

De behandeling van hyperseksualiteit bij een man met een obsessieve-compulsieve stoornis als psychiatrische comorbiditeit

J. JAIRAM, H.J.C. VAN MARLE

SAMENVATTING Patiënten met parafilieën hebben vaak psychiatrische comorbiditeit. Aan de hand van een poliklinische casus wordt de behandeling van parafilie niet anderszins omschreven, gekenmerkt door hyperseksualiteit, besproken bij een patiënt met parafilie en psychiatrische comorbiditeit. Na uitleg over diagnostiek en behandelplan wordt het verdere beloop van de behandeling beschreven, waarbij aanvankelijk de obsessieve-compulsieve klachten focus waren voor interventies en vervolgens meer het seksueel ontremde gedrag. Op het gebruik van libidoremmende medicatie bij hyperseksualiteit in de gehele problematiek van patiënt wordt verder ingegaan.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)2, 113-117]

TREFWOORDEN hyperseksualiteit, farmacotherapie, comorbiditeit

In de forensische psychiatrie gaat het vaak niet om de behandeling van één bepaalde psychiatrische aandoening, maar om een complex aan diagnoses (comorbiditeit) dat in het verleden heeft geleid tot bedreigend gedrag of een bepaald misdrijf. De patiënt is meestal al door een aantal reguliere hulpverleners gezien en is waarschijnlijk al eens (voorwaardelijk) veroordeeld, met alle sociale commotie van dien. Aan de hand van een casus willen wij laten zien dat door herhaalde diagnostiek tijdens de behandeling de onderlinge samenhang tussen symptomenbeeld en persoonlijkheidsproblematiek steeds duidelijker kan worden. De behandeling dient daarbij gericht te zijn op de aandoening die sociaal het meest invaliderend is.

GEVALSBESCHRIJVING

Anamnese

Een 24-jarige man komt naar de polikliniek psychiatrie met als klacht grote sociale problemen vanwege zijn te sterke seksuele gevoelens. Hij dreigt zijn baan kwijt te raken doordat hij op zijn werk tot in details zou hebben gesproken over zijn seksuele activiteiten. Ook heeft hij problemen met zijn ouders en familie, die zijn seksuele verhalen niet accepteren. Ten slotte zijn er financiële problemen doordat hij teveel geld uitgeeft aan het kopen van pornobladen en het plaatsen van contactadvertenties. Over seksualiteit mocht thuis met geen woord gerept worden. Patiënt vertelde dat hij tot zijn 23ste jaar uit het raam van zijn huis naar vrouwen keek en daarbij masturbeerde.

In het contact met zowel mannen als vrouwen maakt hij direct zijn seksuele gevoelens ken-

baar. Hij zou al bij een eerste ontmoeting het liefst seksueel contact willen hebben en vertelt dit de ander ook, zonder er rekening mee te houden wat die ervan vindt. Het lukt hem niet tot een goede relatie te komen. Waar patiënt de meeste problemen mee heeft, is dat hij tien tot twaalf keer per dag seks zou willen hebben en dan masturbeert. Patiënt wil hierin begeleid worden, want hij is bang dat hij óf slachtoffer óf dader van een seksueel misdrijf zal worden wanneer hij zich niet kan beheersen. Patiënt wil graag een leuke relatie waarin hij normaal seks kan hebben.

Een jaar eerder is patiënt op een forensische polikliniek behandeld voor zijn seksuele problemen, echter zonder resultaat. De aanleiding hier toe was dat hij een paar meisjes van 4-6 jaar vanaf een pleintje mee naar zijn huis had gelokt. De ouders van deze meisjes kwamen er achter en dienden vervolgens een aanklacht in bij de politie. Patiënt kreeg een voorwaardelijke straf en moest verplicht deelnemen aan groepstherapie voor seksuele delinquenten. Hij kon niet van de behandeling profiteren. Vanwege het dwangmatig masturberen kwam hij vaak te laat op de therapiezittingen en hij voelde zich niet thuis in de groep. In het voorjaar van het jaar hierna ontwikkelden zich bij hem depressieve klachten, waarvoor de huisarts paroxetine voorschreef.

In het najaar van datzelfde jaar wordt psychiatrisch de diagnose 'autistische stoornis met dwangmatig seksueel gedrag' bij patiënt gesteld, waarna hij voor verdere diagnostiek en behandeling werd doorverwezen naar onze polikliniek.

