

Openheid over de HIV-infectie, 'coming out' voor de homoseksuele oriëntatie en persoonlijkheidspathologie

C.G. KOOIMAN, F.P. KROON, Y.R. VAN ROOD

ACHTERGROND In de praktijk blijken sommige homoseksuele HIV-seropositieve patiënten belangrijke anderen nog nooit te hebben geïnformeerd over hun seksuele oriëntatie of hun HIV-infectie.

DOEL In dit onderzoek is onderzocht of persoonlijkheidspathologie en een gecompliceerde 'coming out' voor de seksuele oriëntatie geassocieerd zijn met het niet-informeren van belangrijke anderen over de HIV-infectie, resulterend in geringere sociale steun en meer psychopathologie.

METHODE Mannelijke HIV-patiënten van een polikliniek Infectieziekten werden geïnterviewd over de 'coming out' voor de seksuele oriëntatie en de openheid over de HIV-infectie. Daarnaast vulden de patiënten een aantal vragenlijsten in, waarmee persoonlijkheidspathologie, sociale steun en psychiatrische symptomatologie werden vastgelegd.

RESULTATEN Vijfentwintig van de 41 patiënten bleken een persoonlijkheidsstoornis te hebben. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis hadden vaker een gecompliceerd 'coming out'-proces doorgemaakt en de seksualiteit van deze patiënten was na de positieve HIV-test vaker gecompromitteerd. Persoonlijkheidspathologie noch de mate van 'coming out' waren voorspellend voor de mate van openheid over de HIV-infectie. Geslotenheid over de HIV-infectie was niet geassocieerd met sociale steun of met psychiatrische pathologie.

CONCLUSIES De negatieve bevindingen contrasteren met die in de literatuur en zijn mogelijk de weerspiegeling van een relatief liberaal klimaat in Nederland betreffende de seksualiteit.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 10, 729-738]

TREFWOORDEN 'coming out', HIV-infectie, homoseksualiteit, persoonlijkheidsstoornis

In de westerse samenleving verschilt de HIV-infectie van andere ernstige aandoeningen in die zin, dat vooral de mannelijke, homoseksuele gemeenschap er ernstig door wordt getroffen. Momenteel wordt nog bijna de helft van de nieuwe aids-diagnosen gesteld bij homoseksuele mannen (Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999).

'Coming out' is een proces dat begint met

het onderkennen en tolereren van homoseksuele gevoelens en dat idealiter resulteert in de succesvolle integratie van de homoseksuele identiteit in de persoonlijkheid (Coleman 1981, 1982; Isay 1986; Martin 1991). Volgens Martin (1991) kunnen we spreken van een succesvolle integratie wanneer men zijn seksuele oriëntatie positief waardeert als onderdeel van een identiteit die ook bepaald wordt door andere aspecten van het

leven, wanneer men plezier aan de seksualiteit beleeft, en wanneer men in staat is om emotioneel intieme relaties aan te gaan. In onze cultuur worden de seksuele ontwikkeling en de 'coming out' van homoseksuelen bemoeilijkt door de uitzonderingspositie die zij innemen in een overwegend heteroseksuele samenleving.

In de klinische praktijk blijkt dat sommige homoseksuele HIV-seropositieve patiënten hun familie, vrienden of collega's nog nooit hebben geïnformeerd over hun seksuele oriëntatie. In Engels (King 1989) en Amerikaans onderzoek (Cramer & Roach 1988) bij homoseksuele mannen bleek dat bijna 40% van de respondenten de ouders nooit had verteld homoseksueel te zijn.

In een onderzoek (Hays e.a. 1993) bij voornamelijk Anglo-Amerikaanse homoseksuele mannen bleek 47%-60% van de familieleden niet door de respondent geïnformeerd over de HIV-infectie, en in een onderzoek (Marks e.a. 1992) bij voornamelijk Latijns-Amerikaanse homoseksuele mannen was dit zelfs 65%-92%. Mason e.a. (1995) vonden in een vergelijkend onderzoek bij beide groepen overeenkomstige verschillen. Zij concludeerden dat openheid over de HIV-infectie gerelateerd is aan culturele normen en waarden, met een grotere acceptatie van de homoseksualiteit in de Anglo-Amerikaanse dan in de Latijns-Amerikaanse subcultuur. Over het algemeen zijn HIV-patiënten meer geneigd hun vrienden dan hun familie in te lichten over de HIV-infectie (Marks e.a. 1992; Britton e.a. 1993; Hays e.a. 1993; Mansergh e.a. 1995; Mason e.a. 1995). Maar sommige patiënten, variërend van 11% (Mansergh e.a. 1995) tot meer dan 20% (Marks e.a. 1992; Perry e.a. 1994), informeren zelfs een intieme partner niet over de HIV-infectie. Geslotenheid over de HIV-infectie kan ertoe leiden dat minder sociale steun wordt verkregen. Daarnaast kan ook de bereidheid om medische zorg te accepteren afnemen (Kooiman 1992), met daardoor een hoger risico op somatische en psychiatrische complicaties (Hays e.a. 1993).

