

# **Wat iedere psychiater zou moeten weten maar niet durft te vragen: de seksualiteit van de psychiatrische patiënt**

*door M.W. Hengeveld*

**Gepubliceerd in 1995, no. 9**

## **Samenvatting**

**Het weinige dat er bekend is over de seksualiteit van psychiatrische patiënten wijst op het frequent voorkomen van riskant seksueel gedrag en van seksuele dysfuncties, vooral ten gevolge van psychofarmaca. Omdat psychiaters hun patiënten er niet naar (durven?) vragen en men er geen onderzoek naar doet, wordt dringend aanbevolen hier actief verandering in aan te brengen door opleiding en onderzoek.**

## **Inleiding**

Over het seksuele functioneren van de psychiatrische patiënt is weinig bekend: in de psychiatrische leerboeken is er niets over te vinden, in de psychiatrische tijdschriften wordt er nauwelijks over gepubliceerd en in de dossiers van de psychiatrische patiënten wordt er vrijwel nooit iets over opgeschreven. Daarom wil ik in deze bijdrage de weinige, maar zorgwekkende feiten bespreken die wél bekend zijn omtrent het seksuele gedrag en de seksuele-functiestoornissen van (chronisch) psychiatrische patiënten, om aan de hand hiervan te komen tot twee dringende beleidsaanbevelingen.

## **Schizofrenie en seksualiteit**

Pas sinds kort wordt er onderzoek gedaan naar de seksuele activiteiten van psychiatrische patiënten. Motief om deze onderzoeken te doen lijkt niet zozeer belangstelling voor de mogelijkheden en beperkingen van de patiënten, maar eerder het feit dat men zich zorgen maakt over eventueel riskant en onveilig seksueel gedrag. Het betreft dan ook onderzoeken in New York, waar de kans om een HIV-infectie op te lopen veel groter is dan bij ons.

Bij twee onderzoeken onder poliklinische patiënten, die in de meeste gevallen de diagnose schizofrenie hadden, bleek dat respectievelijk 62% en 73% het afgelopen jaar seksuele contacten met anderen hadden gehad (Coverdale en Aruffo 1989; Kelly e.a. 1992). Een derde daarvan gebruikte zelden of nooit voorbehoedmiddelen. Recent is er een uitgebreid onderzoek gepubliceerd naar de seksuele activiteiten van 95 psychiatrisch opgenomen schizofrene patiënten (Cournos e.a. 1994). Het aantal blanken was klein (21%), en 67% was bekend met druggebruik. Het voorafgaande half jaar had 44% van deze chronische patiënten seksueel contact gehad. Van deze seksueel actieve groep had:

- 93% vaak geen condoom gebruikt;
- 62% meer dan één partner gehad;
- 50% de seks als 'koopwaar' gehanteerd;
- 45% drugs of alcohol gebruikt tijdens het seksuele contact;

- 12% seksueel contact met een intraveneuze druggebruiker gehad;
- 10% homoseksuele contacten gehad.

Uit een aantal onderzoeken (geciteerd in Cournos e.a. 1994) is gebleken dat van psychiatrische patiënten in New York 4% (chronische) tot 9% (acute) HIV-positief is. Dit is een zeer zorgwekkend percentage. Zorgwekkender is dat het vaak niet bij de behandelaars bekend is dat deze patiënten op een zo risicovolle manier seksueel actief zijn.

Hoewel de situatie in New York niet te vergelijken is met die in Nederland, is het toch heel waarschijnlijk dat schizofrene patiënten ook in ons land frequente en onveilige seksuele contacten hebben. Weliswaar is er ongetwijfeld een groep 'seksueel uitgebluste' patiënten die door hun ziekte of door het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis niet toekomen aan seksueel contact met anderen en soms ook niet eens masturberen, maar het is onbekend hoe groot deze groep is. Voor zover mij bekend, weten ook in Nederland de behandelaars niet veel van de seksuele activiteiten van hun (chronische) psychiatrische patiënten.

