

Congresverslag

Annual Meeting van de International Academy of Sex Research, San Juan, Puerto Rico 19-22 augustus 2009.

Jesse Verschuren, UMCG Groningen
Jacques van Lankveld, Universiteit Maastricht en
PsyQ Eindhoven

Ondanks wat minder deelnemers dan gewoonlijk op het jaarcongres van de IASR was er een goed programma samengesteld. We doen selectief verslag van de verschillende symposia.

Reproductief gedrag verklaard door strategische keuzes

Een van de uitgenodigde sprekers was Virginia Vitzthum, een antropologe van het Kinsey Instituut in Bloomington, Indiana, VS. Haar lezing betrof de reproductieve functie van seks, en zij hanteerde daarbij een evolutionair perspectief. In haar lezing richtte zij zich op de empirische toetsing van twee contrasterende modellen die beiden binnen de evolutionaire school vallen, het 'energetic model' en het 'flexible response model'. Het energetische model zegt dat het lifetime reproductieve succes van vrouwen (de mate waarin ze erin slagen hun genen over te dragen aan de volgende generatie) energie vraagt die gedeeld wordt met andere taken. Dit zou bijvoorbeeld verklaren waarom vrouwelijke atleten met een zware fysieke belasting stoppen met menstrueren. De relatie tussen energieverbruik en vruchtbaarheid zou gemiddeld worden door de hormoon-productie: bij zware inspanning vermindert onder meer de productie van progesteron en dit vermindert de vruchtbaarheidskans. Het flexible response model zegt daarentegen dat deze beperkte fysieke reserves binnen een eveneens in tijd beperkte vruchtbare periode de vrouw noodzaken om strategische keuzes te maken rondom de vruchtbaarheid, die ervoor zorgen dat deze binnen een bepaalde omgeving het lifetime reproductieve succes maximaliseren. Volgens dit model zijn hormoonniveaus niet maatgevend, maar maakt de vrouw, al dan niet bewust, de keuze om te investeren in haar reproductie en stuurt op die manier haar reproductieve (en seksuele) gedrag zodanig dat haar kans op reproductie binnen haar leefsituatie zo groot mogelijk wordt. Op grond van het energetisch model zouden vrouwen die onder extreme fysieke inspanningsomstandigheden leven lagere progesteron-niveaus en (daardoor) lagere vruchtbaarheidskansen heb-

ben. Vitzthum onderzocht dit onder meer in Bolivia, waar vrouwen onder de barre weersomstandigheden op de koude hoogvlakten langdurig zeer zwaar werk verrichten. Hun progesteronniveaus (vastgesteld in het speeksel) bleken weliswaar lager, maar hun vruchtbaarheid (feitelijke zwangerschap vastgesteld aan de hand van urinestalen) was niet verminderd. Ook waren het aantal ovulaties, de cyclusduur en de gonadotrofineniveaus (FSH en LH), allemaal vruchtbaarheid-bepalende parameters, van Boliviaanse vrouwen en vrouwen in Chicago hetzelfde. Hetzelfde flexibele verband tussen levensomstandigheden, hormonen en vruchtbaarheid bleek ook uit een vergelijking van Oost- en Westduitse vrouwen, die genetisch vrijwel identiek zijn, maar onder zeer verschillende leefomstandigheden leefden tot aan de hereniging in 1989 met de daarbij behorende verschillen in fysieke belasting, voedingspatronen en hormoon-niveaus. Ook hier: wel hormonale verschillen, maar geen verschillen in vruchtbaarheid. Strategisch keuzegedrag en niet verschillen in fysieke belasting, voeding en hormonen verklaart dus de variabiliteit van het reproductieve systeem. Een implicatie van Vitzthum's onderzoek is dat de hormoon-niveaus gedurende de verschillende fasen van de menstruele cyclus van westerse vrouwen niet als normatief mogen worden beschouwd, maar feitelijk een bijzonder voorbeeld zijn van een aanpassing aan de specifieke omgevingscondities. Het flexibel response model verklaart volgens Vitzthum ook waarom vrouwen in de westerse wereld gevoeliger zijn voor stress, van biologische, maar wellicht ook van psychosociale aard, en zij, via het verstoren van hun hormonale processen, het zwanger (kunnen) worden uitstellen 'tot later wanneer het allemaal beter wordt'. Vrouwen in het westen hebben in en door hun speciale leefomstandigheden de mogelijkheid om hun zwangerschapskansen tijdelijk te laten schieten omdat ze nog voldoende mogelijkheden overhouden om op een later moment (en latere) leeftijd hun reproductie veilig te stellen en hun kroost gezond groot te laten worden.