Het is voorstelbaar dat patiënten die problemen hebben met hun homoseksuele identiteit,

al dan niet onder invloed van culturele normen en waarden, het moeilijker vinden om open te zijn over hun HIV-infectie. De mate van 'coming out' voor de homoseksuele oriëntatie en de openheid over de HIV-infectie blijken inderdaad met elkaar geassocieerd (Marks e.a. 1992; Mason e.a. 1995). Het kan een verstandige beslissing zijn anderen niet over de homoseksuele oriëntatie of de HIV-infectie te informeren, wanneer deze beslissing is gebaseerd op een realistische inschatting van de te verwachten negatieve reacties van anderen. Het blijkt echter dat HIV-patiënten over het algemeen verwachten dat anderen negatiever op het bericht van de HIV-infectie reageren dan feitelijk gebeurt (Mansergh e.a. 1995). De klinische indruk bestaat dat vooral patiënten met persoonlijkheidspathologie problemen hebben met de 'coming out' voor de seksuele oriëntatie en met de openheid over de HIV-infectie (Isay 1986; Schippers 1989; Maasen 1992).

In een exploratieve studie onderzochten wij of persoonlijkheidspathologie volgens de DSM-III-R en een gecompliceerde 'coming out' zijn geassocieerd met geslotenheid over de HIV-infectie en of dit laatste is geassocieerd met geringere sociale steun en met psychiatrische symptomatologie.

METHODEN

Procedure Het onderzoek werd uitgevoerd op de polikliniek Infectieziekten van het Leids Universitair Medisch Centrum. Alle mannelijke patiënten die door seksueel contact een HIV-infectie hadden opgelopen, werden uitgenodigd om aan het onderzoek mee te doen. Nieuwe patiënten werden pas drie maanden na bespreking van de positieve HIV-test gevraagd.

Ernstige morbiditeit, aanwijzingen voor ernstige cerebrale disfuncties (Mini Mental State Examination < 24 punten) en onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal waren redenen om niet in het onderzoek te worden geïncludeerd. Alle geïncludeerde patiënten die hun 'informed consent' gaven, werden door de onder-

zoekers geïnterviewd. In een tweede selectiestap werden die patiënten bij wie in het interview bleek dat zij heteroseksueel waren, van het verdere onderzoek uitgesloten. Voor het onderzoek werd toestemming verkregen van de Commissie Medische Ethiek van het LUMC.

Onderzoeksinstrumenten De internist registreerde van alle patiënten de datum van de eerste positieve HIV-test, het aantal CD-4-positieve lymfocyten en de HIV-classificatie (Centre for Disease Control 1987) ten tijde van het interview. Op klinische indicatie werd door de internist tevens een Mini Mental State Examination (Folstein e.a. 1975) afgenomen.

Door een onderzoeker van de afdeling Psychiatrie werd een gestructureerd interview afgenomen. Dit interview was gebaseerd op een al bestaand interview (Van Zessen e.a. 1989; Van Zessen & Sandfort 1991) en werd op basis van aanvullende literatuurgegevens (Coleman 1987; Martin 1991) over het 'coming out'-proces op enkele punten aangepast. In het interview werd gevraagd naar demografische kenmerken, het 'coming out'-proces, het seksueel gedrag, en de mate waarin de patiënt met anderen had gedeeld dat hij aan een HIV-infectie leed. Algemene indexen voor de mate van 'coming out' en de mate van openheid over de HIV-infectie werden berekend als het percentage beschikbare familieleden en vrienden die door de patiënt over respectievelijk de homoseksualiteit en de HIV-infectie waren geïnformeerd. Daarnaast werd gevraagd of de patiënten dachten dat de personen die door hen niet over deze aspecten waren geïnformeerd, er desalniettemin van op de hoogte waren. Waar dat van toepassing was, hadden de vragen betrekking op de actuele situatie en op de situatie in het jaar voorafgaand aan de positieve HIV-test. Ten slotte definieerden we de patiënten met een gecompliceerde 'coming out' als degenen die getrouwd waren (geweest), degenen die kinderen hadden, of degenen wier moeder en/of vader niet op de hoogte was van de seksuele oriëntatie van de patiënt.

Voor het vaststellen van persoonlijkheidspathologie volgens de DSM-III-R werd gebruikgemaakt van de Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R) (Hyler e.a. 1988, 1990; Ouwersloot e.a. 1989).

