

Seksueel gedrag van patiënten in een psychiatrische kliniek

door P. Sienaert, P. Nijs en W. Vandereycken

Gepubliceerd in 1996, no. 4

Samenvatting

Ongeveer de helft van de patiënten die zijn opgenomen in een psychiatrische kliniek, blijkt seksueel actief te zijn. In vele gevallen gaat het om seksueel risicogedrag. Nochtans krijgt de seksualiteit van de gehospitaliseerde patiënt nauwelijks aandacht, in de literatuur evenmin als in de dagelijkse praktijk. Toch zijn patiënten geen seksloze wezens. Ze willen praten over hun seksuele bekommernissen en angsten. Hulpverleners dienen patiënt een taal aan te bieden om over 'die dingen' te praten. Het is de taak van de beleidsinstanties om een duidelijke beleidlijn op te stellen, zodat de verantwoordelijkheid minder weegt op de schouders van de hulpverlener en de kans op tegenstrijdige houdingen binnen een team afneemt.

Inleiding

Ongeveer een kwart eeuw geleden schreef Andrau (1969): 'La sexualité ou les échanges sexuels sont loins d'être inexistant dans l'institution psychiatrique, mais ces échanges n'ont pas de place dans cette institution'. Wanneer we de literatuur betreffende seksualiteit en psychiatrie tot op heden bestuderen, merken we dat er in de afgelopen 25 jaar weinig is veranderd. Binnen het psychiatrisch instituut is nog steeds geen plaats voor de seksualiteitsbeleving van patiënten, ook al tonen recente onderzoeken aan dat seksueel gedrag er verre van onbestaand is.

Men is het er in de literatuur betreffende de seksualiteit van psychiatrische patiënten over eens dat er heel weinig over dit onderwerp geschreven is (Modestin 1993). Nog minder vindt men terug over hoe het gesteld is binnen de muren van psychiatrische instellingen, welke seksuele interacties zich daar voordoen en wat de houding van de hulpverlener zou moeten zijn. Toch hebben velen zich een mening gevormd over het seksuele gedrag van deze patiënten en hun seksuele uitingen.

'Dank zij' de toenemende AIDS-dreiging is er een toegenomen interesse ontstaan in het seksuele gedrag - meer bepaald het seksuele *risicogedrag* - van de gehospitaliseerde psychiatrische patiënt. Daarnaast is er een groeiende aandacht voor het probleem van seksuele traumatisering bij patiënten. Deze interesse voor de seksualiteit van de patiënt is zeker positief te noemen. Keerzijde van de medaille is echter dat vooral problematisch seksueel gedrag belangstelling krijgt. In dit artikel wordt de aandacht uitsluitend gericht op het seksuele gedrag van patiënten binnen de residentiële psychiatrie en op de houding van het hulpverlenend personeel tegenover dat seksuele gedrag. Los van het diagnostisch denken proberen we een beeld te schetsen van wat er binnen een psychiatrische afdeling wordt waargenomen.

Incidentie van seksueel gedrag

De weinige, zeer uiteenlopende, cijfers over seksuele interacties bij opgenomen patiënten die in de literatuur terug te vinden zijn, worden weergegeven in tabel 1. De meeste vroegere studies geven ons de indruk van een hyposeksualiteit, die volgens sommigen te wijten is aan de vermindering van de libido ten gevolge van langdurige abstinentie (Andrau 1969) of langdurig medicatiegebruik. In een

onderzoek bij 113 gehospitaliseerde schizofrenen blijkt de hospitalisatieduur inderdaad een negatieve invloed te hebben op de seksuele interesse (Lyketsos e.a. 1983). Keitner en Grof (1981) menen dat de hoogste frequentie van relatievorming wordt gezien op afdelingen waar men langer dan twee tot vier weken maar korter dan drie tot zes maanden verblijft. Patiënten hebben dan meer tijd voor het ontwikkelen van een relatie, maar zijn niet dermate ‘chronisch’ dat ze de seksuele interesse in de medemens hebben verloren. Meer recente onderzoeken laten beduidend hogere cijfers van seksuele activiteit zien. Zo zouden gehospitaliseerde adolescenten in 53% van de gevallen seksueel actief zijn, wat bijna het dubbele is van hun schoolgaande leeftijdgenoten (DiClemente en Ponton 1993). Het is echter moeilijk om de vroegere cijfers met cijfers uit de meer recente onderzoeken te vergelijken, omdat in deze laatste niet uitsluitend sprake is van seksueel gedrag *tijdens* de hospitalisatie, doch van seksueel gedrag in het algemeen (bij DiClemente en Ponton 1993), of in de zes maanden die aan het onderzoek voorafgingen (bij McKinnon e.a. 1993 en Cournos e.a. 1994).

