

Sekssomnia tijdens behandeling met een selectieve serotonineheropnameremmer

D.G.H. KROL

SAMENVATTING Sekssomnia is een parasomnie die gekenmerkt wordt door seksueel gedrag. Bij een 30-jarige man zonder voorgeschiedenis van parasomnieën of hiermee samenhangende risicofactoren ontwikkelde zich na drie weken behandeling met de selectieve serotonineheropnameremmer escitalopram 10 mg seksueel gedrag tijdens de slaap. Het gedrag verdween zes dagen na het staken van het gebruik van escitalopram. De relatie in de tijd tussen het optreden van de parasomnie en het gebruik van dit middel suggereert een causaal verband, mogelijk terug te voeren op verhoogde serotonerge neurotransmissie in de raphekern.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)11, 735-739]

TREFWOORDEN escitalopram, parasomnie, sekssomnia

‘Slaapseks’ oftewel ‘sekssomnia’ is de term die Shapiro e.a. (2003) introduceerden voor een parasomnie die gekenmerkt wordt door seksueel gedrag tijdens de slaap. Deze parasomnie wordt gerekend tot de groep van ‘stoornissen in de arousal’ (uit de non-REM-slaap; REM staat voor rapid eye movements) en is opgenomen in de International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2). De stoornis is in zoverre uniek onder de parasomnieën omdat de gedragingen meestal plaatsvinden in relatie tot een andere persoon. In dit tijdschrift werd eerder een patiënt beschreven met seksueel gedrag in de slaap (Versonnen 1997).

Ik beschrijf in dit artikel een man bij wie het optreden van deze specifieke parasomnie in verband gebracht werd met het gebruik van een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI); voor zover mij bekend is, is dit de eerste gevalsbeschrijving over deze bijwerking.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 30-jarige man zonder psychiatrische

stoornissen in de voorgeschiedenis of in de familieanamnese werd door zijn huisarts verwezen in verband met een sinds vier maanden bestaande verlaagde stemming. Hij gebruikte geen medicatie en dronk nauwelijks alcohol. Er was sprake van een depressieve stoornis, verder geclassificeerd als een eenmalige episode, matig van ernst. Patiënt was somber en genoot nergens meer van. Hij had last van schuldgevoelens, in- en doorslaapstoornissen, concentratiestoornissen, een diffuse sociale angst en overmatig zweten. Zijn seksuele belangstelling was verminderd. Hij had maximaal 2 keer per week gemeenschap met zijn vriendin, met wie hij sinds 7 jaar een goede relatie had. De score op de Hamilton Rating Scale for Depression bedroeg 18. De patiënt plaatste het ontstaan van zijn klachten tegen de achtergrond van een al langer bestaand gevoel van onvrede met zijn werk. Na uitleg over de werking en mogelijke bijwerkingen stemde patiënt ermee in om als medicatie escitalopram 10 mg eenmaal daags te gaan gebruiken.

Drie weken later belde hij op, verontrust. Hij vertelde dat hij 's nachts gemeenschap bleek te

hebben gehad met zijn vriendin. 'Bleek' omdat zijn vriendin hem met deze informatie 's ochtends volkomen had verrast. Zij had het tijdstip waarop – steeds ongeveer een uur na het inslapen – weliswaar wat ongebruikelijk gevonden, maar verder had zij niets bijzonders opgemerkt aan het gedrag van haar vriend. Hij had haar gestreeld (ook genitaal) en ontkleed en zij hadden 'zoals anders' de liefde bedreven, waarbij patiënt en zijn vriendin soms van positie wisselden. Patiënt vertelde in dit telefoongesprek geen enkele herinnering te hebben aan zijn nachtelijke amoureuze toenadering. Hij vond het beangstigend 's nachts gedrag te hebben vertoond waar hij zich niet van bewust was geweest en waar hij geen controle over had gehad.