De mate van ervaren sociale steun werd vastgelegd met de Social Support Questionnaire (SSQ-6) (Sarason e.a. 1983, 1987). Met de SSQ-6 werd gevraagd naar de mensen die de patiënt tot steun zijn en naar de mate van tevredenheid met de ervaren steun.

De Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Spinhoven e.a. 1997; Zigmond & Snaith 1983) werd gebruikt voor het vastleggen van psychiatrische klachten. De HADS differentieert tussen angst en depressie (drempelwaarde voor elk: ≥ 11) en de scores op de subschalen angst en depressie geven een betrouwbare maat voor de ernst van het psychiatrisch beeld (Aylard e.a. 1987; Lewis & Wessely 1990).

Statistische analyse De continue variabelen bleken niet normaal verdeeld. Daarom werd voor de analyse van de continue variabelen gebruikgemaakt van de U-toets van Mann-Whitney (ongepaard) en de rangtekentoeets van Wilcoxon (gepaard). Voor de nominale variabelen werd gebruikgemaakt van de χ^2 -test of de Fisher's exacte toets (ongepaard) en van de McNemar-toets (gepaard).

RESULTATEN

De onderzoekspopulatie Tien van de 63 in aanmerking komende patiënten voldeden aan een exclusiecriteria. Daarnaast werd één, gehuwde, patiënt zo angstig van de bespreking van de oorzaak van de infectie dat hij door de behandelend internist werd uitgesloten van het onderzoek. Acht patiënten weigerden hun medewerking. Zij verschilden niet van de 44 patiënten die wel werden geïnterviewd wat betreft de onderzochte demografische en somatische variabelen.

Van de 44 geïnterviewde patiënten bleken 3 heteroseksueel te zijn. De overige 41 patiënten,

gemiddelde leeftijd 41,2 jaar ($SD = 9,6$), werden in het onderzoek opgenomen. Een van deze patiënten benoemde zichzelf overigens als al ongeveer tien jaar louter heteroseksueel na een ruim twintig jaar durend homoseksueel bestaan.

Persoonlijkheidspathologie Vijfentwintig (61%) van de 41 patiënten hadden een of meer persoonlijkheidsstoornissen. De patiënten met een persoonlijkheidsstoornis verschilden niet van de andere patiënten met betrekking tot het aantal CD-4-positieve lymfocyten, de HIV-classificatie en de duur dat zij wisten HIV-seropositief te zijn.

'Coming out' voor de homoseksuele oriëntatie Alle patiënten waren van mening dat zij hun seksuele oriëntatie goed hadden geaccepteerd en geen van de patiënten meende dat hij beter heteroseksueel zou zijn geweest. Ruim tachtig procent van de patiënten vertelde vrijmoedig over de eigen homoseksualiteit te spreken als in gezelschap het onderwerp homoseksualiteit aan de orde kwam. Ongeveer driekwart van alle patiënten ervoer de seksuele oriëntatie als een belangrijk aspect van de persoonlijkheid naast andere identificerende aspecten zoals beroep en hobby's. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis verschilden wat betreft deze aspecten niet van de andere patiënten. Wel waren patiënten met een persoonlijkheidsstoornis vaker gehuwd of gehuwd geweest; zeven patiënten, van wie zes met een persoonlijkheidsstoornis, hadden kinderen. Alle patiënten – behalve degene die zich na een lang homoseksueel leven als heteroseksueel beschouwde – die getrouwd waren (geweest) of die kinderen hadden, waren achteraf van mening dat zij geprobeerd hadden een gezin te stichten in een poging om zichzelf een heteroseksueel leven op te leggen. (Zie tabel 1.)

In het jaar voorafgaand aan de positieve HIV-test onderhielden alle patiënten (homo- of hetero)seksuele contacten. Na de positieve HIV-test hadden vooral de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis geen seksuele contacten meer ($p < 0.01$). Zevenendertig procent ($n = 15$) van de

patiënten, van wie 12 met een persoonlijkheidsstoornis, onderhield vóór de positieve HIV-test losse, anonieme, homoseksuele contacten. Na de positieve HIV-test was dat percentage wel gedaald, maar nog steeds 20%. (Zie tabel 1.)

Het merendeel van belangrijke anderen was door de patiënten geïnformeerd over de seksuele oriëntatie; hierbij werden geen verschillen gevonden tussen patiënten met of zonder persoonlijkheidsstoornis (zie tabel 2). Desalniettemin bleek 19% tot 34% van de ouders niet door de patiënt zélf te zijn geïnformeerd over zijn seksuele oriëntatie. Dit wil overigens niet zeggen dat deze personen over het algemeen niet geïnformeerd waren; zij waren vaak door anderen geïnformeerd. Slechts vijf patiënten, van wie vier mét en één zonder persoonlijkheidsstoornis, waren ervan overtuigd dat hun vader of moeder niet op de hoogte was van hun seksuele oriëntatie.