Prikkelend was Vitzthum's speculatie dat vroege foetale dood (early pregnancy loss) wel eens een (onbewuste) in reproductie-opzicht strategische keuze van de vrouw kan zijn om haar investering in een vrucht te beëindigen en deze af te stoten. Dit is strijdig met de vigerende norm dat elke moeder toch vanzelfsprekend van haar kind houdt, ook als het door afwijking of handicap weinig kansen heeft op eigen reproductie, maar dit zou kunnen verklaren waarom ook in westerse landen van alle zwangerschapskansen ongeveer driekwart op onverklaarbare wijze 'verloren gaat'. Stof om over na te denken dus.

Ethische goedkeuring voor seksonderzoek

Seksonderzoek is niet het enige gebied waarop onderzoekers soms het idee hebben dat het verkrijgen van goedkeuring van de medisch-ethische commissie (MEC) steeds moeilijker wordt. Het aantal aspecten van een onderzoeksvoorstel waarmee de MECs zich bemoeien lijkt toe te nemen. De MECs breiden hun zeggenschap steeds verder uit, zo lijkt het. Er bestaat zelfs een term voor: 'mission drift'. Om dit belangrijke en soms frustrerende gebied in kaart te brengen was

een symposium georganiseerd waarbij drie leden van de IASR, die zelf niet alleen onderzoeker zijn, maar ook lid, en in één geval voorzitter van een MEC hun ervaringen deelden met de zaal.

Brian Mustanski (Universiteit van Illinois, Chicago, VS) gaf als symposiumvoorzitter weliswaar de waarschuwing dat het expliciet niet de bedoeling was om 'horrorstories' te verzamelen, maar de sprekers ontkwamen er toch niet helemaal aan. Hij liet aan de hand van zijn eigen geschiedenis met een MEC rond een voorstel voor een onderzoek naar de seksualiteitsbeleving van jongeren onder 18 jaar zien, dat het gaat om complexe afwegingen die onderzoeker en MEC samen maken. Terwijl de doelstelling van de MEC is om proefpersonen te beschermen tegen slecht en onnodig onderzoek kunnen de beperkingen die soms door een MEC worden opgelegd ook schade toebrengen. Zo kon hij laten zien dat weigering om onderzoek te doen onder jongeren zonder informed consent door de ouders leidt tot vertekening van de resultaten onder ethnische groeperingen, en tot bias van de resultaten binnen groepen jongeren met suïcideneigingen, binge drinking, en slechte relaties binnen het gezin. Ook illustreerde hij dat bij de ouders wonen zeker geen valide argument is om in die gevallen ouderlijke toestemming te vereisen.

Michael Fendrich (Universiteit van Wisconsin, Milwaukee, VS), zelf voorzitter van een MEC, liet zien dat de interpretatie van het begrip 'minimaal risico' in dit verband soms problematisch is. Vragen naar seksualiteit worden, vooral door de leken (vertegenwoordigers van de proefpersonen) die in de MECs zitting hebben, gemakkelijk beschouwd als gevoelige zaken, die psychologische schade toe kunnen brengen. Er wordt daarom als eis gesteld dat de belasting door dergelijke vragen niet groter mag zijn dan de risico's in de dagelijkse routine of tijdens standaardvragen tijdens gangbaar medisch onderzoek. Wanneer voor dit criterium als voorbeeld de bijzonder intieme en indringende vragen worden genomen die als routine-screening voorgelegd worden aan de grote aantallen mensen die zich aanmelden als bloeddonor, wordt duidelijk dat het met het indringende en gevoelige karakter van die vragen nogal meevalt.

Ziekte en seksualiteit

Het symposium over dit onderwerp had te lijden onder de afwezigheid van twee van de sprekers op de agenda vanwege familieomstandigheden.