Naar het voorkomen van seksuele dysfuncties bij schizofrene patiënten, zoals gebrek aan seksueel verlangen, een erectiestoornis of een orgasmestoornis, is vrijwel geen onderzoek gedaan. Volgens Lukoff e.a. (1986) is er bij een derde tot twee derde van de patiënten sprake van zo'n seksuele-functiestoornis, vooral sinds de invoering van de antipsychotische medicijnen. Ook hierover zijn in Nederland in het geheel geen gegevens bekend.

### **Stemmingsstoornissen en seksualiteit**

Het bekendste seksuele symptoom van een depressie is de verminderde seksuele libido. Voor zover dit onderzocht is, komt dit voor bij ruim twee derde van alle depressieve patiënten (Leigh en Walsh 1988). De libidovermindering kan aan de depressie voorafgaan en lang blijven bestaan (soms chronisch worden) na herstel van de depressie. Bij mannen leidt dit nogal eens tot erectiestoornissen (aangetoond bij onderzoek van de spontane erecties tijdens de slaap). Bij een beginnende depressie treedt soms juist seksuele hyperactiviteit op; het lijkt of daarmee depressieve gevoelens worden afgeweerd. Maar vooral tijdens de manische fase van een manisch-depressieve stoornis zijn met name vrouwen seksueel prikkelbaar en neigen zij tot onveilig seksueel gedrag (Cournos e.a. 1994). In Nederland is naar deze seksuele symptomen van stemmingsstoornissen ook nog geen onderzoek gedaan.

### **Seksuele bijwerkingen van psychofarmaca**

Onze kennis over de seksuele bijwerkingen van psychofarmaca is vrijwel geheel gebaseerd op gevalbeschrjvingen en meldingen aan landelijke instanties; systematisch onderzoek is bijna niet verricht (Moors- Mommers 1994). De bekendste bijwerking van veel antipsychotica is een verminderd seksueel verlangen, met name bij mannen. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt door een verhoging van de afscheiding van prolactine. Ook erectieproblemen kunnen als gevolg hiervan ontstaan. Zowel bij mannen als bij vrouwen kan het orgasme door sommige antipsychotica worden bemoeilijkt of zelfs volledig onmogelijk worden. Een gevolg hiervan kan ook een retrograde ejaculatie zijn.

Een zeldzame, maar ernstige seksuele bijwerking van enkele antipsychotica, maar ook van het antidepressivum trazodon en het anxiolyticum buspiron, is het priapisme: een ongewenste, blijvende en pijnlijke erectie. Hierbij moet tijdig worden ingegrepen door een chirurg of uroloog, door met behulp van een naald de corpora cavernosa in de penis te doorspoelen met fysiologisch zout en eventueel een adrenerge stof. Als dit niet binnen 6 uur gebeurt, is er kans op fibrosering van de corpora cavernosa, waardoor een blijvende impotentie ontstaat. Het is dus van groot belang dat de patiënt deze

klacht snel met zijn behandelaars durft te bespreken en de behandelaar de klacht (h)erkent.

Ook antidepressiva hebben veel seksuele bijwerkingen. De zogenaamde klassieke middelen leiden met name tot erectieproblemen en verminderde vaginale lubricatie. De serotonerge antidepressiva blijken dikwijls het orgasme (dus ook de zaadlozing) te remmen. Lithium kan ook erectiestoornissen en vertraging van de ejaculatie tot gevolg hebben. Een gunstige werking van antidepressiva op de depressie van de patiënt kan uiteindelijk natuurlijk leiden tot een verhoging van de seksuele libido.

De benzodiazepinen hebben, in lagere doseringen, bij angstige mensen soms wel een positief effect op het seksuele functioneren, doordat sociale remmingen en faalangst worden verminderd. In hogere doseringen echter remmen ze de zin in seks en het orgasme. De werking is daarom wel vergelijkbaar met die van alcohol.