De index voor de mate van 'coming out' varieerde van 25% tot 100%. De dimensionele scores van de PDQ-R ($r = -.23$) en de scores op de afzonderlijke persoonlijkheidsclusters (A: $r = -.19$; B: $r = -.19$; C: $r = -.10$) waren niet gecorreleerd met de algemene index voor 'coming out' voor de seksuele oriëntatie.

13 patiënten (31%) voldeden aan een of meerdere van de criteria voor een gecompliceerd 'coming out'-proces. 11 (85%) van deze patiënten hadden een persoonlijkheidsstoornis ($p < 0.05$).

Openheid over de HIV-infectie De patiënten bleken belangrijke anderen vaker niet in te lichten over de HIV-infectie dan over hun seksuele oriëntatie. Anders dan met betrekking tot de seksuele oriëntatie waren de patiënten er nu van overtuigd dat degenen die niet door henzelf waren geïnformeerd over de HIV-infectie, ook niet van hun HIV-infectie wisten. Patiënten met en zonder persoonlijkheidsstoornis verschilden niet van elkaar in de mate waarin zij anderen over de HIV-infectie hadden ingelicht (zie tabel 2).

Vier patiënten hadden hun partner niet ingelicht over de HIV-infectie. Van een van deze

TABEL 1 Zelfwaardering en gedrag met betrekking tot de homoseksuele identiteit (absolute aantallen met de percentages tussen haakjes)

	PDQ+ n = 25	PDQ- n = 16	totaal n = 41
burgerlijke staat			
ongetrouwd	19 (76)	15 (94)	34 (83)
getrouwd/gescheiden	6 (24)	1 (6)	7 (17)
kinderen	6 (24)	1 (6)	7 (17)
vaste partner*			
nee	13 (52)	4 (25)	17 (42)
ja	12 (48)	12 (75)	24 (58)
acceptatie eigen homoseksualiteit (overwegend) goed	24 (96)	16 (100)	40 (98)
(overwegend) slecht	0	0	0
niet van toepassing	1 (4)	0	1 (2)
houding t.o.v. anderen			
gêne benadrukken	3 (12)	2 (13)	5 (12)
seksuele oriëntatie vrijmoedig	2 (8)	1 (6)	3 (7)
vrijmoedig	20 (80)	13 (81)	33 (81)
belang homoseksuele identiteit			
belangrijkst	2 (8)	0	2 (5)
onbelangrijk	5 (20)	4 (25)	9 (22)
belangrijk naast andere aspecten	18 (72)	12 (75)	30 (73)
homoseksuele contacten ¹			
geen los, anoniem, voor HIV-infectie	11 (44)	4 (25)	15 (37)
los, anoniem, na HIV-infectie	12 (44)	3 (12)	15 (37)
los, niet anoniem met een vaste partner*	7 (28)	1 (6)	8 (20)
	6 (24)	4 (26)	9 (25)
	7 (28)	10 (63)	17 (41)

PDQ = Personality Diagnostic Questionnaire

1. Combinaties mogelijk, som van de percentages kan dus groter zijn dan 100%.

* $p < 0.05$ (bij burgerlijke staat: ongetrouwd versus getrouwd of gescheiden).

patiënten was de relatie ten tijde van het interview al langere tijd verbroken. De andere drie patiënten waren extreem gesloten over hun HIV-infectie. Zij informeerden niet alleen hun partner niet, maar geen enkele andere persoon. Deze drie patiënten voldeden niet aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis of een psychiatrische stoornis. Twee van hen vertelden overigens wel seksueel contact met hun partner te onderhouden. Volgens deze twee patiënten waren hun partners ook niet anderszins op de hoogte van de HIV-infectie.

De algemene index voor openheid over de HIV-infectie varieerde van 0% tot 100%. De dimensionele scores van de PDQ-R ($r = -.02$) en de afzonderlijke clusters A ($r = -.12$), B ($r = -.06$) en C ($r = -.17$) waren niet geassocieerd met de algemene index voor openheid over de HIV-infectie.

De associatie van 'coming out' met de mate van openheid over de HIV-infectie 'Coming out' voor de seksuele oriëntatie was niet geassocieerd met de mate van openheid over de HIV-infectie, noch in het algemeen (algemene index voor 'coming out' versus de algemene index voor openheid over de HIV-infectie, $r = -.13$) noch wat betreft specifieke personen als vader, moeder of anderen.