Paul Enzlin (Katholieke Universiteit Leuven, België) gaf een state of the art overzicht van de seksuele problematiek van vrouwen met diabetes mellitus Type 1. Hij was een van de onderzoekers in de EDIC studie, die het grootste aantal vrouwen tot nu toe longitudinaal volgde, en die een ongekend hoge respons had onder de wervingsgroep. In deze groep is ook het seksuele functioneren en disfunctioneren onderzocht, onder meer met een verkorte versie van de FSFI. De prevalentiepercentages van de verschillende typen seksuele moeilijkheden verschilden over het algemeen niet van de gewone bevolking. De belangrijkste voorspellende factoren voor disfunctie waren de aanwezigheid van depressie en het leven in een vaste relatie.

Jesse Verschuren, onderzoeker in opleiding in het Universitair Medisch Centrum Groningen, presenteerde een literatuurreview over wat bekend is over seksuele problematiek onder mannen en vrouwen met amputaties van lagere of hogere extremiteiten (voet, been, hand, arm). In totaal 11 studies onder mannen vrouwen tussen 26 en 57 jaar werden zo gevonden. Het seksueel functioneren gaf op diverse aspecten verstoringen te zien, die voor een belangrijk deel verklaard werden door negatieve veranderingen in het lichaamsbeeld en de lichaamswaardering van deze mensen.

Seksuele stoornissen bij vrouwen in de DSM-V

In 2012 zal de nieuwe versie van het classificatiesysteem van psychische stoornissen, DSM-V, verschijnen. Het proces om tot die nieuwe versie te komen loopt al een tijdje. Voor de seksuele stoornissen is een werkgroep bezig onder voorzitterschap van Ken Zucker (Universiteit van Toronto, Canada) en drie subwerkgroepen voor respectievelijk de seksuele disfuncties, de parafilieën en de genderidentiteitsstoornissen. Van deze laatste is prof. Peggy Cohen-Kettenis, hoogleraar genderstoornissen aan de VU in Amsterdam, voorzitter. Alle werkgroepleden zijn overigens lid van de IASR.

Zucker legde in zijn presentatie uit hoe het proces in zijn werk gaat. Voordat de wijzigingen worden voorgesteld wordt de literatuur op het gebied van de diagnostiek van de seksuele stoornissen doorgewerkt om de betrouwbaarheid en validiteit van de huidige diagnostische categorieën te toetsen, c.q. voorstellen te doen voor verbetering. Diagnoses die niet betrouwbaar of valide zijn kunnen eventueel geschrapt worden of verplaatst naar een andere stoornisgroep. Terwijl de DSM tot nu toe een categoriaal systeem is - iemand krijgt een diagnose of niet - wordt nu getracht om in de nieuwe versie dimensionele elementen in te voeren. Psychologen kennen de dimensionele werkwijze al. Iemand scoort lager of hoger op een vragenlijstschaal die een psychologisch kenmerk meet. Via het werken met afkapscores zal de volgende DSM-versie waarschijnlijk een combinatie van categorale en dimensionele diagnostiek te zien geven.

What's new in de DSM-V? Waarschijnlijk gaan de vrouwelijke disfuncties verminderd seksueel verlangen en subjectieve opwindingsstoornis één nieuwe diagnostische categorie vormen. Seksuele aversie verdwijnt misschien als seksuele disfunctie en duikt dan weer op als specifieke fobie onder de angststoornissen.

Irv Binik (McGill Universiteit, Montreal, Canada) liet aan de hand van één voorbeeldstoornis, vaginisme, zien hoe dat proces verloopt dat Zucker beschreef. Centraal in deze disfunctie staat de aanwezigheid van spasme van de vaginale sfincterspier. Maar uit de zes studies waarin die diagnose onderzocht is bleek spasme niet betrouwbaar vast te stellen. Ook bleek spasme geen onmisbaar kenmerk van alle vrouwen met vaginisme, maar slechts van een subgroep van 28%. Vaginisme is thans ingedeeld bij de seksuele pijnstoornissen, maar voor de diagnose is de aanwezigheid van vaginale of vulvaire pijn geen noodzakelijk symptoom. Vaginisme en dyspareunie zijn bovendien niet betrouwbaar diagnostisch te onderscheiden. Binik sprak er zijn verba-