Tabel 1: Frequentie van seksuele interacties bij gehospitaliseerde psychiatrische patiënten

Auteur	Aantal patiënten	Seksueel actief Aantal	(%)
Kretz (1969)	—	0	(0)
Morgan en Rogers (1971)	506	93	(18)
Akhtar e.a. (1977)	1120	34	(3)
Vealek en Lane (1981)	1000	26	(2.6)
Modestin (1981)	1060	16	(1.5)
Keitner en Grof (1986)	482	52	(10.7)
Sacks e.a. (1990)	113	48	(42)*
DiClemente en Ponton (1993)	76	40	(52.6)
McKinnon e.a. (1993)	24	16	(66.7)
Cournos e.a. (1994)	95	42	(44)

* In de studie van Sacks e.a. (1990) wordt uitsluitend seksueel *risicogedrag* bedoeld (zie tekst)

Een andere oorzaak van het verschil in prevalentiecijfers is de methodologie van het onderzoek. In vroegere onderzoeken werd aan verpleegkundigen gevraagd hoeveel patiënten ze hadden ‘betrapt’ (Akhtar e.a. 1977; Modestin 1981; Keitner e.a. 1986). Het is echter zeer de vraag in hoeverre het geheugen van de hulpverleners een betrouwbare informatiebron is en in hoeverre de verpleegkundigen het geobserveerde seksuele gedrag rapporteren, zeker wanneer we bedenken dat ‘les institutions restent en effet silencieuses sur les problèmes posés par les échanges sexuels’ (Andrau 1969). Bovendien kan het personeel niet alles observeren en zijn patiënten ongetwijfeld in staat om ‘uit noodzaak’ (Andrau 1969) onopgemerkt seksueel actief te zijn. In meer recente onderzoeken worden de patiënten zelf op wetenschappelijk verantwoorde wijze ondervraagd (McKinnon e.a. 1993), waardoor deze resultaten waarschijnlijk meer betrouwbaar zijn. Ten slotte is het motief van de onderzoeken in de jaren zeventig verschillend van dat van de recente onderzoeken. Een aantal recente onderzoeken gaat na in hoeverre in de psychiatrische kliniek seksueel risicogedrag (AIDS) wordt gesteld. Ze hebben de bedoeling een probleem aan te kaarten (Cournos e.a. 1994; DiClemente en Ponton 1993; Sacks e.a. 1990). Vroegere onderzoeken zijn dikwijls opgezet om na te gaan hoe de toestand was op de nieuwe ‘gemengde’ afdelingen en aan te tonen dat ‘het allemaal nogal meeviel’ wat de seksuele interacties betrof (Kretz 1969; Morgan en Rogers 1971). Kretz (1969) stelt bijvoorbeeld dat in het

eerste anderhalf jaar na het oprichten van een gemengde afdeling geen enkel geval van seksueel contact werd geobserveerd. Het seksuele contact tussen twee neurotici werd verdoezelend afgedaan als een 'erotische Entgleisung'. In hoeverre dit de cijfers kleurt is zeer de vraag.

Karakteristieken van seksueel gedrag en relatievorming

Kenmerken van patiënten - Uiteenlopende diagnoses worden geassocieerd met seksueel gedrag en relatievorming, doch een verband tussen een bepaalde psychiatrische aandoening en seksuele activiteit is er niet gevonden (Schneider e.a. 1964). In één studie wordt aangegeven dat vooral patiënten met persoonlijkheidsstoornissen seksuele 'interacties' aangaan, terwijl patiënten die 'mentaal subnormaal' zijn meestal 'solitair seksueel gedrag' vertonen zoals openlijk masturberen (Akhtar e.a. 1977). Volgens Hartocollis (1964) zijn patiënten die seksueel gedrag vertonen op een afdeling, emotioneel labiel en eufor wanneer ze een relatie aangaan, terwijl ze depressief decompenseren als de relatie afgebroken wordt.

