als iets om trots op te zijn (Neetens, 1991).

In een PSB (de wekelijkse patiënten-staf-bijeenkomst) komt het onderwerp "kleding" aan de orde. Zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten kleden zich in de kliniek tamelijk uniform; spijkerbroek en T-shirt is de meest geliefde dracht. Als op vrijdagmiddag de patiënten op weekend gaan, blijkt een deel van hen zich te hebben omgekleed; ze zijn opgemaakt en zien er vrolijk, vlot en soms uitdagend uit. De functie hiervan wordt duidelijk in de PSB: in de kliniek ben je seksloos en aan het werk; buiten is er de spanning en het echte leven. Een stafflid signaleert de parallel met de wijze van zich kleden van de staf: in het algemeen ook tamelijk saai en seksloos, met enkele uitschieters.

Een seksuele relatie in de kliniek kan een mogelijkheid betekenen om gestagneerde groei op het gebied van seksualiteit en relaties op gang te brengen; zij kan troost bieden en een helende ervaring zijn. Anderzijds ligt het gevaar van herhalingspatronen op de loer. Patiënten met negatieve seksuele ervaringen gaan nogal eens een seksuele relatie aan binnen de kliniek, waarbij ze ofwel de passieve rol kiezen: vertroeteld en getroost worden, ofwel een strikt actieve: verzorgen en vertroetelen. Dit lijkt op de door Balint (1968) beschreven primaire liefdesrelatie, waarin slechts een van de twee deelnemers persoonlijke wensen, eisen en verlangens mag hebben; de ander moet ofwel dezelfde verlangens hebben of dient uitsluitend om de wensen van de ander te vervullen (Neetens, 1991).

Annet is in de kliniek haar homoseksualiteit aan het ontdekken en accepteren. Zo wordt ze verliefd op een medepatiënte, Thea. Deze heeft een streng gereformeerde achtergrond waar ze nog steeds krampachtig aan vasthoudt en die haar tot nu toe heeft belemmerd tot het hebben van enige seksu-

ele ervaring. De relatie met Annet lijkt veilig voor haar, wellicht dankzij de sterke wederzijdse afhankelijkheid. Als Thea haar behandeling beëindigt, lijkt Annet zich wat los te maken uit de symbiose, terwijl Thea juist een sterkere claim op haar legt. Annet wordt dan opnieuw verliefd, dit keer op Saskia, een vrouw uit haar eigen groep. Het patroon herhaalt zich: een sterke gerichtheid op elkaar, waarbij medepatiënten zich buitengesloten voelen en geïrriteerd reageren. De staf is nu geneigd om vooral de negatieve aspecten van hun relatie te signaleren.

Wat betekenen seksuele relaties voor medegroepsleden?

In de wekelijkse PSB brengt een van de patiënten het gesprek op de twee lege mannenplaatsen in een van de groepen. Enkele mannen vertellen hoe zij zich voelen in de kliniek waar de vrouwen letterlijk in de meerderheid zijn (26 vrouwen tegenover nu 13 mannen), en symbolisch vaak de broek aan hebben. Enkele maanden geleden hebben twee mannen en een vrouw als trio gevreeën in de badkamer van de kliniek. Dit is uitgebreid aan de orde geweest in de eigen therapiegroep (de drie zitten bij elkaar in een groep) en daarbuiten. Medepatiënten voelden zich buitengesloten en jaloers. Een van de twee mannen heeft sindsdien het gevoel gehouden dat een aantal vrouwen hem als bedreigend en macho ziet.. Andere mannen vallen hem bij. Je wordt het meest als man in de kliniek geaccepteerd als je je ofwel gedraagt als een onschuldige knuffelbeer ofwel als zielig jongetje. De vrouwen grinniken, maar genieten ook van hun machtspositie.

Als abstract gegeven kan er in de meeste therapiegroepen met meer of minder moeite over seksualiteit gesproken worden. Een heel andere zaak wordt het echter als er zich in het hier en nu een seksuele relatie ontwikkelt tussen twee groepsleden. Dan ontstaat er plotseling een differentiatie, waarbij een groepslid zich in eerste instantie deel van een stel voelt, en pas daarna deel van de groep. Het groepje van twee heeft de groep van acht niet meer nodig.