zing over uit dat vaginisme in de hele DSM de enige diagnose is die niet door een psycholoog gesteld kan worden, maar lichamenlijk onderzoek vereist door een medicus, die als definiërend kenmerk vaginaal spasme moet zien vast te stellen, waarvan het beschikbare onderzoek zegt dat dit niet op betrouwbare wijze mogelijk is. Met de huidige DSM-diagnose vaginisme is dus van alles mis. Er zijn een aantal alternatieven denkbaar maar elk alternatief heeft naast de voordelen ervan ook nadelen. Het wordt nog spannend wat daar uit gaat komen.

Leonore Tiefer (New York University, VS) is een bekende critica van de DSM, die in haar opvatting dienstbaar is aan de 'manufacture of madness', het proces van pathologisering door de media en de farmaceutische industrie van in principe normale variaties in menselijk seksueel gedrag en beleving. In haar bijdrage aan dit symposium beschreef Tiefer het proces waarin de verschillende versies vanaf de DSM-I in 1952 seksuele moeilijkheden steeds meer is gaan onderbrengen in categorieën, die in de echte wereld niet te onderscheiden zijn of niet relevant zijn. In de tijd dat de DSM-III aan de beurt was worstelde de psychiatrie met de lage betrouwbaarheid van de psychiatrische diagnoses. Er kwam een kentering waarbij het verhogen van de betrouwbaarheid nagestreefd werd door het invoeren van lijsten met diagnostische criteria. In die tijd maakte het seksuele responsmodel van Masters en Johnson een grote opmars en dat verschaftte de gewenste criteria voor de seksuele disfuncties. Volgens Tiefer was de inhoud van de DSM-III voor wat betreft de seksuele stoornissen een begrijpelijke vergissing omdat men dacht een adequate representatie van de seksuele werkelijkheid gevonden te hebben in de seksuele responscyclus. Dat het toch een vergissing was, is de laatste jaren duidelijk geworden in het proces van de deconfiture van het seksuele responsmodel, dat in elk geval voor vrouwen niet goed de realiteit beschrijft.

Het lijkt er nu volgens Tiefer op dat de DSM-V de ingeslagen richting voortzet en dat is volgens haar een onvergeeflijke calamiteit. Zo blijft men doorgaan op het pad van de individuele diagnostiek, terwijl seksuele problematiek veelal in een relationeel kader ervaren wordt, en de sterke nadruk op de genitale responsen vindt ze onterecht. Vrouwen kunnen problemen met genitaal reageren hebben, zonder daar last van te hebben. Anderzijds kunnen ze, als er sprake is van lichamenlijke responsproblemen, last hebben van de relationele context, bijvoorbeeld van de reactie van hun partner op hun beperkte seksuele opwinding en verlangens.

Leathermen

De cultuur van de (homoseksuele) 'leathermen' is een cultuur die haar eigen symbolen en zelfs een eigen vlag heeft. Ongeveer 11% van de mannen die seks hebben met mannen (MSM) behoort tot de cultuur van de 'leathermen'. De dominante man in de relatie wordt in deze cultuur aangesproken met 'master', 'sir' of 'daddy'. De onderdanige man is de 'slaaf', de 'boy' of de 'puppy'. De onderdanige man kiest ervoor om zijn eigen inbreng in de seksuele relatie (en vaak ook daarbuiten) op te geven. Daarnaast zijn er ook

'switches', mannen die zowel de dominante als de onderdanige rol op zich nemen. Tot nu toe is er niet veel geweten over de seksuele gezondheid van deze 'leathermen', al wordt er hier en daar beweerd dat deze niet goed is. Zo heeft volgens David Moskowitz (University of Texas, VS) onderzoek aangetoond dat 21% van de MSM die weigeren een condoom te gebruiken tijdens de seks, zichzelf beschouwden als 'leathermen'.

Voor zijn eigen onderzoek deelde Moskowitz tijdens twee evenementen die voornamelijk bezocht werden door mannen die seks hebben met mannen een vragenlijst uit aan 1554 mannen. Het ene evenement was specifiek gericht op 'leathermen', het andere evenement was het PrideFest in Milwaukee, Wisconsin. Affiniteit met de leder-identiteit, leder-oriëntaties (dominant, onderdanig, wisselend of niet-georiënteerd), HIV-status, laatste HIV/ SOA test, condoomgebruik, openheid over HIV status, mannelijkheid, hypermannelijkheid en seksuele controle werden bevraagd.