Sociale steun en psychiatrische symptomen Patiënten met en zonder persoonlijkheidsstoornis verschilden niet van elkaar in het aantal personen van wie zij steun ervoeren en beide groepen waren gemiddeld zeer tevreden met de steun die zij van anderen kregen. Wel hadden patiënten met een persoonlijkheidsstoornis meer angstklachten dan degenen zonder persoonlijkheidsstoornis (zie tabel 3).

De algemene index voor openheid over de HIV-infectie was niet gecorreleerd met de mate van de tevredenheid over de ervaren steun ($r = -.02$), noch met de totaalscore op de HADS ($r = -.05$) of met de score op de aparte schalen voor angst ($r = -.03$) of depressiviteit ($r = -.13$).

TABEL 2 Belangrijke anderen¹ die door de patiënt niet zijn geïnformeerd over de homoseksuele oriëntatie of de HIV-infectie (absolute getallen met de percentages tussen haakjes)

	homoseksualiteit			HIV-infectie		
	PDQ+	PDQ-	totaal	PDQ+	PDQ-	totaal
	n = 25	n = 16	n = 41	n = 25	n = 16	n = 41
moeder	4/23 (17%)	3/14 (21%)	7/37 (19%)	8/19 (42%)	3/13 (23%)	11/32 (34%)
vader	8/24 (33%)	4/10 (40%)	12/35 (34%)	6/13 (46%)	3/7 (43%)	9/20 (45%)
partner (toenmalig)	0/23 (0%)	0/14 (0%)	0/37 (0%)	1/20 (5%)	3/13 (23%)	4/33 (12%)
broers ²	3/23 (13%)	5/14 (36%)	8/37 (22%)	8/23 (35%)	3/14 (21%)	11/37 (30%)
zusters	5/18 (28%)	2/15 (13%)	7/33 (22%)	6/18 (33%)	5/15 (33%)	11/33 (33%)
kinderen	2/6 (33%)	0/1 (0%)	2/7 (29%)	3/6 (50%)	1/1 (100%)	4/7 (57%)
beste homovrienden	0/21 (0%)	0/14 (0%)	0/3 (0%)	4/20 (20%)	1/13 (8%)	5/33 (15%)
beste heterovrienden	2/24 (8%)	3/15 (20%)	5/39 (13%)	6/24 (25%)	4/15 (27%)	10/39 (26%)
collega's	6/25 (24%)	7/16 (44%)	13/41 (32%)	9/20 (45%)	7/15 (47%)	15/34 (44%)

PDQ = Personality Diagnostic Questionnaire

1. De absolute aantallen van de personen aan wie wordt gerefereerd, variëren door bijvoorbeeld sterfgevallen (ouders, partners) of scheidingen (partners).

2. Dit is een conservatieve berekening. Wanneer bijvoorbeeld slechts één van meerdere broers door de patiënt was geïnformeerd, werden alle broers als geïnformeerd beschouwd.

DISCUSSIE

In dit onderzoek werd bij een groep homoseksuele patiënten met een HIV-infectie onderzocht of het niet-informereren van belangrijke anderen over de HIV-infectie geassocieerd is met een gecompliceerde 'coming out' voor de seksuele oriëntatie en met persoonlijkheidspathologie. Persoonlijkheidspathologie noch de mate van 'coming out' was voorspellend voor de mate van openheid over de HIV-infectie. Geslotenheid over de HIV-infectie was niet geassocieerd met sociale steun en niet met psychiatrische pathologie.

Enkele beperkingen van dit onderzoek kunnen de resultaten hebben beïnvloed. Allereerst betreft het een transversaal onderzoek en geen belooponderzoek, zodat strikt genomen geen causale verbanden kunnen worden gelegd. Verder beperkt het kleine aantal patiënten de statistische 'power' van het onderzoek. Ook is be-

kend dat de PDQ-R veel fout-positieve resultaten geeft (Hyler e.a. 1990; Hunt & Andrews 1992), waardoor mogelijke relaties tussen persoonlijkheidspathologie, 'coming out', en openheid over de HIV-infectie kunnen worden gemist. De PDQ-R volgt echter rechtlijnig de DSM-criteria en de scores op de PDQ-R zijn positief geassocieerd met hoge scores voor primitieve afweer (Kooiman & Spinhoven 1996). Hierin kan een aanwijzing gezien worden voor de validiteit van de PDQ-R. Ten slotte kunnen de uitkomsten beïnvloed zijn door selectiebias.