In de literatuur wordt paarvorming binnen een therapiegroep vooral negatief gezien, duidend op regressie in de groep (Bion, 1961) met een verstoring op de groep (Jongerius, 1993). Ook kan paarvorming de betekenis hebben van uitageren: emoties worden niet geverbaliseerd maar omgezet in daden; de grenzen, de algemeen gel-

dende regels worden doorbroken, en emoties die binnen de groep horen, worden verplaatst naar de paarrelatie. Hoewel het doorbreken van de regels gezond kan zijn, heeft het vaak een negatief effect op de groep als geheel. Vaak heeft de staf de neiging om de afstand tussen een stel en de groep te verkleinen, middels realiteitsconfrontatie, waarschuwingen dat ze hun therapie in het gedrang brengen als ze zich isoleren van de groep of van de gemeenschap. Met meer dan gewone nadruk wordt hen verteld dat ze de ervaringen die ze opdoen in hun relatie, moeten bespreken met de groep.

Groepsregels, groepsbeslissingen en groepcohesie kunnen door staf en medepatienten worden misbruikt om differentiatie binnen de groep restrictief op te lossen en seksuele relaties te voorkomen. Zo ontkennen zij het feit dat de privacy van een koppel ook inherent is aan een seksuele liefdesrelatie en niet alleen het negatieve gevolg is van weerstand, schaamte of schuld. De meeste mensen leren elkaar kennen in een sociale context, maar als dit een therapiegroep is of een kliniek, worden vraagtekens geplaatst bij de onbewuste motieven en herhalingspatronen. Opeens moeten de privéaspecten van de verliefdheid en de relatie in alle openheid besproken worden. Spelen niet bij elke partnerkeuze onbewuste motieven een rol? En worden patiënten niet tot regressie gedwongen als er zo'n appèl wordt gedaan op het bespreekbaar maken van de intimiteit van hun relatie? Is het niet juist een kenmerk van volwassen seksualiteit en intimiteit dat er voldoende separatie is?

Onder normale omstandigheden wordt een verliefdheid of het aangaan van een relatie vaak positief ontvangen door de buitenwereld (Steens, 1984). De partner wordt meegenomen naar feestjes; vrienden bevestigen de goede keuze. Dit helpt bij het vormen van een identiteit als partners. Als een stel echter veel weerstand ervaart, is het moeilijk om dat besef van partneridentiteit te ontwikkelen. Dit kan ertoe leiden dat de grenzen rond het stel rigider worden en de partners sterker op elkaar terugvallen om die bevestiging te krijgen. Seksuele contacten kunnen daarbij de maatstaf worden en het stel de overtuiging geven dat ze bij elkaar horen. De buitenwereld ziet enkel een steeds symbiotischer wordende relatie en geeft daar negatief commentaar op. Er ontstaat gemakkelijk een vicieuze cirkel: het stel trekt zich steeds meer terug en de buitenwereld (bijvoorbeeld medepatiënten of de staf in een kliniek) gaat steeds intrusiever optreden. Dit kan uiteindelijk slechts leiden tot voortij-

dig ontslag of het verbreken van de relatie (Neetens, 1991).

Gerard is een zeer vermijdende man die na 9 maanden behandeling veel toegankelijker is geworden. In de afrondingsfase van zijn therapie wordt hij hevig verliefd op Nicolien, een vrouw die van haar anti-autoritair ingestelde ouders nauwelijks grenzen kreeg gesteld en uit het voorbeeld van haar vader (die er regelmatig vriendinnen op nahield), geconcludeerd heeft dat mannen op misbruik uit zijn. Zij heeft een aantal treurig verlopen relaties achter de rug.

Hun verliefdheid verloopt stormachtig. Vrijwel alle vrije tijd brengen ze gezamenlijk door, vaak innig omstrengeld. Als ze tijdens een kampweek in de Ardennen samen in de gemengde tent willen slapen, stuit dat op protest bij medepatiënten en de staf. Gedurende de kampweek brengen ze overdag, in demonstratief verzet, veel tijd met elkaar door. Vooral Nicolien krijgt commentaar van haar groep: men vindt dat ze zich afsluit en niet beschikbaar is voor anderen. Na een aanvaring hierover vertrekt ze woedend. Gerard probeert haar wanhopig te bellen, maar ze laat hem haar antwoordapparaat volpraten. 's Avonds wordt ze na een suicidepoging opgenomen op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Hoewel Gerard haar gedrag als manipulerend ervaart, wil hij haar niet in de steek laten; hij gaat hij enkele dagen later voortijdig met ontslag.