In de studie van Cournos en medewerkers (1994) scoren de schizofrenen die seksueel actief zijn hoger op de 'general psychopathology scale' van de Positive and Negative Syndrome Scale. Patiënten met multiple sekspartners hadden globaal gezien een lager niveau van functioneren en méér positieve symptomen. Morgan en Rogers (1971) menen dat juist de groep die minder ziek en minder teruggetrokken is, bij voorkeur een relatie aangaat. Ze zouden ook een betere prognose hebben. Ook het personeel in de studie van Strauss en medewerkers (1988) geeft aan dat vooral patiënten die het minst door hun stoornis zijn beperkt, het meest openhartig zijn en het minst scrupules hebben, het meest seksueel actief zijn.

Vroegere studies stelden dat vooral jongere vrijgezellen in seksuele interacties betrokken zouden raken (Akhtar e.a. 1977). Recent onderzoek toont aan dat er geen verband is tussen seksuele activiteit en leeftijd of geslacht. Wel wordt er een verband gevonden tussen jongere leeftijd en het hebben van meerdere partners (Cournos e.a. 1994).

Karakteristieken van seksuele interacties en relaties - Alleen Keitner en medewerkers (1986) beschrijven de kenmerken van de in de kliniek gevormde relaties. Een duidelijke minderheid van de relaties is louter seksueel. Drie vierde van de relaties wordt met wederzijdse goedkeuring aangegaan. De helft van de aangegane relaties wordt door de auteurs als destructief of exploiterend bestempeld. Het merendeel van de seksuele interacties speelt zich tussen patiënten onderling af en 62% van de gehospitaliseerden blijkt er meerdere seksuele partners op na te houden (DiClemente en Ponton 1993; Cournos e.a. 1994). Modestin (1981) onderscheidt drie types van openlijke heteroseksuele interacties in het ziekenhuis. Het eerste type seksueel gedrag 'benadert de normaliteit', hoewel de betrokkenen volgens de auteur gekenmerkt zijn door een zekere immaturiteit en ego-zwakke. Het tweede type betreft 'demonstratief en normoverschrijdend' erotisch contact, maar genitaal contact wordt uit angst en innerlijke remmingen vermeden. Een laatste type is een meestal eenmalige, louter fysieke interactie tussen partners die met elkaar geen enkele vorm van interpersoonlijke relatie delen, behalve de bereidheid om seks met elkaar te hebben. De auteur beschouwt elk van deze interactietypes als schadelijk. Ze interfereren met de behandeling of zijn onpersoonlijk en schenken geen voldoening.

Tien procent van de gehospitaliseerde seksueel actieve schizofrene patiënten (Cournos e.a. 1994) en 20% van de gehospitaliseerde adolescenten (DiClemente en Ponton 1993) rapporteren homoseksuele contacten. In het onderzoek van McKinnon en medewerkers (1993) wordt homoseksueel contact door geen enkele patiënt gemeld. Naast het te verwachten penovaginaal contact melden Cournos en medewerkers (1994) in ongeveer een vijfde van de gevallen ook heteroseksueel penoanaal contact. 'Seks-ruilgedrag', waarbij seks wordt aangeboden of gevraagd in ruil voor geld, drugs of medicatie, is een vorm van seksueel gedrag dat vaak wordt gezien in de psychiatrische kliniek. Van de

gehospitaliseerde schizofrenen blijkt de helft dit wel eens te doen (Cournos e.a. 1994), evenals een aanzienlijk deel van gehospitaliseerde adolescenten (DiClemente en Ponton 1993). Mannen zouden meer seks kopen, terwijl vrouwen eerder seks zullen verkopen. Seks-ruilgedrag lijkt sterk geassocieerd te zijn met het hebben van meerdere partners (Cournos e.a. 1994).

Seksueel gedrag van gehospitaliseerde psychiatrische patiënten is vaak een risicogedrag. Slechts 8% van de seksueel actieve schizofrenen (Cournos e.a. 1994) en 23% van de adolescenten in een psychiatrische kliniek (DiClemente en Ponton 1993) zeggen altijd een condoom te gebruiken. De helft van hen met meerdere partners en liefst 71% van hen met één sekspartner zeggen nooit een condoom te gebruiken (Cournos e.a. 1994). Ten slotte blijkt er een sterke associatie te zijn tussen seksuele activiteit en drug- en alcoholgebruik, wat ook een invloed kan hebben op frequentie van risicogedrag (Cournos e.a. 1994).