Van de 41 patiënten hadden er 25 (61%) een persoonlijkheidsstoornis. Deze prevalentie is veel hoger dan de 10% die met de PDQ-R in de algemene bevolking wordt gevonden (Reich e.a. 1989; Zimmerman & Coryell 1990), en komt overeen met de prevalentie onder poliklinische psychiatrische patiënten (Hunt & Andrews 1992). Perkins e.a. (1993) vonden met de SCID-II dat HIV-sero-

TABEL 3 Sociale steun en psychiatrische pathologie

	PDQ+	PDQ-
	n = 25	n = 16
aantal personen van wie steun wordt		
ervaren (1-9) (gem. ± SD)	4.4 (2.1)	4.8 (1.9)
tevredenheid met ervaren steun (0-6)		
(gem. ± SD)	5.6 (0.52)	5.7 (0.39)
HADS-score		
angst (gem. ± SD)*	7.9 (4.4)	4.1 (1.8)
depressiviteit (gem. ± SD)*	5.3 (3.7)	3.3 (2.2)
totaalscore (gem. ± SD)*	13.2 (7.2)	7.4 (2.9)
angststoornis (HADS _a ≥ 11)**	7 (28%)	0
stemmingsstoornis (HADS _d ≥ 11)	2 (8%)	0
psychiatrische voorgeschiedenis	9 (36%)	3 (19%)

PDQ = Personality Diagnostic Questionnaire
HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale
* p < 0.01; ** p < 0.05

positieve homoseksuele mannen tweemaal vaker een persoonlijkheidsstoornis hebben dan HIV-seronegatieve homoseksuele mannen (33% versus 15%). Wij veronderstellen dat onder HIV-seropositieve homoseksuele mannen een relatief hoog percentage persoonlijkheidsstoornissen worden gevonden, omdat mannen met een persoonlijkheidsstoornis vaker losse, anonieme, seksuele contacten onderhouden (zie tabel 1) en daardoor een hoger risico lopen op een HIV-infectie. Deze contacten blijken sterk geassocieerd te zijn met seksueel risicogedrag zoals het niet gebruiken van condooms (Biglan e.a. 1990; Kelly e.a. 1991; De Wit e.a. 1993), ondanks kennis van risicofactoren (Bassman 1991; Gold & Skinner 1991; Wiktor e.a. 1990).

Ondanks dat ruim eenderde van de patiënten een gecompliceerd 'coming out'-proces had

doorgemaakt, voelden vrijwel alle patiënten zich ten tijde van het interview heel gelukkig met hun seksuele oriëntatie. Hierbij moet wel worden aangetekend dat vooral bij de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis de seksualiteit na de positieve HIV-test is gecompromitteerd. Een belangrijk deel van de patiënten is dan niet meer seksueel actief, terwijl een ander deel losse, anonieme, contacten blijft onderhouden met mogelijke risico's voor anderen. In de klinische praktijk is seksualiteit daarom een belangrijk onderwerp bij de begeleiding van HIV-seropositieve patiënten. Niet alleen om het belang van 'safe sex' te onderstrepen, maar ook om patiënten te helpen het plezier in seksualiteit te herwinnen.

Een substantieel deel van de door ons onderzochte homoseksuele patiënten had nog nooit met zijn ouders gesproken over zijn seksuele oriëntatie, zij het dat dit minder vaak voorkomt dan wordt vermeld in buitenlandse literatuur (Cramer & Roach 1988; King 1989). Met uitzondering van vijf patiënten waren alle ouders desalniettemin wel op de hoogte van de seksuele oriëntatie van hun zoon.


Men bleek redelijk terughoudend te zijn om anderen te laten weten een HIV-infectie te hebben, ongeacht of men een persoonlijkheidsstoornis had of niet. De percentages familieleden die niet over de HIV-infectie zijn geïnformeerd, zijn duidelijk lager dan in buitenlands onderzoek (Hays e.a. 1993; Marks e.a. 1992; Mason e.a. 1995). Net als in het onderzoek van Mason e.a. (1995) was het meest voorkomende argument dat men anderen, vooral familie, niet wilde belasten zolang men zich nog redelijk gezond voelde.

Een apart probleem vormt de openheid over de HIV-infectie naar een eventuele partner. In dit onderzoek hadden drie patiënten zelfs hun huidige partner niet geïnformeerd over de HIV-infectie, terwijl twee van hen vertelden wel seksueel contact met deze partner te hebben. Dergelijke gegevens onderstrepen de noodzaak dat een behandelend arts zich ervan vergewist of iemand een vaste partner heeft en of die op de

hoogte is van de HIV-infectie. Mocht een patiënt weigeren zijn partner in te lichten, dan zijn wij van mening dat de behandelend arts niet gehouden kan worden aan zijn beroepsgeheim. In het belang van de partner van de patiënt zal de behandelend arts dan het initiatief moeten nemen opdat de partner geïnformeerd wordt, terwijl tegelijkertijd de patiënt zo nodig kan worden verwezen voor psychotherapeutische begeleiding (Adler & Beckett 1989; Searight & Pound 1994). Dit soort problemen kan men overigens vroegtijdig op het spoor komen, wanneer men ook eventuele partners via de patiënt uitnodigt voor de 'post-HIV-test-counseling'.