Het verbieden van een seksuele relatie tussen patiënten heeft veel nadelen. Permissie geven voor de relatie, bijvoorbeeld ook in het behandelplan of in werkafspraken, met daarbij duidelijke grenzen waarbinnen de relatie zich kan afspelen, biedt soms een mogelijkheid. De therapeuten zullen hierbij afwisselend de "partners" moeten ondersteunen in hun behoefte aan intimiteit en afzondering, en de groep in het verwoorden van hun gevoelens van jaloezie, boosheid en pijn.

Wat betekent seksualiteit tussen patiënten voor stafleden?

John, de zoon van rijke Engelse gescheiden ouders, krijgt in de kliniek een relatie met Agnes, een schuchter meisje met een zeer negatief zelfbeeld. In eerste instantie roept hun verliefdheid vooral vertedering op bij zowel medegroepsleden als bij de staf. Ze houden zich braaf aan de codes: isoleren zich niet al te veel en maken hun relatie be-

sprekbaar in de eigen therapiegroep. Ze blijken het zo vaak over de problematische kant van hun relatie te hebben dat ze van diverse kanten gestimuleerd worden om eens vaker leuke dingen met elkaar te ondernemen. Ze brengen, in overleg met staf en groepsleden, een weekend samen buiten de kliniek door.

Seksualiteit wordt door de staf in een kliniek vaak gezien als een stoornis. Het lijkt of er bij patiënten, zeker als ze in een kliniek opgenomen zijn, geen sprake kan zijn van seksualiteitsbeleving, laat staan van een volwassen, ontwikkelde seksualiteit (Schacht, 1980). Bovendien praten therapeuten gemakkelijker over stoornissen als een depressie dan over seksuele problemen. Stafleden zijn geneigd hun eigen perceptie van seksualiteit te projecteren op patiënten. Waar zij seksualiteit associëren met genitale seks en het gratificeren van lust binnen een relatie, kan voor patiënten seksualiteit een heel andere functie hebben: het reduceren van angst of het behouden van een psychisch evenwicht, met behulp van een symbiotische relatie (Hummelen en Tietema, 1991; Neetens, 1991).

Noodzakelijk is dat stafleden inschatten of de seksuele relatie past bij de ontwikkelingsfase en behoeften van de patient, of dat zij duidt op een terugval in oude patronen en daarmee de groei belemmert. Daarvoor is het ook nodig om goed zicht te hebben op eigen tegenoverdrachtsgevoelens, en niet te reageren vanuit gevoelens van angst, overbezorgdheid, jaloezie of machtsdenken. Onze indruk is dat de houding van veel psychotherapeuten afwachtend-ambivalent is: seksuele relaties tussen patienten niet duidelijk verbieden, maar zeker niet aanmoedigen, in de hoop dat patiënten zelf, door erover te praten, besluiten de relatie voorlopig, in elk geval gedurende de behandeling, in de ijskast te zetten.

Om als staf lid de seksuele ontwikkeling van patiënten te kunnen stimuleren, moet men zelf relatief weinig problemen hebben op het gebied van seksualiteit. Men moet niet compulsief verliefd worden op patiënten of collega's en bereid zijn om gelegenheid te bieden voor een open discussie rond seksualiteit en seksueel gedrag (Famaey, 1996 en Farquaharson, 1991). Seksuele gevoelens en fantasieën lijken bij uitstek te behoren tot het privédomein. Toch is het de verantwoordelijkheid van een staf, een team of een groep collega's om juist deze emoties op een professionele manier te bespreken. Als conflicten in een staf niet uitgepraat worden, is de kans groot dat ze doorgegeven wor-

den aan patiënten (Hummelen en Tietema, 1991). Rond het thema seksualiteit kan dit zich enerzijds openbaren in een schijnbare afwezigheid van seksuele relaties tussen stafleden; het andere uiterste blijkt uit seksuele relaties tussen stafleden of een staflid en een patiënt. Men dient dit soort processen als staf te bespreken via geïnstitutionaliseerd intercollegiaal overleg en effectieve collegiale relaties. Daarnaast heeft elke individuele psychotherapeut de verantwoordelijkheid in het beroep geen privé-behoeften na te jagen (Bolten, 1987).