'Leathermen' hadden 61% meer kans om HIV positief te zijn vergeleken met niet-'leathermen'. Onderverdeeld naar de specifieke lederoriëntaties hadden de niet-georiënteerde 'leathermen' en de onderdanige 'leathermen' de meeste kans om HIV positief te zijn. De prevalentie van een HIV positieve status in deze twee groepen was 31 en 30% respectievelijk. Er werden geen verschillen gevonden wat de laatste HIV/SOA test betrof, maar er werd wel vastgesteld dat 'leathermen' minder condooms gebruikten in vergelijking met 'non-leathermen' en dit zowel tijdens ontvangende als gevende anale seks. Gekeken naar de specifieke lederoriëntatie, waren de dominerende mannen minder geneigd condooms te gebruiken wanneer ze zelf iemand anaal peneetredten. Onderdanige 'leathermen' waren zowel tijdens de ontvangende als tijdens de gevende anale seks minder geneigd condooms te gebruiken. Mannelijkheid en seksuele controle beïnvloedden het condoomgebruik op een negatieve manier bij dominerende, onderdanige en wisselende 'leathermen', zowel bij penetrerende als ontvangende anale seks.

'Leathermen' hadden een grotere kans om HIV op te lopen in vergelijking met 'non-leathermen'. HIV positieve 'leathermen' waren meer geneigd om zich in te laten met risicovol gedrag waarbij HIV kan overgedragen worden aan andere 'leathermen' en 'non-leathermen'.

Bij al deze resultaten dient wel de kanttekening gemaakt te worden dat de onderdanige 'leathermen' ook buiten het seksuele om onderdanig zijn aan hun meester. Sommige onderdanige mannen werden dan ook gedwongen of net verboden om de aangeboden vragenlijst in te vullen, hetgeen vanzelfsprekend de resultaten kan vertekenen.

Volgens Moskowitz geven deze resultaten aan dat de waarden die leven in de ledergemeenschap (zoals seksuele controle) drijvende krachten kunnen zijn die het gebrek aan condoomgebruik kunnen verklaren. Doelgerichte interventies die seksuele controle en mannelijkheid aankaarten om zo veilige seks te promoten is dan ook een aanbeveling voor deze populatie.

Levensbedreigende manifestaties van seksueel masochisme

In de DSM wordt sadomasochisme beschreven als dat onderdeel van seksualiteit waarbij men opzettelijk lijden veroorzaakt en waarbij er duidelijk sprake is van een beproeving tot zelfs beschadiging van de seksuele partner. Dit gedrag dient zich langer dan zes maanden voor te doen alvorens men volgens de DSM kan spreken van sadomasochisme (SM).

Er zijn slechts enkele studies beschikbaar over mensen die zichzelf bestempelen als sadomasochisten. De resultaten van deze studies geven aan dat de meeste van deze mensen weinig tot geen tekenen vertonen van een andere vorm van psychopathologie en dat dit in het algemeen hoog opgeleide, 'normale' mensen zijn. Bij een aantal van deze mensen zouden de seksuele interesses gelinkt kunnen worden aan vroegere levenservaringen. Hoewel er geen andere mentale problemen merkbaar zijn bij deze groep van mensen, is dit geen reden om sommige SM praktijken niet als 'gestoord' te omschrijven. Sommige zeer extreme SM praktijken kunnen wel degelijk als een mentale stoornis bestempeld worden. Een voorbeeld van een dergelijke zeer extreme SM praktijk is asphyxiophilia of hypoxyphilia, waarbij tijdens het seksspel de zuurstoftoevoer met behulp van allerlei middelen wordt afgesloten.