In tegenstelling tot andere onderzoekers (Marks e.a. 1992; Mason e.a. 1995) vonden wij geen associatie tussen 'coming out' en openheid over de HIV-infectie. En anders dan wij verwachtten, vonden wij niet dat persoonlijkheidspathologie geassocieerd was met geslotenheid over de HIV-infectie. Ook vonden wij geen verband tussen de mate van openheid over de HIV-infectie en de ervaren sociale steun of psychiatrische klachten. Natuurlijk kunnen deze negatieve bevindingen het resultaat zijn van de al genoemde beperkingen van dit onderzoek. Wij veronderstellen echter dat zij ook de werkelijkheid weerspiegelen van een relatief liberaal klimaat in Nederland betreffende de seksualiteit en een over het algemeen goede integratie van de homoseksuele identiteit bij de respondenten.

Uit de resultaten van dit onderzoek concluderen wij dat in de Nederlandse situatie geslotenheid over de HIV-infectie over het algemeen niet geassocieerd is met persoonlijkheidspathologie en/of een gecompliceerde 'coming out'.

 Wij danken H. Leijdekkers en L. Kalma voor hun ondersteuning bij het afnemen van de interviews en R. Brand voor de statistische adviezen.

LITERATUUR

- Adler, G., & Beckett, A. (1989). Psychotherapy of the patient with an HIV-infection: Some ethical and therapeutic dilemmas. *Psychosomatics*, 30, 203-208.
- Aylard, P.R., Gooding, J.H., McKenna, P.J., e.a. (1987). A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 261-268.
- Bassman, L. (1991). Object relations and self-reported AIDS self-care behaviour. *Psychological Reports*, 68, 915-923.
- Biglan, A., Metzler, C.W., Wirt, R., e.a. (1990). Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behaviour among adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 245-261.
- Britton, P.J., Zarski, J.J., & Hobfoll, S.E. (1993). Psychological distress and the role of significant others in a population of gay/bisexual men in the era of HIV. *Aids Care*, 5, 43-54.
- CDC, Centre for Disease Control (1987). Revision of the CDC surveillance case definition for the acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR*, 36(suppl. 1), 15-14S.
- Coleman, E. (1981/1982). Developmental stages of the coming out process. *Journal of Homosexuality*, 7, 31-43.
- Coleman, E. (1987). Assessment of sexual orientation. *Journal of Homosexuality*, 14, 9-24.
- Cramer, D.W., & Roach, A.J. (1988). Coming out to mom and dad: A study of gay males and their relationships with their parents. *Journal of Homosexuality*, 15, 79-91.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & Mchugh, P.R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gold, R.S., & Skinner, M.J. (1991). Situational factors and thought processes associated with unprotected intercourse in young gay men. *AIDS*, 6, 1021-1030.
- Hays, R.B., McKusick, L., Pollack, L., e.a. (1993). Disclosing HIV seropositivity to significant others. *AIDS*, 7, 425-431.
- Hunt, C., & Andrews, G. (1992). Measuring personality disorder: The use of self-report questionnaires. *Journal of Personality Disorders*, 6, 125-133.
- Hyder, S.E., Rieder, R.O., Williams, J.B.W., e.a. (1988). The personality diagnostic questionnaire: Development and preliminary results. *Journal of Personality Disorders*, 2, 229-237.
- Hyder, S.E., Skodol, A.E., Kellman, H.D., e.a. (1990). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: Comparison with two structured interviews. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1043-1048.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Aids in Nederland (4e kwartaal 1998)*. *Aids-Bestrijding* 1999, 44, 10.
- Isay, R.A. (1986). The development of sexual identity in homosexual men. *Psychoanalytic Study of the Child*, 41, 467-490.