De week hierop herhaalde dit gedrag zich 6 van de 7 nachten. Enkele keren had patiënt er 's ochtends een zeer vage herinnering aan, zonder er helemaal zeker van te zijn dat er ook daadwerkelijk iets was gebeurd. Tweemaal lukte het zijn vriendin om hem wakker te maken, waarna hij, beschaamd, opzettelijk even het bed uit ging om even later weer in te slapen. Patiënt had volgens zijn vriendin ook enkele nachten 'nee' geantwoord op haar expliciete vraag of hij sliep, waarna zij had aangenomen dat patiënt wakker was en zij alsnog gemeenschap hadden gehad. Ook hiervan kon patiënt zich de volgende ochtend niets herinneren.

Temeer daar de depressieve episode niet in remissie ging, werd de behandeling met escitalopram aan het einde van deze vierde week gestaakt. Zes dagen hierna had patiënt zijn laatste nachtelijke 'episode'. In de vijf maanden die sindsdien verstreken, deed het gedrag zich niet meer voor.

Een week na het staken van het gebruik van escitalopram startte patiënt met gebruik van duloxetine 60 mg, later verhoogd tot 90 mg. Acht weken later was zijn depressieve episode volledig in remissie.

Bij navraag bleek dat patiënt nooit last heeft gehad van parasomnieën, ook niet als kind. Een broer van patiënt was als kind bekend geweest met somnambulisme, dat ruim voor de puberteit was verdwenen.

Bij oriënterend laboratoriumonderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Een neuroloog vond na screenend onderzoek geen aanwijzingen voor een neurologisch lijden. Er waren geen aanwijzingen voor een dissociatieve stoornis of simulatie. Uiteindelijk werd op basis van het klinische beeld de diagnose parasomnie gesteld.

METHODE

Een ongelimiteerde zoekopdracht op PubMed met de termen 'sexual behavior sleep AND parasomnia' leverde 14 resultaten op, waarvan er 4 werden gebruikt. De ongelimiteerde zoekopdracht '(SSRI OR citalopram OR escitalopram) AND parasomnia' leverde 6 resultaten op. In slechts één artikel werd het optreden van een parasomnie (bruxisme, tandenknarsen) in verband gebracht met het gebruik van een SSRI. De zoekopdracht 'parasomnia' met de beperkingen 'Engelse taal, review, laatste jaar', leverde 57 resultaten op, waarvan er 2 werden gebruikt.

BESPREKING

Parasomnieën zijn ongewenste motorische, autonome of belevingsfenomenen die zich voordoen tijdens de slaap (Mahowald & Schenck 2005). Ze worden vaak onderscheiden op basis van hun vóórkomen tijdens de verschillende slaapfasen. De hier gepresenteerde parasomnie wordt samen met onder andere somnambulisme (slaapwandelen) en pavor nocturnus gerekend tot de non-REM-slaap-parasomnieën. Dit soort parasomnieën berust op een zogenaamde 'partiële arousal': een plotselinge gedeeltelijke ontwakking uit diepe non-REM-slaap. Deze parasomnieën komen vaak voor bij kinderen, bij wie het optreden ervan als normaal wordt beschouwd. De prevalentie ervan onder volwassenen wordt geschat op ongeveer 4% (Pressman 2007).

Het optreden van dit type parasomnieën wordt veelal verklaard door het verondersteld samenkomen van een genetische predispositie tot partiële arousals, met factoren die de hersenen als

het ware 'op scherp zetten' en vervolgens met invloeden die de parasomnie daadwerkelijk luxeren (Pressman 2007). Factoren die leiden tot een diepere slaap (o.a. slaapdeprivatie), die arousal uit de slaap moeilijker maken (o.a. gebruik van benzodiazepinen of alcohol), of die leiden tot een meer gefragmenteerde slaap (o.a. koorts) zouden de hersenen 'op scherp' kunnen zetten. Voorbeelden van luxerende factoren zijn: enige vorm van lichamelijk contact hebben met de slapende, het klinken van een hard geluid en stoornissen in de ademhaling van de patiënt, zoals snurken en apneus (Pressman 2007).

De diagnose parasomnie kan worden gesteld op grond van het (hetero)anamnestisch verkregen klinisch beeld. Zo nodig worden neurologische, somatische en (andere) psychiatrische stoornissen uitgesloten.