Factoren die een invloed hebben op seksualiteit

Psychische stoornis en psychofarmaca - Een psychische stoornis en de medicamenteuze behandeling ervan zijn ongetwijfeld de belangrijkste factoren die een invloed kunnen hebben op het seksuele (be)leven van de opgenomen patiënt. Literatuur hieromtrent is schaars, weinig gsystematiseerd en casuïstisch. De mening over het seksuele leven van patiënten met verschillende psychiatrische stoornissen is vaak ingegeven door aloude clichés. Het verwachte verlies in seksuele interesse bij depressieven blijkt echter lang niet altijd aanwezig (Nofzinger e.a. 1993), en ook het seksueel gedrag van de psychoticus is niet altijd 'bizar'. Het seksuele leven van patiënten is vaak nog opvallend gezond (Ernst 1988), doch wordt al te vaak als ziekelijk beschouwd. Uit een onderzoek van Pinderhughes en medewerkers (1972) blijkt echter dat psychiaters ervan uitgaan dat seksuele activiteit in oorzakelijk verband staat met de psychische stoornis en dat seksualiteit de herstelfase vertraagt. In liefst een vierde van de gevallen adviseerden de psychiaters de patiënten om na het ontslag hun seksuele activiteit te verminderen! De auteurs besluiten dat de mening van de psychiaters eerder gebaseerd is op 'indoctrinatie' dan op research.

Psychologische factoren - Opname in een psychiatrische kliniek betekent voor velen een onderbreking van bestaande relatiepatronen en bestaande seksuele contacten. Seksueel gedrag, of althans het uiten van seksuele wensen, tijdens een opname kan in deze relationele context dan ook worden beschouwd als 'symptomatisch voor de invloed van een psychiatrische opname en wellicht zelfs (als) een uiting van "gezond" seksueel verlangen' (Vandereycken 1991). Een van de belangrijkste psychologische factoren die bijdragen tot het ontstaan van intimiteit in een instituut, is de therapeutische setting op zich. Van patiënten wordt verwacht dat ze 'intieme' aspecten delen met anderen terwijl elke lichamelijke intimiteit achterwege dient te blijven: 'Psychische en affectieve nabijheid (wordt) aangemoedigd, terwijl men tegelijkertijd een lichamelijke afstandelijkheid oplegt' (Vandereycken 1991). In de literatuur gaat men er in het algemeen van uit dat het seksueel gedrag in de kliniek een uitdrukking kan zijn van de bredere problematiek van de patiënt (Akhtar e.a. 1977), die door dat gedrag een appèl doet op de hulpverlener eerder dan op een partner (Keitner e.a. 1986; Modestin 1981; Modestin 1993). Negeert de hulpverlener dit appèl, dan gaat hij voorbij aan een belangrijk aanknopingspunt voor behandeling (Keitner e.a. 1986; Ernst 1988; Modestin 1993).

Houding van het personeel

Eiguer en medewerkers waren in 1974 de eersten die via een enquête de meningen van psychiatrisch personeel nagingen. In hun onderzoek stond 28% van het ondervraagde personeel 'tolerant' ten overstaan van paarvorming tussen patiënten, 40% (vooral verpleegkundigen) stond er 'negatief' tegenover en 20% neutraal, onafhankelijk van de ernst van de stoornis van de patiënten. Een veel gebruikt tegenargument was de gerechtelijke aansprakelijkheid voor eventuele gevolgen van het

seksueel contact tussen (minderjarige) patiënten.

'La sexualité dans l'institution est aussi la sexualité de l'institution' citeert Modestin (1993), waarmee hij bedoelt dat in de omgang van patiënten met hun seksualiteit de omgang van de hulpverlener met zijn seksualiteit wordt weerspiegeld. En, geen van beiden is vrij van algemene overtuigingen, houdingen en taboes. Uit onderzoek blijkt dat vooral persoonlijkheidsfactoren een belangrijke rol spelen bij de houding van hulpverleners tegenover seksueel gedrag van patiënten (Eiguer e.a. 1974; Strauss e.a. 1988; Civic e.a. 1993). Persoonlijke houdingen worden dan professionele gedragingen die kunnen interfereren met een optimale patiëntenzorg (Withersty 1976).