Diagnostiek

Uit ons psychiatrisch onderzoek blijkt dat patiënt contactarm is en compulsieve gedachten heeft. Hij observeert de onderzoekster min of meer over haar hele lichaam; hij geniet zichtbaar van die subjectieve ervaring en kan er niet mee ophouden ('seksualisering'). Hij is erg open in het contact en treedt zonder gêne in details. Hij is in zijn verhaal grenzeloos en niet te remmen. Hij vertoont hoge lijdensdruk vanwege zijn obsessieve gedachten

aan de coïtus, die bij voortduring niet gerealiseerd wordt. Uit de familieanamnese van patiënt komt autisme naar voren.

Uit het psychologisch onderzoek, waarbij de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) en de Minnesota Multiphasic Personality Inventory II (MMPI-II) worden afgenomen, komt naar voren dat patiënt een contactstoornis heeft met een zeer moeizame afstemming van zijn gedrag op anderen, waarbij hij verregaand grensoverschrijdend is. Tegelijk is hij zeer angstig als men te dichtbij komt en niet voor hem de grenzen stelt. Daarnaast is hij licht verstandelijk beperkt.

De uiteindelijke diagnose bij terugverwijzing naar de huisarts luidde: 'Op as I volgens de DSM-IV-classificatie is er sprake van een autistiforme contactstoornis, parafilie niet anderszins omschreven (NAO), gekenmerkt door hyperseksualiteit en seksualiseren, een obsessieve-compulsieve stoornis en een licht verstandelijk beperkt zijn. Op as II is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis NAO met vermijdende, theatrale en schizoïde trekken'.

Behandelplan volgens het biopsychosociaal model

Na bespreking werd besloten de behandeling te richten op de volgende problemen. Voor de behandeling van de hyperseksualiteit werd het behandelingsprotocol (algoritme) van Bradford (2001) gevolgd en patiënt werd behandeld met libidoremmende middelen om de opwindings door zijn fantasieën te verminderen. Ook werd aandacht besteed aan zijn sociale contacten, werkomgeving en huisvesting.

Verder beloop

De eerdere medicamenteuze behandeling werd gestaakt voor verdere observatie. Vanwege de hyperseksualiteit als hoofdprobleem werd vervolgens met patiënt besproken om cyproteronacetaat als libidodempend middel te gaan gebruiken en dit werd hem voorgeschreven (50 mg 2 dd per os). Bij de start van de behandeling met cyproteronacetaat had patiënt een normale testosteronspiegel

van 24,10 nmol/l. Het effect van de libidoremmende middelen op de testosteronspiegel was dat deze verlaagd was, maar desondanks nog binnen de normaalwaarde (10,0-30,0 nmol/l) bleef. Nadere hormoonspiegelbepalingen (cortisol, luteïniserend hormoon (LH), follikelstimulerend hormoon (FSH), oestradiol en testosteron) werden gedaan en deze waren normaal. De leverfuncties moeten bij behandeling met cyproteronacetaat regelmatig worden gecontroleerd. Hij reageerde goed op de medicatie. Na zes weken cyproteronacetaatgebruik was patiënt zijn masturbatiefrequentie van 10 tot 12 maal per dag gedaald naar 2 maal daags. Ook op het werk ging het stukken beter. Tijdens de polibezoeken vertelde hij steeds meer over zijn sociale leven en over zijn relatie en was enigszins gereserveerd wat zijn seksualiteit betrof.

Opvallend was dat zich bij hem een andere obsessieve-compulsieve stoornis ontwikkelde. Hij begon namelijk tot laat in de nacht wel 3 tot 5 uur lang zijn huis schoon te maken. Daarnaast werd hij paniekerig als hij dacht aan contact met vrouwen. Ook in contact met collega's en zijn ouders werd hij schuw. De angst in het toestandbeeld van patiënt overheerste dermate dat wij besloten hem het antipsychoticum pimozide voor te schrijven. Dit bleek een gunstig effect te hebben op zowel het dwangmatig schoonmaken als de angst voor zijn omgeving. De pimozide gebruikt hij nog steeds.

Inmiddels bleek dat patiënt op eigen initiatief de dosering cyproteronacetaat had verlaagd omdat hij niet meer opgewonden raakte en zichzelf moest dwingen om een keer per dag te masturberen; anders bleef hij zich onrustig voelen. Gezien zijn toenemende preoccupatie met zijn seksualiteit werd de dosering cyproteronacetaat verhoogd. Hij werd bang dat hij zich zou vergripen aan kinderen. Zo durfde hij niet naar het strand te gaan. Patiënt bleef de dosering steeds aanpassen naar eigen inzichten.