De gedragingen van een persoon tijdens een non-REM-slaapparasomnie kunnen zeer complex zijn. Er zijn gevallen beschreven van personen die eten, autorijden, paardrijden of een moord plegen tijdens hun slaap (Shapiro e.a. 2003). Dat deze gedragingen als onderdeel van een parasomnie tijdens de slaap kunnen optreden, wordt verklaard vanuit de aanname dat tijdens een partiële arousal de toestanden waken en slapen, zij het onvolledig, naast elkaar kunnen bestaan. Verschillende hogere-ordefuncties, zoals het bewustzijn, zijn gestoord tijdens een partiële arousal doordat belangrijke corticale gebieden, zoals de gebieden die verantwoordelijk zijn voor herinnering en leren en de gebieden die ons helpen te onderscheiden of stimuli voortkomen uit het interne milieu of de externe werkelijkheid tijdens de arousal inactief blijven (Shapiro e.a. 2003). Mensen kunnen dus weliswaar complexe handelingen verrichten tijdens een parasomnie, maar zij hebben hierover geen intentionele controle.

Een en ander kan juridische implicaties hebben, maar mensen die anderen iets aandoen tijdens een parasomnie worden over het algemeen vrijgesproken. Uitzonderingen zijn gevallen waarin mensen die op de hoogte zijn van hun potentieel gevaarlijk gedrag tijdens de slaap, nala-

ten om stappen te nemen om herhaling van het gedrag te voorkomen (Ebrahim 2006). De patiënt die Versonnen (1997) beschreef, had alles gedaan om herhaling te voorkomen, maar kreeg toch een interneringsmaatregel opgelegd in de vorm van ambulante psychiatrische begeleiding; de auteur heeft hierbij dan ook zijn bedenkingen.

Het was initieel dan ook vooral de aandacht van de forensische geneeskunde voor seksueel gedrag tijdens de slaap die zich in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw vertaalde in de eerste publicaties over dit onderwerp. In 2003 introduceerden Shapiro e.a. (2003) voor het eerst de term 'seksomnia'. Aan de hand van een serie van elf gevalsbeschrijvingen beargumenteerden zij dat het gaat om een op zichzelf staande klinische entiteit, die te onderscheiden is van somnambulisme. Dit onderscheid maken zij op basis van het bij seksomnia overwegend vóórkomen van seksueel georiënteerde gedragingen die (ook) gepaard gaan met bijbehorende autonome opwinding (zoals erectie, ejaculatie en vaginale lubricatie) – deze ontbreken bij somnambulisme.

De klinische uitingsvorm van seksomnia kan liggen in het gehele spectrum van menselijk seksueel gedrag, variërend van vocalisaties en masturbatie tot zowel hetero- als homoseksuele genitale, orale en anale seks (Schenck e.a. 2007). De stoornis is in zoverre uniek onder de parasomnieën omdat er meestal sprake is van een 'partner'. In het geval van de hier beschreven patiënt liet zijn vriendin - zich niet bewust van de toestand van haar vriend - het gedrag ook zonder meer toe. Niet zelden is er echter sprake van ongewild seksueel gedrag.

Over de epidemiologie van de stoornis is nog weinig bekend. Uit een oriënterend internetonderzoek (Trajanovic e.a. 2007) waarbij mensen (n = 219) die symptomen van seksomnia bij zichzelf herkenden, werd gevraagd een vragenlijst in te vullen, bleek een verhouding van 2:1 voor mannen en vrouwen. Ongeveer de helft van de personen had een voorgeschiedenis van parasomnieën in de jeugd. Een kwart had naast de seksomnia ook een andere actuele parasomnie. Bij geen van de perso-

nen was een epileptische stoornis vastgesteld. Wel leed 18,3% van de mensen naar eigen zeggen aan een depressieve stoornis, 11% aan een angststoornis en 4% had een bipolaire stoornis. Voorts was 8,6% van de mannen en 3% van de vrouwen met justitie in aanraking gekomen als gevolg van hun seksuele gedrag. Bij 6% van de gevallen waren (ook) minderjarigen betrokken. Van de betrokkenen gebruikten er 49 medicijnen; 7 van hen gebruikten een SSRI. De auteurs opperen dat medicatiegebruik waarschijnlijk geen grote rol speelt in de etiologie van seksomnia (Trajanovic e.a. 2007).