De houding van het team jegens seksueel gedrag en relatievorming wordt door een veelheid van factoren bepaald: de persoonlijkheid van de leidinggevende arts (Keitner en Grof 1981), de aard van het seksueel gedrag, de plaats waar het zich afspeelt (Commons e.a. 1992) en de persoon met wie de patiënt seksueel contact heeft (Strauss e.a. 1988). Merkwaardig genoeg worden competentie noch instemming van de betrokken patiënten door het psychiatrisch team in de beoordeling opgenomen. Dit lijkt er volgens Commons en medewerkers (1992) op te wijzen dat het personeel patiënten niet competent acht of niet in staat tot instemming. Of seksueel gedrag een invloed heeft op het afdelingsklimaat en of deze mogelijke invloed een rol speelt bij de houding van de hulpverlener is, voor zover we weten, niet onderzocht.

Naar een verantwoord seksbeleid

In de literatuur wordt over het algemeen een restrictieve houding gepredikt (Akhtar e.a. 1977; Modestin 1993), hoewel de maatregelen die in de praktijk worden genomen ten aanzien van relaties, niet ongenueanceerd restrictief zijn. In 70 psychiatrische diensten hebben Keitner en Grof (1981) nagevraagd wat het team doet met seksuele en emotionele interacties tussen patiënten. Globaal gezien werden in 19% van de gevallen patiënten gescheiden. In 21% van de relaties werd deze gesteund en therapeutisch gebruikt. Uit een andere studie blijkt dat in 76% van de gevallen de relatie met de betrokkenen werd besproken, in 24% van de gevallen genegeerd en in 30% van de gevallen werden de betrokkenen gescheiden (Keitner e.a. 1986). Op meer chronische afdelingen is de benadering toleranter. Hier wordt de relatie vaker therapeutisch gebruikt en zal men er eerder op een constructieve wijze mee omgaan. Op acute afdelingen wordt een duidelijke tendens gezien om patiënten die seksueel contact met elkaar hebben, te scheiden, terwijl emotionele betrokkenheid wordt ondersteund (Keitner en Grof 1981).

Om met seksualiteit in de psychiatrische kliniek om te gaan stellen Keitner en Grof (1981) enkele algemene richtlijnen voor. Een duidelijk op schrift gestelde beleidslijn zorgt ervoor dat de verantwoordelijkheid niet te zwaar weegt op de individuele personeelsleden (Kolk en Grünell 1994), en dat er minder vaak sprake is van tegenstrijdige houdingen binnen het team. Daarbij hoeft een algemene richtlijn een individuele benadering niet uit te sluiten. Het is van groot belang om te praten over seksualiteit. De meeste patiënten vinden dat een gesprek over seksuele gevoelens een vast onderdeel moet zijn van de behandeling (Pinder-hughes e.a. 1972) en dat de behandelaar moet aangeven dat praten over seks kan (Keseling 1993; Luyens 1994). Ongeveer de helft van de patiënten, vooral psychotici, zegt dat het bespreken van seksuele bekommernissen hen helpt. Ze hebben de behoefte om te horen dat ze 'normaal' zijn en dat hun seksuele gedachten en verlangens niet pervers of afwijkend zijn (Jacobs en Bobek 1991). Praten kan het best in de taal die de patiënt gebruikt (Annon en Robinson 1981), al kan deze zo nodig voorzichtig bijgestuurd worden (Jacobs en Bobek 1991). Hier ligt volgens Luyens (1994) een wezenlijke taak voor de hulpverlener: het aanreiken van een taal om over seksualiteit te praten.

Conclusies

Seksualiteit is een deelgebied binnen de psychiatrische zorgverlening dat voor een groot deel wordt genegeerd, om niet te zeggen ontkend. Dit is heel duidelijk wanneer we het geringe aantal publikaties bekijken die het onderwerp behandelen. Toch komt seksueel gedrag frequent voor op een psychiatrische afdeling en is het bovendien in vele gevallen risicovol.