De cyproteronbehandeling werd gestaakt en aan patiënt werd nu gosereline, een gonadotrofine-releasing-hormoon-(GNRH-)agonist voorgeschreven, dat door de huisarts werd geïnjecteerd.

Het lukte hem nu redelijk om met zijn hyperseksualiteit om te gaan.

Hij masturbeert nog 2-3 keer per week. Wat zijn obsessieve-compulsieve stoornis betreft, is patiënt op dit moment stabiel. Behalve met gosereline en pimozide wordt patiënt volgens protocol nu ook behandeld met alendroninezuur 10 mg 1 dd (in tabletvorm) om botontkalking tegen te gaan. Om de drie maanden dient een botdichtheidonderzoek gedaan te worden om te voorkomen dat patiënt al op deze jonge leeftijd osteoporose zou krijgen. Gedurende de gehele medicamenteuze behandeling werden patiënt ondersteunende gesprekken geboden. Hij profiteerde van de psycho-educatie over hoe hij met zijn handicap moest omgaan.

BESPREKING

Bij de beschreven patiënt ontwikkelde zich tijdens de libidoremmende behandeling een obsessieve compulsie om schoon te maken in plaats van zijn compulsief masturberen. Ook werd hij sociaal toenemend angstig. Dit hoeft ons niet te verwonderen. Beide, zowel de hyperseksualiteit als het compulsieve gedrag, zijn twee verschillende *target symptoms* (Van Praag 2000) waarop de behandeling werd gericht. Pathofysiologisch hebben wij bij beide klachten te maken met twee cerebrale systemen: bij de hyperseksualiteit zijn structuren in de middenhersenen, waaronder het preoptische gebied, betrokken (Marshall & Barbairee 1990), terwijl er bij de obsessieve-compulsieve stoornis een ontregeling is van het cortico-striato-thalamocorticale circuit (Van Megen & Van Balkom 2005). Er is een duidelijke verschuiving van seksueel gedrag naar schoonmaken, terwijl de compulsieve vorm de zelfde blijft.

Bradford (1999) vraagt zich af of hyperseksualiteit en parafilieën geen onderdeel zijn van het obsessieve-compulsieve spectrum; de respons van parafilieën op behandeling met selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) zou deze relatie ondersteunen. De parafilieën hebben een aantal overeenkomsten met de obsessieve-compulsieve

stoornis (OCS): ze ontstaan in de adolescentie en ontwikkelen zich daarna verder, ze zijn beide dwangmatig en intrusief en worden als ego-dystoon ervaren. De compulsieve rituelen die men ziet bij OCS vinden hun weerspiegeling in het compulsief masturberen en andere seksuele gedragingen. Daarnaast komt de comorbiditeit bij OCS en parafiliën overeen, te weten aandoeningen uit het spectrum van angststoornissen en depressies.

Wij hadden kunnen kiezen voor behandeling met een SSRI (Abouesh & Clayton 1999; Bradford 1999; Rösler & Witztum 2000), maar paroxetine was al eens tevergeefs voorgeschreven. Ons leken de atypische autistische stoornis en de persoonlijkheidsstoornis de primaire oorzaken van het ontstaan van het dwangmatig gedrag in combinatie met de angst. Symptoomgericht werd pimozide, een antipsychoticum, voorgeschreven. De angst en het dwangmatig schoonmaken (de obsessieve-compulsieve stoornis) gingen vervolgens in remissie.

Libidoremmende medicatie

Specifieke libidoremmende middelen die voor de behandeling van hyperseksualiteit worden gebruikt, zijn in twee groepen te verdelen, namelijk testosteronantagonisten en GnRH-remmers (Bradford 2001). Onder de eerste groep vallen cyproteronacetaat en medroxyprogesteron. Cyproteronacetaat blokkeert competitief de receptoren van de androgeenafhankelijke organen zoals huid en testes. De leverfuncties moeten hierbij regelmatig worden gecontroleerd. Medroxyprogesteron remt de hypofyse in het uitscheiden van de gonadotrofinen LH en FSH. Beide zijn verkrijgbaar als tablet en als depotinjectie.