In het onderzoek dat Steven Hucker (University of Toronto, Canada) via het internet uitvoerde, werden 115 personen die zelf aangaven asphyxiophilia te beoefenen, bevroegd. De meerderheid van deze mensen was heteroseksueel. De groep proefpersonen bestond voor 79% uit mannen, de gemiddelde leeftijd was 32. De gemiddelde leeftijd van het eerste sadomasochistische gedrag was 12 jaar. 53% van de ondervraagde personen was ongehuwd. 34% van de respondenten gaf aan een directie- of managementfunctie uit te oefenen. 29% van de respondenten stelde dat ze zich naast SM ook met andere gevaarlijke activiteiten bezighielden. 38% van de deelnemers aan het onderzoek was ooit gediagnosticeerd geweest met mentale problemen en 32% gaf aan ooit een depressie gehad te hebben. 72% van de respondenten raakte vooral opgewonden door ademhalingsmoeilijkheden tijdens het beoefenen van asphyxiophilia.

Hoewel behandeling van deze groep van mensen niet evident is, zijn er toch een aantal manieren om aan preventie te doen. Via counseling kunnen patiënten aangezet worden om hun gedrag te stoppen, het betrekken van de partner in deze counseling verhoogt de slaagkansen ervan. Daarnaast moet hen aangeleerd worden elke vorm van asphyxiophilia waarbij ophanging aan te pas komt, te vermijden aangezien het hierbij vaak fout gaat. Ook elke andere ingewikkelde techniek die mis kan gaan, dient vermeden te worden.

Psychopathologie en compulsief seksueel gedrag

Rory Reid (University of California, Los Angeles, VS) deed onderzoek naar compulsief seksueel gedrag. De symptomen, zijnde onder andere veel aan seks denken en onsuccesvolle pogingen om dit denken te stoppen, moesten gedurende meer dan zes maanden aanwezig zijn. De symptomen mochten geen extensie zijn van een andere AS I-stoornis, en mochten niet veroorzaakt worden door middelenmisbruik

of door een neurologische aandoening. De mensen die lijden aan seksueel compulsief gedrag vormen geen homogene populatie. Het is dan ook belangrijk om naar de toekomst toe verschillende subgroepen of subtypes van een compulsieve seksuele stoornis te definiëren.

Reid vond dat hoe groter de seksuele compulsiviteit was, hoe meer andere pathologieën (depressie, angst, ADHD, obsessief gedrag, gedrag veroorzaakt door middelengebruik) zich voordeden. Hierbij stelt zich de vraag wat er eerst was: de compulsieve seksuele stoornis of de andere stoornis?

De vragenlijst die Reid gebruikte, de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), toonde geen significante correlatie tussen seksueel compulsief gedrag en verslaving aan. Er werd wel aangetoond dat mensen met een compulsieve seksuele stoornis bepaalde kenmerken deelden, waaronder eenzaamheid.

Reid presenteerde ook het 'tension reduction model' (spanningsverminderingmodel) waarmee compulsief seksueel gedrag (deels) verklaard kan worden. Iemand die negatieve gevoelens ervaart, probeert hieraan te ontsnappen en 'vlucht' in seks. Achteraf voelt die persoon zich hier slecht over, waardoor er opnieuw negatieve gevoelens ontstaan en het hele proces opnieuw doorlopen wordt.

In zowel onderzoek als praktijk is het belangrijk om de literatuur omtrent *impulsief* (ondoordacht) seksueel gedrag naast de literatuur over *compulsief* (dwangmatig) seksueel gedrag te plaatsen.

Neurocognitieve gebreken bij MSM met en zonder compulsief seksueel gedrag

Volgens Christian Grov & Jeffrey Parsons (Brooklyn College of the City University of New York & Hunter College's Center for HIV/AIDS Educational Studies and Training, New York, VS) hebben onderzoekers altijd al een sterke link gelegd tussen seksuele compulsiviteit en risicovol seksueel gedrag in verschillende populaties, maar nog meer bij mannen die seks hebben met mannen (MSM). De meeste studies vergelijken seksuele compulsiviteit bij MSM zonder te controleren voor het seksuele gedrag of het aantal partners van deze mannen. Het onderzoek van Grov en Parsons suggereert dat er significante aantallen van niet-compulsieve MSM zijn die qua gedrag lijken op seksueel compulsieve MSM (ze hebben bijvoorbeeld een gelijk aantal seksuele partners en een gelijke seksfrequentie), maar de niet-compulsieve mannen zijn psychologisch heel erg verschillend van de seksueel compulsieve mannen (zij ondervinden bijvoorbeeld geen hinder van hun seksueel gedrag noch controleverlies, noch geven zij aan dat hun seksueel gedrag interfereert met hun persoonlijk en professioneel leven, hetgeen bij de seksueel compulsieve mannen wel het geval is). Deze mannen- die seksueel heel actief zijn, maar niet seksueel compulsief- kunnen ons meer inzichten bijbrengen over hoe seksuele compulsiviteit kan gelinkt worden aan een groter risico op HIV.