Conclusies en aanbevelingen

Patiënten presenteren zich met een scala aan problemen waarbij het relationele en dus ook het seksuele niet zelden een van de belangrijkste is. Ze worden samengebracht in een veilige en intieme setting waar ze hun diepste zieleroerselen met elkaar delen. Dat daarbij (seksuele) relaties ontstaan is niet verwonderlijk; het geeft veeleer te denken als deze uitblijven. Seksualiteit moet deel uitmaken van een behandeling en niet afgesplitst worden als iets wat buiten de therapie thuishoort. Vanuit de diagnostiek en het therapieproces van elke patiënt kan ingeschat worden of een seksuele relatie tussen patiënten een corrigerende ervaring is en een stap in de richting van autonomie en volwassen seks, of juist een vermijding, acting out of een herhaling. Dit betekent dat bij sommige patiënten een seksuele relatie zal worden afgeremd, terwijl zij bij anderen juist zal worden beschouwd als een goede stap in het proces. Voor de kliniek betekent dit dat een zodanige therapeutische sfeer wordt gecreëerd dat patiënten binnen veilige grenzen kunnen ervaren, experimenteren en leren (Famaey, 1996).

Als therapeuten bewust hun eigen motieven onderzoeken om seksuele relaties tussen patiënten te begrenzen, kan duidelijk worden of dit gebeurt om de groei van een patiënt op andere gebieden te bevorderen, of dat tegenoverdracht een rol speelt. Bij de aanname van personeel dient dit een punt van aandacht te zijn. Daarnaast is het belangrijk dat het thema seksualiteit regelmatig aan de orde komt bij intervisie en teambesprekingen. Wellicht is een specifieke training nodig voor stafleden hoe om te gaan met seksueel gedrag van patiënten. Met name voor verpleegkundigen en sociotherapeuten die het meest blootgesteld wor-

den aan de emoties en behoeften van patiënten, is het vaak moeilijk een houding te vinden (Vandereycken, 1991).

Een consistent beleid in een ziekenhuis of instelling kan deze stafattitude bevestigen bijvoorbeeld door condoms verkrijgbaar te maken en aparte ruimtes beschikbaar te stellen voor seksuele activiteiten (Civic, Walsh en McBride, 1993). Primair is echter de inzet van de staf om van seksualiteit een plaats te geven in de behandeling.

Summary.

The clinic as sanctuary. Sexuality between patients undergoing clinical psychotherapeutic treatment.

This article explores through a number of examples what a sexual relationship between patients can mean in a clinical psycho-therapeutic setting: in terms of the patients themselves, their fellow-patients and staff members. Sexual relationships between patients within such a clinic are sometimes a sign of avoidance, acting-out or a repetition, and should thus be shielded and discussed. In other cases, a sexual relationship between fellow-patients should be seen as a positive step in the therapeutic process. A number of recommendations are made on how staff members can better deal with their counter transference.

Literatuur

- Balint, M. (1968). *The basic fault, therapeutic aspects of regression*. Tavistock publications, Londen and New York.
- Bion, W.R. (1961). *Experiences in groups and other papers*. Tavistock Publications, Londen.
- Bolten, M. (1987) Voorkómen is beter dan vóórkomen. *T.v. Psychotherapie*, 13: 364-368.
- Civic, D., G. Walsh & D. McBride (1993). Staff perspectives on sexual behavior of patients in a state psychiatric hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 44: 887-889.
- Famaey M. (1996). Liefde en seks een (on)mogelijk paar. *VWPG Nieuwsbrief*, 103: 3-7.
- Farquaharson, G. (1991). *The development of sexual needs of longterm residents of therapeutic communities*. Lezing Windsor Conferentie Engeland (jaarlijkse uitwisseling tussen Nederlandse en Engelse psychotherapeutische gemeenschappen).
- Hummelen, J.W. & W.Tietema (1991). *Sexuality and Agression*. Lezing Windsor Conferentie, Engeland.
- Jongerius, P.J. & J.C.B.Eykman, (red.) (1993). *Praktijkboek Groepspsychotherapie*. Academische Uitgeverij Amersfoort.
- Neetens, J.L.P. (1991). *On patient and staff and men and women*. Lezing Windsor Conferentie, Engeland.
- Schacht, H. (1980). Seksualiteit en neurotische problematiek. In: J.Frenken (red). *Seksuologie, een interdisciplinaire benadering*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Steens, R. (1984). Partneridentiteit: een bruikbaar begrip? *Samenspraak*, 61: 2-7.
- Vandereycken W. (1991). Seksualiteit en relatievorming in een psychiatrische afdeling. *T.v.Seksuologie*, 15: 41-46.