- Kelly, J.A., Kalichman, S.C., Kauth, M.R., e.a. (1991). Situational factors associated with AIDS risk behaviour lapses and coping strategies used by gay men who successfully avoid lapses. *American Journal of Public Health*, 81, 1335-1338.
- King, M.B. (1989). Prejudice and aids: The views and experiences of people with HIV infection. *Aids Care*, 1, 137-143.
- Kooiman, C.G. (1992). Een HIV-patiënt die diagnostiek en behandeling afwijst. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136, 449-451.
- Kooiman, C.G., & Spinhoven, Ph. (1996). Psychoanalytical aspects of DSM-III-R personality disorders in a group HIV-seropositive homosexual males. *Journal of Personality Disorders*, 10, 195-201.
- Lewis, G., & Wessely, S. (1990). Comparison of the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 157, 860-864.
- Maasen, Th. (1992). De homoseksuele ervaring in de greep van AIDS; acceptatie en waarderingsproblematiek bij HIV-geïnfecteerde, homoseksuele mannen. In M.P.N. Kerkhof, Th. Maasen & P. van Rooijen, *Zorg voor zorg; hulpverlening aan HIV-geïnfecteerde homoseksuele mannen*. Amsterdam: Schorerstichting/Van Gennep.
- Mansergh, G., Marks, G., & Simoni, J.M. (1995). Self-disclosure of HIV infection among men who vary in time since seropositive diagnosis and symptomatic status. *AIDS*, 9, 639-644.
- Marks, G., Bundek, N.I., Richardson, J.L., e.a. (1992). Self-disclosure of HIV infection: Preliminary results from a sample of Hispanic men. *Health Psychology*, 11, 300-306.
- Martin, H.P. (1991). The coming-out process for homosexuals. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 158-162.
- Mason, H.R.C., Marks, G., Simoni, J.M., e.a. (1995). Culturally sanctioned secrets? Latino men's nondisclosure of HIV infection to family, friends, and lovers. *Health Psychology*, 14, 6-12.
- Ouwensloot, G., van den Brink, W., de Boer, O., e.a. (1989). Personality Diagnostic Questionnaire-Revised. Nederlandse vertaling. Delft: PC Joris.
- Perkins, D.O., Davidson, E.J., Leserman, J., e.a. (1993). Personality disorder in patients infected with HIV: A controlled study with implications for clinical care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 309-315.
- Perry, S.W., Card, Ch.A.L., Moffatt, M., e.a. (1994). Self-disclosure of HIV infection to sexual partners after repeated counseling. *AIDS Education and Prevention*, 6, 403-411.
- Reich, J., Yates, W., & Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 12-16.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., e.a. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personal and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N., e.a. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Schippers, J. (1989). *Voorkeur voor mannen; theorie en praktijk van de hulpverlening aan homoseksuele mannen*, chapters 2 and 8. 's-Gravenhage/Amsterdam: SDU uitgeverij/Schorerstichting.
- Searight, H.R., & Pound, P. (1994). The HIV positive psychiatric patient and the duty to protect: Ethical and legal issues. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24, 259-270.
- Spinhoven, P., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., e.a. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Wiktors, S.Z., Biggar, R.J., Melbye, M., e.a. (1990). Effect of knowledge of human immunodeficiency virus infection status on sexual activity among homosexual men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 3, 62-68.
- Wit, J.B.F. de, van Griensven, G.J.P., Sandfort, T.G.M., e.a. (1993). Toename van onveilig seksueel gedrag onder homoseksuele mannen in Amsterdam. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137, 209-210.
- Zessen, G.J. van, & Sandfort, Th. (1991). *Seksualiteit in Nederland: seksueel gedrag, risico en preventie van AIDS*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Zessen, G. van, de Vroome, E., van Griensven, F., e.a. (1989). Homoseksuele identiteitsontwikkeling: verloop, beleving en omgevingsfactoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 13, 178-189.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zimmerman, M., & Coryell, W.H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community: A comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 527-531.

AUTEURS

C.G. KOOIMAN is als psychiater werkzaam op de afdeling Psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum.

F.P. KROON is als internist werkzaam op de afdeling Infectieziekten van het Leids Universitair Medisch Centrum.

Y.R. VAN ROOD is als klinisch psycholoog werkzaam op de afdeling Psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum.

Correspondentieadres: C.G. Kooiman, Afdeling Psychiatrie B1P, Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-12-1999.

SUMMARY

Disclosure of HIV-infection, coming out for homosexual orientation and personality pathology – C.G. Kooiman, F.P. Kroon, Y.R. van Rood –

BACKGROUND Some homosexual HIV patients never inform important others about their sexual orientation or their HIV infection.

AIMS We explored whether personality disorder and a complicated coming out for the sexual orientation are associated with nondisclosure of the HIV infection resulting in less social support and more psychopathology.

METHOD Male patients with an HIV infection attending an outpatient department of Infectious Disorders were interviewed to examine coming out and disclosure. Self-report questionnaires were used to examine personality disorder, social support, and psychiatric symptoms.

RESULTS 25 out of 41 patients fulfilled the criteria for one or more personality disorders. Patients with a personality disorder more often had gone through a more complicated coming out process and the sexuality of these patients was more often compromised after the positive HIV test result. Personality disorder nor coming out for the homosexual orientation were predictive for disclosing of the HIV infection. Nondisclosure of the HIV infection was not associated with social support or with psychiatric symptoms.

CONCLUSIONS The negative results contrast with the literature on this subject and possibly reflect a relative tolerant attitude in the Netherlands concerning sexuality.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 10, 729-738]

KEYWORDS coming out, HIV infection, homosexuality, personality disorder