Vaak zijn de seksuele bijwerkingen van psychofarmaca niet bekend bij de behandelaars, omdat de patiënt er niet zelf over begint. Waarschijnlijk leidt dit dikwijls tot het stoppen of verminderen van de medicatie door de patiënt, zonder dat deze dit aan de arts vertelt. Hoe dikwijls dit om die reden gebeurt is bij mijn weten nooit onderzocht. Ook bij de onderzoeken naar de (bij)werkingen van nieuwe psychofarmaca wordt niet expliciet gevraagd naar seksuele klachten; ze worden alleen genoteerd als de patiënt ze spontaan meldt. Het is bekend dat de meeste patiënten niet uit zichzelf tegen hun arts beginnen te spreken over seksuele problemen, daarvoor is de drempel kennelijk te hoog. De arts moet er nadrukkelijk naar vragen, dan pas durft de patiënt over deze drempel te gaan. Over het algemeen wordt het door de patiënt zeer op prijs gesteld wanneer een arts actief vragen stelt over eventuele seksuele problemen (Hengeveld 1989).

### **Niet willen, niet kunnen of niet durven?**

Wat betekent dit voor de praktijk van psychiaters (en psychiatrisch verpleegkundigen)? Zij moeten zelf het initiatief nemen om met hun patiënten te spreken over de seksualiteit: wat doet de patiënt precies, wat zou hij of zij willen doen, hoe zit het met de anticonceptie en met de veiligheid van het vrijen? Zijn er problemen op het gebied van de libido, de opwinding, de vaginale lubricatie, de erectie, het orgasme of de ejaculatie? Heeft de patiënt andere problemen op het gebied van zijn of haar seksuele leven? Bij het voorschrijven van psychofarmaca moet de psychiater voorlichting geven over de mogelijke seksuele bijwerkingen, en bij het vervolgen van de patiënt dient ook naar deze bijwerkingen te worden gevraagd.

De vraag is of de psychiater dit niet wil, niet kan of niet durft. Als een psychiater het niet wil, dan ben ik van mening dat hij of zij een verkeerd beeld heeft van hetgeen tot het vakgebied psychiatrie behoort. Seksualiteit is een essentieel onderdeel van het lichamelijk en psychisch functioneren van de mens. Seks is een van de basale biologische, psychische en sociale drijfveren en speelt bijzonder vaak een belangrijke oorzakelijke rol bij psychiatrische stoornissen. Het seksuele functioneren is een van de vaste onderdelen bij de beoordeling van de kwaliteit van leven. Kortom, een psychiater die van mening is dat de seksualiteit van de patiënt buiten beeld kan blijven, heeft de verkeerde attitude ten aanzien van de inhoud van zijn of haar vak.

In principe heeft iedere psychiater de kennis en kunde in huis om met de patiënt te spreken over diens seksuele functioneren. De opleiding tot arts en de specialisatie tot psychiater bevatten voldoende theoretische en praktische training op het gebied van algemene gesprekstechniek, anamnese, diagnostiek, voorlichting en advies, ook wanneer het over seksualiteit gaat. Zeker niet iedere psychiater is in staat om specifieke seksuele dysfuncties te behandelen, want daarvoor is extra belangstelling en training noodzakelijk, maar deze kennis en vaardigheden zijn voor het hierbovenstaande niet noodzakelijk.

Daarom ben ik van mening dat een psychiater die beweert dat hij of zij wel met de patiënt zou willen spreken over seksualiteit, maar het niet kan, het eigenlijk niet durft. Mijn ervaring met arts-assistenten is dat zij veel moeite hebben met dit onderwerp, tot zij er met een aantal patiënten over hebben gesproken. Dan merken zij dat het praten erover erg meevalt en dat het voor veel patiënten een belangrijk onderwerp is. Pas wanneer zij als het ware gedwongen zijn om bij een aantal patiënten het onderwerp aan te roeren, durven zij gemakkelijker deze grens over te gaan. Het is voor mij duidelijk geworden dat men nog zoveel seksuologische kennis en vaardigheden kan leren aan behandelaars, maar dat het oefenen ervan in de praktijk pas leidt tot werkelijke toepassing ervan.