Onder de tweede groep vallen onder meer gosereline en triptoreline. GnRH is een peptide afkomstig uit de hypothalamus, die de hypofyse aanzet tot productie van LH en FSH. GnRH-remmers hebben aanvankelijk dezelfde werking als testosteronantagonisten, maar bij voortgezet gebruik treedt echter suppressie op van de testosteronproductie door uitputting en ongevoelig worden van

de gonadotrope hypofysecellen. Gosereline is beschikbaar in de vorm van een implantatiestaafje en triptoreline in de vorm van injectievloeistof (Hoogveen & Van der Veer 2007).

Omdat hyperseksualiteit zelden een op zichzelf staand symptoom is, dient eerst een hypothese gevormd te worden over de plaats ervan in de gehele problematiek van de patiënt. Vervolgens wordt op basis hiervan de behandeling in een hiërarchie van probleemgebieden ingezet (Travin 1995).

Wanneer het seksueel gedrag impulsief en grensoverschrijdend is, dan is medicamenteuze behandeling ons inziens direct aangewezen. Hiervoor zijn verschillende protocollen opgesteld, door Bradford (2001), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2003) en door het Forensisch-Psychiatrisch Instituut De Kijvelanden (2004). De behandeling dient langdurig te zijn (Van Marle 2005).

LITERATUUR

- Abouesh, A., & Clayton, A. (1999). Compulsive voyeurism and exhibitionism: a clinical response to paroxetine. *Archives of Sexual Behaviour*, 28, 23-30.
- Bradford, J.M.W. (1999). The paraphilias, obsessive-compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behaviour. *Psychiatric Quarterly*, 70, 209-219.
- Bradford, J.M.W. (2001). The neurobiology, neuropharmacology and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 26-34.
- Forensisch-Psychiatrisch Instituut De Kijvelanden (2004). Protocol libidoremmende medicatie.
- Hoogveen, J.H., & Van der Veer, E. (2007). Bijwerkingen van farmacotherapie met de langwerkende gonadorelineagonist triptoreline bij parafilie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 111-115.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2003). Antihormonale farmacotherapie bij seksuele delinquenten. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree. *Handbook of Sexual Assault*, (pp. 257-275). New York: Plenum Press.
- Rösler, A., & Witztum, E. (2000). Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behavioural Sciences and the Law*, 18,

43-56.

- Travin, S. (1995). Compulsive sexual behaviours. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18, 155-169.
- Marle, H.J.C. van. (2005). Drangstoornissen. In M.W. Hengeveld & A.J.L.M. van Balkom (Red.), *Leerboek Psychiatrie* (pp. 415-424). Utrecht: De Tijdstroom.
- Megen, H. J.G.M. van, & Van Balkom, A J.L.M. (2005). Obsessieve-compulsieve stoornis. In M.W. Hengeveld & A.J.L.M. van Balkom (Red.), *Leerboek Psychiatrie* (pp. 292-299). Utrecht: De Tijdstroom.
- Praag, H.M. van, (2000). Diagnostiek en classificatie van psychiatrische ziektebeelden. In H.M. van Praag & A.J.L.M. van Balkom, H. van Engeland, e.a. (Red.), *Psychofarmaca* (pp 8-19). Assen: Van Gorcum.

AUTEURS

J. JAIRAM is arts in opleiding tot psychiater bij de afdeling Puls van het Bavo-Europort.

H.J.C. VAN MARLE is hoogleraar forensische psychiatrie op de afdeling psychiatrie van het Erasmus MC, en aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, faculteit rechtsgeleerdheid. Hij werkt ook bij de forensische polikliniek Het DOK.

Correspondentieadres: J. Jairam, Bachlaan 73, 3261 WB, Oud-Beijerland.

E-mail: jaj86@hetnet.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-8-2007.

SUMMARY

The treatment of hypersexuality in a male with obsessive compulsive disorder as psychiatric co-morbidity – J. Jairam, H.J.C. van Marle –
Patients with paraphilias often also have psychiatric co-morbidity. In this study of a case from an outpatient clinic we discuss the treatment of paraphilia not otherwise specified, characterised by hypersexuality, in a patient with paraphilia and psychiatric co-morbidity. After explaining the diagnosis and treatment plan we describe how the treatment proceeded. We begin by focusing on interventions to tackle the symptoms of obsessive-compulsive disorder and then concentrate more on the patient's hypersexuality and treatment by means of pharmacology. Thereafter we make a more detailed study of the role played by libido-reducing drug in the treatment of the patient's hypersexuality.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)2, 113-117]

KEY WORDS hypersexuality, pharmacotherapy, co-morbidity