Grov en Parsons verzamelden data via het 'Pillow Talk Project', een pilotstudie die in 2008-2009 uitgevoerd werd bij 50 seksueel zeer actieve MSM (9 of meer seksuele partners in de afgelopen 90 dagen). 50% van deze mannen ver-

toonden seksueel compulsief gedrag, de andere helft vertoonde dit gedrag niet. De mannen vulden dagelijks een online dagboek in gedurende 30 dagen, aangevuld met een hele reeks neurocognitieve tests om te onderzoeken of er sprake was van problemen met het nemen van beslissingen en impulsiviteit. Seksueel compulsieve en seksueel niet-compulsieve mannen verschilden niet significant wat het aantal sekspartners in de afgelopen 90 dagen betrof. De seksueel compulsieve mannen scoorden wel significant hoger op verschillende aspecten van seksueel risicogedrag met mannelijke partners. In totaal vulde 86% van de deelnemers consistent het dagelijkse dagboek in. Er waren hierin geen verschillen tussen de beide groepen mannen. In het algemeen bleek uit het onderzoek dat negatieve gevoelens (zoals angst, verdriet en boosheid) seksueel risicogedrag verminderden, maar minder bij seksueel compulsieve mannen. De gevonden data suggereren dat affectieve factoren en neurocognitieve kenmerken zoals impulsiviteit en moeite hebben met het nemen van beslissingen het onderscheid kunnen maken in het verklaren van het gedrag van seksueel compulsieve en niet-compulsieve mannen. Om gerichte interventies die bedoeld zijn voor MSM verder te ontwikkelen, is het belangrijk om verder te onderzoeken wat de beschermende factoren zijn die het onderscheid maken tussen seksuele zeer actieve mannen die níet seksueel compulsief zijn, en seksueel zeer actieve mannen die wél seksueel compulsief gedrag vertonen.

Impulscontrole en frontaalkwabafwijkingen bij impulsief/compulsief seksueel gedrag

Michael Miner (University of Minnesota, VS) presenteerde

de resultaten van een pilotstudie die onderzocht of impulsiviteit als een algemene karaktertrek geassocieerd is met wat door Coleman impulsief/compulsief seksueel gedrag genoemd werd. Aan dit onderzoek namen in totaal 16 mannen deel. Het ging om acht mannen in behandeling voor compulsief seksueel gedrag en acht mannen die geen seksueel compulsief gedrag vertoonden. Deze controlegroep was gecontroleerd op leeftijd. Alle deelnemers werden gescreend op belangrijke psychiatrische stoornissen. In de studie ondergingen de deelnemers één neurocognitieve (Go/No-go procedure) en verschillende psychometrische tests (onder andere de Barrett Impulsivity Scale en de Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ)). Daarnaast werd er ook gebruik gemaakt van medische beeldvorming om de hersenen te kunnen bestuderen.

Miner vond significante verschillen tussen beide groepen mannen op de Go/No-go taak en in verschillende zelf-rapportageschalen die een indicatie van impulsiviteit gaven. Er waren ook neuro-anatomische verschillen. Sommige kenmerken van de seksueel compulsieve mannen kwamen overeen met impulsiviteitsstoornissen, maar andere bevindingen in deze groep strookten dan weer minder met impulsiviteit.

Door de Barrett Impulsivity Scale en de Compulsive Sexual Behavior Inventory naast elke regio van de hersenen te leggen, kwam naar voren dat de afwijkingen in de hersenen geassocieerd met compulsief seksueel gedrag verschillend zijn van de afwijkingen geassocieerd met impulsiviteit. Echter, deze bevindingen zijn gebaseerd op een kleine onderzoekspopulatie en moeten dus met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.