### **Aanbevelingen voor opleiding en onderzoek**

Tegenwoordig is in de opleidingseisen voor bijvoorbeeld huisartsen en gynaecologen opgenomen dat zij theoretische en praktische ervaring opdoen in de seksuologie. Voor de opleiding tot psychiater geldt dit niet: ook in de, begin vorig jaar, herziene opleidingseisen wordt de seksuologie in het geheel niet genoemd. Dit is vreemd voor een specialisme waarvan men toch mag aannemen dat het geregeld met seksuele problemen in aanraking komt. Veel psychiaters zullen denken dat de diagnostiek en behandeling van seksuele problemen en stoornissen niet wezenlijk anders zijn dan die van de vele andere problemen en stoornissen die hun patiënten kunnen hebben. Waarom zou er dan in de opleiding speciale aandacht aan moeten worden besteed? Tot op zekere hoogte is dit juist: de opleiding tot psychiater (anders dan die tot huisarts of gynaecoloog) biedt veel algemene kennis en vaardigheden die ook bij seksuele problemen en stoornissen kunnen worden toegepast. Ook is het zo dat de meeste psychiatrische opleidingen wel enige aandacht aan de seksuologie besteden in de vorm van theoretisch onderwijs. Waar het echter aan ontbreekt is de praktische ervaring, onder seksuologische supervisie, in het diagnostiseren en behandelen van patiënten met seksuele klachten.

Mijn eerste aanbeveling luidt dan ook:

*1. In de opleiding tot psychiater dient als verplicht onderdeel opgenomen te worden: een praktische training in het diagnostiseren en behandelen van patiënten met seksuele stoornissen en het onder seksuologische supervisie zelf behandelen van enkele patiënten met seksuele stoornissen.*

De tweede aanbeveling is gebaseerd op het in het voorafgaande beschreven schrijnende gebrek aan kennis over het seksuele functioneren van psychiatrische patiënten, en luidt:

*2. Er dient onderzoek gedaan te worden naar het seksuele gedrag van en het voorkomen van seksuele dysfuncties bij (chronische) psychiatrische patiënten en naar de seksuele bijwerkingen van psychofarmaca.*

Tot voor kort bestond er geen goed instrument (vragenlijst) om onderzoek te doen naar seksuele dysfuncties. Nu is dit echter aanwezig: de Vragenlijst Seksuele Dysfuncties (informatie: drs. J. Vroege, tel. 071- 263785). Hiervan bestaan een lange versie en een korte versie; bovendien is het de bedoeling om een extra korte versie te ontwikkelen. Het moet dus mogelijk zijn om bij allerlei soorten psychiatrische patiënten dergelijk onderzoek te doen.

### **Literatuur**

**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.

Coverdale, J.H., en J.A. Aruffo (1989), Family planning needs of female chronic out-patients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1489-1492.

Hengeveld, M.W. (1989), *De medicus en de min*. Oratie. Rijksuniversiteit Utrecht, Utrecht.

Kelly, J.A., D.A. Murphy, R. Bahr e.a. (1992), AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 149, 886-889.

Leigh, H., en T. Walsh (1988), Sexual dysfunction in psychiatric disorders. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 64-70.

Lukoff, D., D. Gioia-Hasick, G. Sullivan e.a. (1996), Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 669-677.

Moors-Mommers, M.C.T. (1994), Invloed van genees- en genotmiddelen op de seksuele functies. *Geneesmiddelenbulletin*, 28, 53-56.

Vroege, J.A. (1994). *Vragenlijst voor het signaleren van seksuele dysfuncties (5de versie)*. Academisch Ziekenhuis Utrecht, Afdeling Medische Seksuologie/Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch Onderzoek, Utrecht.

**Summary: What every psychiatrist should know but never dares to ask**

**The little that is known about the sexual life of psychiatric patients points to a high prevalence of unsafe behaviour and of sexual dysfunctions, mainly due to psychotropic medication. As psychiatrists often do not (dare to) talk about sexual behaviour with their patients and researchers do not investigate sexual side-effects, it is strongly recommended to actively change this worrisome situation through psychiatric education and research.**

De auteur is als psychiater verbonden aan het Academisch Ziekenhuis Leiden en tevens bijzonder hoogleraar Medische Seksuologie aan de Universiteit Utrecht. Correspondentieadres: Afdeling Medische Seksuologie, Divisie Obstetrie en Gynaecologie, Fo5-829, Academisch Ziekenhuis, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht.

Dit is een gewijzigde versie van een voordracht, uitgesproken op het symposium 'Seks, lang zo gek nog niet' over seksualiteit en relaties in de psychiatrie, georganiseerd door de Rutgers Stichting Zuid op 24 november 1994.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 22-2-1995.