Naast de grotere belangstelling voor seksueel misbruik is er recent ook aandacht voor de seksualiteit van patiënten vanuit de hoek van AIDS- onderzoek en preventie. Deze 'negatieve' zienswijze is weinig geschikt om de seksualiteit in haar geheel te benaderen. Het gaat om problematische seksualiteit en om seksueel risicogedrag. Het gevaar bestaat dat we vanuit deze 'negatieve' invalshoek opnieuw geneigd zijn de 'normale' seksualiteit van patiënten te ontkennen. Het gros van de hulpverleners durft seksuele thema's niet direct bespreken. Voor 'die dingen' ontbreekt het hulpverleners en patiënten al te vaak aan de gepaste taal, die juist geleerd wordt door de seksualiteit in gesprekken niet uit de weg te gaan.

In de literatuur wordt over het algemeen een restrictieve houding jegens seksueel gedrag en relatievorming tussen psychiatrische patiënten als de meest geëigende vooropgesteld, al is men het er ook over eens dat individueel aangepaste maatregelen moeten worden genomen (Modestin 1993). Het rigoureuze verbieden van seksueel contact en relaties zal immers vele therapeutische mogelijkheden onbenut laten (Eiguer e.a. 1974). Of het beleid ten aanzien van seksualiteit in een instelling eerder restrictief dan wel permissief moet zijn, is, zo menen we, niet het belangrijkste. Belangrijker is dat elke instelling beschikt over een duidelijke beleidslijn, die aan patiënten bij opname wordt meegedeeld (bijvoorbeeld in een informatiebrochure), die met (nieuwe) personeelsleden wordt besproken en die op een consequente manier kan worden gehanteerd. Juist hierin ligt de taak van de beleidsinstanties die al te vaak voorbijgaan aan seksuele problemen binnen de muren van hun instelling en dan ook afzien van het opstellen van expliciete beleidslijnen. Daardoor maken ze het hun werknemers, de hulpverleners, allerminst gemakkelijk.

De meeste studies besluiten hun 'discussie' met de stelling dat er meer onderzoek nodig is om meer klaarheid te kunnen bieden. Ook hier kunnen we een dergelijk besluit formuleren: het gebrek aan degelijk gesystemiseerd onderzoek is schrijnend. De meeste onderzoeken belichten het onderwerp bovendien op een vrij eenzijdige manier, die niet wars is van enig vooroordeel. Een eerste stap in het verdere onderzoek zou het systematisch inventariseren moeten zijn. Dit kan op zichzelf reeds bijdragen tot de bewustwording van het probleem. Het kan de thematiek voor de hulpverlener meer bespreekbaar maken en een licht werpen op tekorten in de opleiding van hulpverlenend personeel.

Literatuur

Akhtar, S., E. Crocker, N. Dickey e.a. (1977), Overt sexual behavior among psychiatric inpatients. *Diseases of the Nervous System*

, 38, 359-361.

Andrau, R. (1969), Sexualité et institution. *Evolution Psychiatrique*, 34, 503-524.

Annon, J.S., en C.H. Robinson (1981), A practical approach to day to day sexual problems. In: D.A. Shore en H.L. Gochros (red.), *Sexual problems of adolescents in institutions*. Charles C. Thomas, Springfield (Illinois), p. 104-117.