De parasomnie in de hier beschreven casus ontstond na drie weken gebruik van escitalopram 10 mg, wat kan duiden op een causaal verband. Het feit dat de parasomnie volledig verdween kort na het staken van de escitalopram ondersteunt deze hypothese verder. Er waren bovendien geen verstorende factoren in de vorm van een verandering van het klinische beeld, gebruik van alcohol, drugs of comedatie. Een *rechallenge* met het middel na een wash-outperiode zou vanuit wetenschappelijk oogpunt interessant geweest zijn, maar is niet overwogen omdat het de behandeling van patiënt niet ten goede zou zijn gekomen.

Mocht de parasomnie inderdaad geïnduceerd zijn door het gebruik van de escitalopram, dan ligt het voor de hand dat hieraan een serotonerg mechanisme ten grondslag ligt. Ongeveer drie weken na de start van een SSRI heeft desensitisatie van somatodendritische autoreceptoren van het serotonerge neuron immers geleid tot verlies van remming van de serotonerge neurotransmissie, met een globaal toegenomen serotonerge neurotransmissie als gevolg. Deze toename van serotonerge neurotransmissie vindt ook plaats in de raphekern, waarin aan serotonerge zenuwen een belangrijke rol wordt toebedeeld in de regulatie van de (*slow wave*)slaap. Mogelijk dat het een verstoring van de serotonerge neurotransmissie in de raphekern is geweest die bij de beschreven patiënt heeft geleid tot het optreden van de seksomnia.

CONCLUSIE

Sekssomnia is een relatief onbekende en voor de patiënt en zijn of haar omgeving in potentie zeer vervelende parasomnie. Mogelijk kan het optreden van deze stoornis worden geluxeerd door behandeling met een SSRI.

LITERATUUR

- Ebrahim, I.O. (2006). Somnambulistic sexual behaviour (sexomnia). *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13, 219-224.
- Mahowald, M.W., & Schenck, C.H. (2005). Non-rapid eye movement parasomnias. *Neurologic Clinics*, 23, 1077-1106.
- Pressman, M.R. (2007). Factors that predispose, prime and precipitate nREM parasomnias in adults: clinical and forensic implications. *Sleep Medicine Reviews*, 11, 5-30.
- Schenck, C.H., Arnulf, I., & Mahowald, M.W. (2007). Sleep and sex: what can go wrong? A review of the literature on sleep related disorders and abnormal sexual behaviors and experiences. *Sleep*, 30, 683-702.
- Shapiro, C.M., Trajanovic, N.N., & Fedoroff, J.P. (2003). Sexomnia - a new parasomnia? *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 311-317.
- Trajanovic, N.N., Mangan, M., & Shapiro, C.M. (2007). Sexual behaviour in sleep: an internet survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 1024-1031.
- Versonnen, F., (1997). Seksuele handelingen als bijzondere vorm van parasomnie? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 409-414.

AUTEUR

D.G.H. KROL is werkzaam als psychiater bij de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht.
Correspondentieadres: D.G.H. Krol, Militaire Geestelijke Gezondheidszorg, Regiocentrum Midden, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht.
E-mail: dgh.krol@mindef.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-4-2008.

SUMMARY

Sexsomnia during treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor – D.G.H. Krol –

Sexsomnia is a parasomnia characterised by sexual behaviour. A 30-year-old man, with no history of parasomnias or related precipitating factors, developed sexual behaviour during sleep after three weeks of treatment with escitalopram 10 mg daily. The parasomnia disappeared on the sixth day after the escitalopram had been stopped. The temporal relationship between the use of this selective serotonin reuptake inhibitor and the occurrence of the parasomnia suggests a causal relationship, possibly related to increased serotonergic neurotransmission in the raphe nucleus.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)11, 735-739]

KEY WORDS escitalopram, parasomnia, sexsomnia