- Civic, D., G. Walsh en D. McBride (1993), Staff perspectives on sexual behavior of patients in a state psychiatric hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 887-889.
- Commons, M.L., J.T. Bohn, L.T. Godon e.a. (1992), Professionals' attitudes towards sex between institutionalized patients. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 571- 580.
- Cournos, F., J.R. Guido, S. Coomaraswamy e.a. (1994), Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 228-232.
- DiClemente, R.J., en L.E. Ponton (1993), HIV-related risk behaviors among psychiatrically hospitalized adolescents and school-based adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 150, 324-325.
- Eiguer, A., D. Litovsky en F. Chapins (1974), Contribution à l'étude de la mixité et de la formation des couples en milieu psychiatrique. *Information Psychiatrique*, 50, 915-929.
- Ernst, K. (1988), Liebe in der psychiatrischen Klinik. In: K. Ernst, *Praktische Klinikpsychiatrie*. Springer-Verlag, Berlijn.
- Hartocollis, P. (1964), Hospital romances: some vicissitudes of transference. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 28, 62-71.
- Jacobs, P., en S.C. Bobek (1991), Sexual needs of the schizophrenic client. *Perspectives in Psychiatric Care*, 27, 15-20.
- Keitner, G., en P. Grof (1981), Sexual and emotional intimacy between psychiatric inpatients: formulating a policy. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 188- 193.
- Keitner, G.I., L.M. Baldwin en M.J. McKendall (1986), Copatient relationships on a short-term psychiatric unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 166-170.
- Keseling, J. (1993), Ongestoord samenzijn. In: E. Rurup (red.), *Seksualiteit en intimiteit in Veldwijk*. Psychiatrisch Ziekenhuis Veldwijk, Ermelo.
- Kolk, J., en M. Grünell (1994), Gemankeerde seksualiteit: beleid rond seksueel misbruik bij instellingen voor mensen met een lichamelijke handicap. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 49, 277-289.
- Kretz, H. (1969), Sozialpsychiatrische Einrichtungen mit oder ohne Trennung der Geschlechter? *Nervenarzt*, 40, 176-183.
- Luyens, M. (1994), *Hoe ga ik als hulpverlener om met seksualiteit?* Lezing gegeven op de studiedag 'Seksualiteit uit de sfeer van het taboe', 11 mei 1994, Leuven.
- Lyketsos, G.C., P. Sakka en A. Mailis (1983), The sexual adjustment of chronic schizophrenics: a preliminary study. *British Journal of Psychiatry*, 143, 376-382.
- McKinnon, K., F. Cournos en H.F.L. Meyer-Bahlburg e.a. (1993), Reliability of sexual risk behavior interviews with psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 972-974.
- Modestin, J. (1981), Patterns of overt sexual interaction among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64, 446-459.

Modestin, J. (1993), Zur Sexualität auf psychiatrische Akutabteilungen. *Psychiatrische Praxis*, 20, 51-55.

Morgan, R., en J. Rogers (1971), Some results of the policy of integrating men and women patients in a mental hospital. *Social Psychiatry*, 6, 113-116.

Nofzinger, E.A., M.E. Thase, C.F. Reynolds e.a. (1993), Sexual function in depressed men: assessment by self-report, behavioral and nocturnal penile tumescence measures before and after treatment with cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 24-30.

Pinderhughes, C.A., E.B. Grace en L.J. Reyna (1972), Psychiatric disorders and sexual functioning. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1276-1283. *Psychiatry in Medicine*, 22, 305-327.

Sacks, M.H., S. Perry, R. Graver e.a. (1990), Self-reported HIV-related risk behaviors in acute psychiatric inpatients: a pilot study. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1253-1255.

Strauss, B., H. Prager, H. Appelt en J. Gross (1988), Der Stellenwert der Sexualität im psychiatrischen Klinikalltag: Ergebnisse einer Personalbefragung. *Psychiatrische Praxis*, 15, 202-208.

Vandereycken, W. (1991), Seksualiteit en relatievorming in een psychiatrische afdeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 15, 41-46.

Vandereycken, W. (1993) Shrinking sexuality: the half-known sex life of psychiatric patients. *Therapeutic Communities*, 14, 143-149.

Velek, M., en T.A. Lane (1981), Heterosexual relationships of psychiatric patients established during their treatment. *International Journal of Social Psychiatry*, 27, 111-118.

Withersty, D.J. (1976), Sexual attitudes of hospital personnel: a model for continuing education. *American Journal of Psychiatry*, 133, 573-575.

Summary: Sexual behaviour of psychiatric inpatients

Approximately half of the patients in a psychiatric hospital appear to be sexually active, and in many cases it concerns risk behaviour (AIDS). Nevertheless, the sexuality of psychiatric patients is receiving strikingly little attention in the literature. These patients are not a-sexual but want to talk about their sexual concerns and anxieties. Clinicians and nursing staff should learn to communicate about 'these things'. With regard to sexual activities within the hospital, the staff should rely on a clear policy.

Dr. P. Sienaert is als arts-assistent werkzaam in het Universitair Centrum St.-Jozef te Kortenberg (prof. dr. J. Peuskens). Prof. dr. P. Nijs is hoofd van de dienst 'Huwelijk en Gezin' van de Universitaire Ziekenhuizen te Leuven. Prof. dr. W. Vandereycken is hoofd van de afdeling Directieve Therapie in de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen. Correspondentieadres: Dr. P. Sienaert, UC St.-Jozef, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg. Telefoon: 02/7580511.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 19-10-1995.